

# Verslag Symposium: "Haal vrouwen uit de wachtzaal: Naar een gendersensitieve gezondheidszorg"



**re  
belle**

## INHOUD

Openingswoord door Solidaris en Rebelle – p.3

Keynote 1 door Sciensano onderzoeker Laura Van den Borre: Rapport ‘Hoe gaat het met de vrouwelijke bevolking in België?’ – p.4 en p.5

Keynote 2: Loes Visser: Sekseverschillen in onderzoek en bijwerkingen van geneesmiddelen – p.5 en p.6

Keynote 3: Dr. Berlinde von Kemp: De positie van vrouwen in cardiovasculaire zorg – p.6 en p.7

Inleiding panel door dr. Sarah Ahannach van Isala: Citizen science – onderzoek naar de gezondheid van het vaginale microbioom – p. 7

Paneldiscussie: Gendergelijkheid in gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek – Sofie Peeters (moderator), Ama Kissi, Dirk Devroey, Tinne Claes, Bart Demyttenae – p.7 tem p.10

Slot door minister van sociale zaken en volksgezondheid Frank Vandenbroucke – p.10 en p.11

Contactgegevens – p.12

## Openingswoord door Solidaris en Rebelle

Op het symposium 'Haal vrouwen uit de wachtzaal: Naar een gendersensitieve gezondheidszorg', georganiseerd door Solidaris en Rebelle vzw, opent Paul Callewaert, algemeen secretaris Solidaris, met cijfermateriaal dat aantoont dat vrouwen in de spreekwoordelijke wachtzaal zitten:

- 70 tot 90% van de mensen met onverklaarde lichamelijke klachten is vrouw.
- ADHD wordt bij vrouwen in naar schatting tot 50% van de gevallen niet of te laat herkend.
- Vrouwen met de ziekte van Bechterew krijgen gemiddeld 5 jaar later dan mannen de juiste diagnose.
- 30% van de hartinfarcten bij vrouwen wordt niet herkend, in tegenstelling tot 16% bij mannen.
- Endometriose, een ziekte die ongeveer 10% van de vrouwen treft, wordt pas na gemiddeld 7 tot 10 jaar correct gediagnosticeerd.

Dit is niet enkel een gezondheidsprobleem, maar ook een grote onrechtvaardigheid. Daar wil Solidaris iets aan veranderen, want voor Solidaris telt iedereen mee. Elke dag zet het ziekenfonds zich in voor het wegwerken van gezondheidsongelijkheid.

Paul Callewaert kijkt ernaar uit om de komende jaren verder te werken aan en te pleiten voor een gendersensitieve gezondheidszorg. Hij roept het publiek op om de gedeelde informatie en inzichten mee te nemen naar de verschillende werkomgevingen. Om stil te staan bij de impact van genderongelijkheid in de gezondheidszorg en na te denken over wat de deelnemers kunnen doen om die te verkleinen.

Rebelle stafmedewerkers Lien Willaert en Ann Dewalque spreken vervolgens het publiek toe, bestaande uit zorgprofessionals, beleidsmakers en mensen met een hart voor de zorg. Ze lichten het doel van de bijeenkomst toe: bewustzijn creëren over de noodzaak van een gendersensitieve, inclusieve gezondheidszorg en samenwerken aan oplossingen voor de structurele verschillen in de zorg voor vrouwen. Boeken zoals 'Invisible Women' van Caroline Criado Perez en 'Unwell Women' van Elinor Cleghorn tonen aan hoe vrouwen vaak vergeten worden in data en onderzoeken. Rebelle wil deze hiaten in de gezondheidszorg zichtbaar maken en doet dat door veelzijdige campagnes op te zetten, zoals de hartcampagne van afgelopen jaar. Echter, er is op veel meer gebieden actie nodig. Een warme oproep dan ook om daar in de toekomst samen mee aan de slag te gaan. Rebelle droomt van een samenwerkingsverband naar voorbeeld van het Nederlandse model waar reeds jaren geleden een alliantie 'gender en gezondheid' werd opgericht.

