



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Speaking from experience? Gender quotas and the representation of women's health issues in parliament: A comparative case study of the Netherlands and Belgium

Beijnum, Noa van

Citation

Beijnum, N. van. (2024). *Speaking from experience? Gender quotas and the representation of women's health issues in parliament: A comparative case study of the Netherlands and Belgium*.

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [License to inclusion and publication of a Bachelor or Master Thesis, 2023](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3768396>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

BSc Political Science: International Relations and Organisations
Bachelor thesis

*Speaking from experience? Gender quotas and the representation of women's health issues
in parliament: A comparative case study of the Netherlands and Belgium*



**Universiteit
Leiden**
The Netherlands

Name: Noa Ariana van Beijnum

Bachelor Project: European Health Policies

Supervisor: Dr. ir. A.A.H.E. van Reuler

Date: 05-07-2024

Word count: 7984

Embargo statement: Public

Table of contents

1. Introduction	4
2. Literature review	4
2