## **Keynote 1 door Sciensano onderzoeker Laura Van den Borre: [Rapport 'Hoe gaat het met de vrouwelijke bevolking in België?'](#)**

Laura Van den Borre gaat dieper in op het Sciensano rapport 'Hoe gaat het met de vrouwelijke bevolking in België?' Hieruit blijkt dat vrouwen het best goed doen, ze hebben een hogere levensverwachting dan hun mannelijke medemens. Ze brengen die extra jaren echter vaak door in slechte gezondheid.

Zeker niet de focus van deze presentatie, maar wel een belangrijke rode draad doorheen het verhaal van Laura is het belang van data tijdens onderzoek en dan vooral: het ontbreken van een volledige, complete, allesomvattende dataset. Sciensano heeft voor dit onderzoek een beroep gedaan op beschikbare kwantitatieve gegevens. Bij beschikbare data rond man-vrouwverschillen in de gezondheidszorg, zijn die gebaseerd op het biologische geslacht. Gender als sociaal-cultureel construct en seksualiteit worden vaak over het hoofd gezien. Dit is problematisch omdat het risicogedrag en de toegang tot zorg sterk kan variëren naargelang gender en seksualiteit.

Doorheen de presentatie horen we meer over de genoemde kennislücken. Zo ontbreekt de info over de fysieke en mentale impact bij vruchtbaarheidsproblemen, ontbreekt info over sociale ongelijkheid en barrières in toegankelijkheid en hebben we voor België zelfs geen overzicht over hoeveel mensen te kampen hebben met vruchtbaarheidsproblemen. Wat het onderzoek naar de impact van de (peri)menopauze en de overgang betreft kunnen we geen beroep doen op een degelijke datacollectie dus we hebben geen zicht op de impact op de gezondheidstoestand, het beroepsleven en de levenskwaliteit van vrouwen.

### **Conclusies rapport:**

- 1. Algemene gezondheid van vrouwen:**
  - Vrouwen hebben gemiddeld een hogere levensverwachting dan mannen (kloof van 4,1 jaar), maar de extra jaren brengen ze vaak door in slechtere gezondheid, met ziektes zoals bijvoorbeeld dementie, musculoskeletale aandoeningen en mentale gezondheidsproblemen.
- 2. Verschillen tussen mannen en vrouwen in ziektebeelden:**
  - Vrouwen rapporteren vaker musculoskeletale aandoeningen zoals artrose en osteoporose, vooral na de menopauze. Dementie is de belangrijkste doodsoorzaak voor vrouwen in Vlaanderen en staat op de tweede plaats van doodsoorzaken voor vrouwen in België. Vrouwen rapporteren vaker mentale gezondheidsproblemen zoals depressie en angststoornissen.
- 3. Geslachtsspecifieke gezondheidskwesties:**
  - Aandoeningen zoals postnatale depressie en vruchtbaarheidsproblemen krijgen onvoldoende aandacht. Voor endometriose, dat veel impact heeft op de levenskwaliteit van vrouwen, is er een grote vertraging in de diagnose. Ook menopauze heeft een grote impact, maar er is weinig dataverzameling rond de gevolgen hiervan op de gezondheid van vrouwen.

## Aanbevelingen uit het rapport:

- **Opvullen bestaande kennishiaten:** Verbeteren van dataverzameling en -analyse over vrouwen. Bestaande info zo efficiënt mogelijk laten doorstromen naar zorgprofessionals en patiëntengroepen
- **Bewustwording en opleiding** van zorgverleners over gender- en geslachtsgerelateerde gezondheidsproblemen.
- **Aanpassing van zorgprotocollen:** Zorgprotocollen moeten rekening houden met gender- en geslachtsverschillen.
- **Databeleid aanpassen** om genderverschillen beter te monitoren.
- **Meer onderzoek** naar gender- en geslachtsgerelateerde gezondheidsverschillen.
- **Bewustwording** bij het grote publiek

## Keynote 2: Loes Visser: Sekseverschillen in onderzoek en bijwerkingen van geneesmiddelen

Loes Visser richt zich op de verschillen in geneesmiddelenonderzoek voor mannen en vrouwen. Ze legt uit dat vrouwen vaak ondervertegenwoordigd zijn in klinische proeven, met name in de vroege onderzoeksfases (fase 1 en 2). Dit heeft gevolgen voor de effectiviteit en bijwerkingen van medicijnen bij vrouwen.

Visser schetst een historische tijdlijn over de deelname van vrouwen aan klinische studies. Tot de jaren '90 was het in de VS verboden om vrouwen op te nemen in klinische trials, grotendeels vanwege zorgen over ongeboren baby's en de invloed van hormonale schommelingen. Dit heeft geleid tot een ondervertegenwoordiging van vrouwen in geneesmiddelenonderzoek, hoewel dat inmiddels verbeterde, aldus Visser.

Ze wijst erop dat er echter nog steeds een significant verschil is tussen mannen en vrouwen in de deelname aan klinische onderzoeken, vooral in vroege fasen (fase 1 en 2), en dat dit verschil in Europa ook merkbaar is (waar de deelname van vrouwen lager ligt dan in de VS). Ze benadrukt dat het percentage vrouwen in studies vaak niet overeenkomt met de prevalentie van ziekten bij vrouwen, vooral bij hart- en vaatziekten, waar vrouwen al lange tijd ondervertegenwoordigd zijn. Vrouwen hebben gemiddeld een tien jaar latere onset van hart- en vaatziekten, wat mogelijk ook bijdraagt aan hun ondervertegenwoordiging in deze trials.

Daarnaast geeft ze aan dat vrouwen minder vaak deelnemen aan onderzoeken, deels vanwege niet-biologische genderfactoren, en dat er nog onvoldoende subgroepanalyses zijn gedaan om te onderzoeken hoe geneesmiddelen specifiek op vrouwen werken. Hierdoor blijft er een gebrek aan informatie over de effectiviteit en bijwerkingen van medicijnen voor vrouwen. Bovendien wordt het verschil in effectiviteit tussen mannen en vrouwen zelden besproken in registratiehandboeken en bijsluiters.

Een belangrijk punt dat Visser maakt, is dat vrouwen significant meer bijwerkingen rapporteren dan mannen—ongeacht geografische regio of andere factoren. Dat kan liggen

aan het feit dat ze meer bijwerkingen hebben door biologische factoren zoals lichaamsvet, hormonen en farmacokinetiek (hoe medicijnen worden verwerkt in het lichaam). Bovendien is er is nog weinig bekend over farmacodynamiek (het effect van medicijnen op het lichaam), maar zijn er aanwijzingen dat sekseverschillen in hormonen, zoals oestrogenen, hierop van invloed kunnen zijn.

Visser pleit voor meer seksspecifiek onderzoek, en haar streven is om te komen tot meer seksspecifieke doseringen. Ze roept op tot meer en dieper onderzoek naar de verschillen in medicijnwerking tussen mannen en vrouwen, en ze benadrukt dat deze verschillen niet alleen biologisch maar ook gedragsmatig en sociaal van aard kunnen zijn.

### **Keynote 3: Dr. Berlinde von Kemp: De positie van vrouwen in cardiovasculaire zorg**

Berlinde von Kemp kaart aan dat vrouwen binnen de cardiovasculaire zorg nog steeds ondervertegenwoordigd zijn, zowel in klinische studies als in de algemene gezondheidszorg. Ondanks enkele verbeteringen sinds de wet in 1993, die vrouwen eindelijk betrok bij de deelname aan klinische studies, zijn ze anno 2023 nog steeds slechts 25-40% van de deelnemers in studies over hart- en vaatziekten (HVZ). Dit staat in schril contrast met de patiëntenpopulatie. Ze benadrukt ook dat vrouwen dubbel zoveel kans hebben om binnen een maand na een hartaanval te sterven in vergelijking met mannen. Minstens interessant te noemen is dat vrouwelijke cardiologen eerder geneigd zijn om dieper in te gaan op bijvoorbeeld hormonale veranderingen en vrouwen de juiste medicatie te geven, maar in België is minder dan een derde van de cardiologen vrouw. Von Kemp ziet hier seksisme binnen de sector een rol spelen en geeft aan dat vrouwelijke cardiologen seksisme en geregeld ook grensoverschrijdend gedrag ervaren.

Von Kemp verwijst naar de complexe relatie tussen kankerbehandelingen en cardiovasculaire gezondheid. Vrouwen die een borstkankerbehandeling ondergaan, lopen na verloop van tijd een hoger risico op hartfalen. Dit risico geldt niet alleen voor jonge vrouwen, maar ook voor vrouwen van een hogere leeftijd, die kankerbehandelingen ondergaan.

Dit stelt een uitdaging voor zorgverleners: hoe om te gaan met patiënten die voorafgaand aan hun kankerbehandeling al een cardiovasculaire aandoening hebben? Zorgverleners moeten bij patiënten met bestaande hartklachten, zoals hartfalen, extra waakzaam zijn, en het kan nodig zijn pacemakers of andere ingrepen te overwegen. Klachten zoals hartkloppingen tijdens een kankerbehandeling moeten niet zomaar worden afgedaan als hormonale schommelingen; deze klachten moeten serieus genomen worden om de gezondheid van patiënten op lange termijn te waarborgen.

Ze pleit voor meer holistische zorg en benadrukt dat patiënten niet mogen worden gereduceerd tot hun ziekte, maar in hun volledige menselijkheid moeten worden gezien. “Onze taak als zorggemeenschap is om ermee om te gaan en mannen en vrouwen gelijkwaardige zorg te verlenen. Ik beweer niet dat het eenvoudig gaat zijn.”

## Conclusies von Kemp

De ondervertegenwoordiging van vrouwen in klinische studies, vooral op het gebied van hart- en vaatziekten, blijft een groot probleem. Er zijn significante verschillen in de manier waarop mannen en vrouwen hart- en vaatziekten ervaren en behandelen. Hoewel er vooruitgang is geboekt met nieuwe richtlijnen en een groeiend bewustzijn van deze problematiek, blijft er veel werk te doen. Vrouwen moeten niet alleen betrokken worden bij klinische studies, maar ook gelijkwaardige zorg krijgen, rekening houdend met hun specifieke gezondheidsbehoeften. Daarnaast moet er aandacht zijn voor genderfluiditeit en de LGBTQ+-gemeenschap om ervoor te zorgen dat niemand wordt buitengesloten in de gezondheidszorg.

## **Inleiding panel door dr. Sarah Ahannach van Isala: Citizen science – onderzoek naar de gezondheid van het vaginale microbiom**

Sarah Ahannach vertelt over het Isala Citizen Science project: een laagdrempelige manier om aan onderzoek te doen naar vaginale gezondheid binnen de bredere bevolking.

Het belang van inclusieve dataverzameling en het actief betrekken van de deelnemers aan het onderzoek, draagt Isala hoog in het vaandel.

Isala zette dit specifiek bredere onderzoek op uit bezorgdheid, na ongezonde stalen die ze ontvingen via het UZ.

Het project groeide snel: van een beoogd aantal van 200 deelnemers in 2020 naar uiteindelijk 6000. De vrouwen varieerden in leeftijd van 18 tot 98 jaar. De deelnemers waren zeer gemotiveerd en vulden, tot enige verbazing van de onderzoekers, lange vragenlijsten in. Uit het onderzoek bleek dat het gemiddelde vaginale microbiom in Vlaanderen wel degelijk gezond is. Er werden verbanden gelegd naar leefgewoontes, voeding, kleding, anticonceptie, menstruatieproducent maar er kan momenteel nog geen causaliteit aangetoond worden. Op basis van dit onderzoek kunnen dus nog geen tips worden gegeven voor een gezond(er) microbiom, maar allerlei dochterstudies die ondertussen naar aanleiding van dit onderzoek werden opgezet, staan toe om een verschillende bevindingen nader te onderzoeken.

## **Paneldiscussie: Gendergelijkheid in gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek – Sofie Peeters (moderator), Ama Kissi, Dirk Devroey, Tinne Claes, Bart Demyttenae**

In de paneldiscussie wordt ingegaan op de historische en hedendaagse ongelijkheden tussen mannen en vrouwen in de gezondheidszorg, zowel in studies als in klinische praktijk.

Sofie Peeters (moderator), journalist, maker van podcast 'Geen kleine man' en auteur van 'Het vrouwenlijf en wat we er niet over weten'

Sofie neemt een toenemende aandacht voor een gendergevoelige aanpak in de medische zorg waar en stelt het panel de vraag vanwaar dit komt. Volgens Dirk Devroey heeft de

feminisering van het artseneroep geleid tot een bewustwording van de ongelijkheid in de zorg, waardoor verandering werd ingezet. Tinne Claes vult aan dat het echter een ongelijk evenwicht betreft en dat het glazen plafond hier zeker nog bestaat. Ze benadrukt ook de invloed van de tweede feministische golf en recente maatschappelijke bewegingen en organisaties die ook bijgedragen aan deze verandering, vooral door de formele uitsluiting van vrouwen in studies aan de kaak te stellen.

**Dr. Bart Demyttenaere, gynaecoloog, directeur studiedienst Solidaris en medisch beleid Solidaris:**

Bart Demyttenaere geeft toe dat hij als gynaecoloog, hoewel hij veel weet over het vrouwenlichaam, toch verrast was door de hallucinante cijfers en feiten die eerder op deze dag gepresenteerd werden. Hij pleit voor meer aandacht voor gendergelijkheid in medische opleidingen. Bart geeft verder aan dat de nomenclatuur genderneutraal hoort te zijn, tenzij het genderspecifieke interventies zijn uiteraard (voorbeeld van de prostaat). De laatste jaren werden hier al stappen ingezet, maar ze hebben nog veel werk voor de boeg.

**Tinne Claes, cultuurhistorica met expertise in gender, gezondheid en wetenschappelijk verwaarloosde 'vrouwenziekten'**

Tinne Claes schetst een historisch overzicht van hoe vrouwen lange tijd werden uitgesloten van medisch onderzoek, omdat men ervan uitging dat het mannenlichaam representatief was voor het menselijk lichaam. Ze stelt dat deze foutieve aannames nog steeds doorwerken in hedendaagse medische handboeken, waar vrouwen vaak alleen worden besproken in relatie tot voortplanting. Tinne roept op tot een intersectionele aanpak (gender, ras, sociale klasse, ...) die in de zorg en het onderzoek beter moet worden meegenomen om de diversiteit van patiënten te erkennen.

**Dr. Dirk Devroey, professor huisartsgeneeskunde en voormalig decaan**

Dirk Devroey benadrukt dat we nog steeds te weinig data hebben over de verschillen in hoe mannen en vrouwen reageren op behandelingen en medicatie. Hij pleit voor meer gendergevoelig onderzoek en lesmateriaal in medische opleidingen.

**Ama Kissi, onderzoeker, klinisch psycholoog met expertise in raciale bias in de (para)medische context**

Ama Kissi legt de nadruk op de impact van racisme en genderdiscriminatie binnen de gezondheidszorg, vooral voor zwarte vrouwen. Ze krijgen minder vaak adequate pijnbestrijding en worden geconfronteerd met vooroordelen over hun pijngrens. Ama beklemtoont dat gender en huidskleur samenkomen in een dubbele vorm van discriminatie, wat leidt tot slechtere gezondheidsuitkomsten. Vrouwen van kleur ervaren vaak een dubbele discriminatie: racisme én seksisme. Dit leidt ertoe dat hun klachten, zoals pijn, vaker worden onderschat. Ongelijke behandeling is vaak systemisch en structureel, en heeft niet alleen psychologische maar ook fysieke gevolgen. Er wordt gepleit voor meer bewustwording over de impact van racisme en seksisme op gezondheidsuitkomsten. Ze pleit ook voor een inclusieve aanpak van in het begin.



## Interactie tussen panelleden en publiek

Het publiek stelt vragen over hoe artsen kunnen omgaan met onverklaarde klachten en hoe gezondheidszorg inclusiever kan worden gemaakt.

Dirk Devroey geeft als advies dat zorgverleners verder moeten kijken dan de standaardpatronen en proberen te begrijpen wat patiënten voelen. Hij benadrukt dat zorgverleners bewust moeten zijn van hun eigen vooroordelen en die proberen achter zich te laten in de interactie met patiënten. Mede door de tijdsdruk is dit geen sinecure. Een deel van de mogelijke oplossing kan een tegemoetkoming in de honorering zijn vanuit de overheid, zodat er meer ruimte vrij komt voor diepgaandere en meer uitgebreide gesprekken.

Ama Kissi voegt toe dat het van belang is om niet enkel op artsen te richten maar op zorgverleners in het algemeen. We moeten hen meer erkennen en in heel het beleid bekijken hoe we de unieke rol van zorgkundige kunnen vormgeven, rekening houdend met gender en raciale discriminatie. Want, bewust of onbewust, allen worden beïnvloed door maatschappelijke stereotypen en dat heeft weerslag op hun klinische beslissingen. “Het is niet zo dat je je bias aan de deur laat staan eens je je witte jas aantrekt en het ziekenhuis binnenwandelt”, aldus Kissi. Het besef dat we biased zijn en vooral ermee aan de slag gaan, dat is echter de sleutel. Ze benadrukt hierin het belang van nederigheid en de erkenning dat zorgverleners wel expertise hebben, maar daarom niet altijd de expert zijn over het lichaam van de patiënt. Ze pleit voor meer aandacht voor de privileges die zorgverleners kunnen hebben, en hoe deze de behandeling van patiënten beïnvloeden. Het uitdragen van de boodschappen van vandaag is heel belangrijk, het is jammer dat deze vaak in een echo chamber terecht komen en dat we niet alle mensen bereiken die het ook zouden moeten horen. Het is ook niet altijd even makkelijk om een dergelijke boodschap uit te dragen, we dienen daarvoor rekening te houden met de unieke positie waarin mensen zich bevinden en waarmee we rekening moeten houden: heb je een mandaat? Ben je bij machte?

Bart Demyttenaere stemt in met het voorstel uit het publiek om meer aandacht te besteden aan de verwachtingen en behoeften van de patiënt, in plaats van puur curatieve zorg. Het betrekken van de patiënt bij beslissingen over hun behandeling en het creëren van een open en transparante communicatie kan daarbij bijdragen aan betere gezondheidsuitkomsten. Hij besluit dat er beleidsmatig nagedacht dient te worden om zorg anders te organiseren, om het op een andere manier te financieren en naar modellen waarbij kwalitatieve zorg centraal staat en waar artsen kunnen doen waarvoor ze zijn opgeleid.

Vanuit het publiek komt de opmerking dat we niet per se hoeven te wachten op een verandering van het beleid, dat er reeds mooie projecten rond gendersensitieve zorg opgezet werden. Zo worden enkele projecten van de Community Health Workers als voorbeeld gegeven.

## Conclusies en aanbevelingen panel

Het panel concludeert dat er stappen in de goede richting zijn gezet maar dat er nog veel werk aan de winkel is om gendergelijkheid te bereiken in de gezondheidszorg en dat de sensibilisering en training van zorgverleners hierin een cruciale rol speelt. Er moet meer aandacht komen voor zorg die rekening houdt met de diversiteit van patiënten zoals gender, geslacht, afkomst ed., en handboeken en medische curricula moeten worden aangepast om deze veranderingen te weerspiegelen. Het belang van transparante communicatie met patiënten werd onderstreept, om onzekerheden tijdens behandeling en/of diagnose het hoofd te kunnen bieden. Meer onderzoek, sensibilisering, bewustwording en beleidsmaatregelen zijn dus absoluut nodig om tot een inclusievere en gendersensitieve zorg te komen. Bart Demyttenaere: “We hebben hier nu een 100-tal mensen samen, het is belangrijk om de boodschap uit te dragen en anderen te sensibiliseren op de één of andere manier. Historisch gezien zal het misschien maar een klein verschil maken, maar het verschil zal er wel degelijk zijn.”

### **Slot door minister van sociale zaken en volksgezondheid Frank Vandenbroucke:**

#### **"We moeten gender bias in het zorgsysteem au sérieux nemen"**

Minister Vandenbroucke benadrukt tot slot het belang van het symposium. Het is namelijk cruciaal dat meer feiten op tafel komen en dat bestaande rapporten serieus worden genomen. Er is sprake van een systematische bias in de zorg, en deze moet onder de loep worden genomen. Onafhankelijke onderzoeken, zoals door de ziekenfondsen, helpen hierbij.

De minister stelt recente initiatieven voor rond gender en gezondheidszorg. “Een cruciaal onderwerp, dat steeds meer aandacht krijgt in zowel de zorgsector als beleidsvorming.”

We komen uit een traditie waarin het mannelijke lichaam als norm werd beschouwd. Deze mannelijke blik heeft geleid tot een systeem waarin er onvoldoende aandacht is voor de specifieke gezondheidsbehoeften van vrouwen. Dit moet veranderen, en er is nu een grotere urgentie om zorg gendersensitief aan te pakken, zoals ook benadrukt door het Sciensano-rapport.

Karin Jiroflée haalde bij de minister aan dat deze aanpak fijnmazig moet zijn en rekening moet houden met intersecties van verschillende dimensies van de mens, niet alleen gender. Mensen hebben namelijk meerdere lagen en dimensies. Het aanpakken van de genderdimensie is echter cruciaal en zou een speerpunt moeten zijn van het beleid.

Reeds in gang gezette initiatieven:

- *Menopauze*: In het voorjaar is er, onder leiding van Gwendolyn Rutten, een reflectie gestart over de menopauze. De conclusie was dat er een groot taboe en stigma heersen rond dit onderwerp. De rol van de huisarts werd ook onder de loep genomen. Deze reflectie zal worden voortgezet in een interministeriële

conferentie over gender en gezondheid, met als insteek solidariteit en betrokkenheid van verschillende partijen. Er wordt echter niet alleen gekeken naar de gezondheidszorg, maar ook naar de rol van werkgevers en organisaties in dit kader. De samenwerking met onder andere kersvers Vlaams minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen Caroline Gennez is hierbij essentieel.

- *Endometriose en Sensibilisering*: Een andere wake-up call kwam vanuit de patiëntenverenigingen rond endometriose. De vaststelling is dat er onvoldoende sensibilisering plaatsvindt, maar er zijn ook bredere problemen. Er werden lacunes in de gynaecologische zorg vastgesteld, waarop het idee voor expertisecentra werd voorgesteld door patiëntenverenigingen. Deze centra zijn gebaseerd op een sterke wetenschappelijke basis. Er is een rapport gevraagd dat een plan van aanpak biedt met een multidisciplinaire benadering. Het is de bedoeling dat dit rapport tegen het voorjaar klaar is, zodat de volgende regering hiermee aan de slag kan.
- *Psychologische Zorg en jongeren*: Ook in de eerste lijn wordt vooruitgang geboekt. De conventie voor eerstelijns psychologische zorg heeft inmiddels 380.000 mensen bereikt, vooral jongeren. Dit aanbod is zeer toegankelijk en belangrijk, vooral omdat het kort op de bal speelt en gratis is. De uitbreiding hiervan is een grote stap voorwaarts.
- *Eetstoornissen*: Een zorgtraject voor eetstoornissen is eveneens in ontwikkeling. Hier gaat het vaak om jonge vrouwen en meisjes. Er is nog veel werk te verrichten, vooral als het gaat om de sensibilisering van huisartsen. Zij zijn de spil in het vroeg herkennen van eetstoornissen en doorverwijzing naar de juiste zorg.
- *Perinatale Zorg en Ondersteuning*: er is ook aandacht voor het perinatale zorgtraject, met een focus op de eerste 1000 dagen van een kind. Of het nu gaat om menopauze, endometriose, de ondersteuning van zwangere vrouwen, of eetstoornissen, de beleidsstappen die nu worden gezet zijn nog maar het begin van een groter verhaal.

#### Conclusie minister:

Er worden belangrijke stappen gezet in de richting van een gendersensitieve gezondheidszorg. Deze initiatieven zijn echter slechts een begin. Het is van cruciaal belang dat we ons bewust blijven van de genderdimensie en de vooroordelen in de zorg, en dat anderen ook in actie komen om dit probleem aan te pakken. De komende maanden en jaren zullen er nog vele uitdagingen zijn, maar de agenda is helder en beloftevol.

## Contactgegevens

### **Solidaris**

Katrien De Weirdt | Woordvoerder Solidaris

Roeland Byl | Stafmedewerker Pers

T 02 515 05 12 | G 0470 27 58 79 | E [pers@solidaris.be](mailto:pers@solidaris.be)

[www.solidaris.be](http://www.solidaris.be)

### **Rebelle vzw**

Lien Willaert | Stafmedewerker Rebelle vzw

T 02 515 04 10 | E [lien.willaert@rebelle-vzw.be](mailto:lien.willaert@rebelle-vzw.be)

Ann Dewalque | Stafmedewerker Rebelle vzw

T 02 515 17 16 | E [ann.dewalque@rebelle-vzw.be](mailto:ann.dewalque@rebelle-vzw.be)

[www.rebelle-vzw.be](http://www.rebelle-vzw.be)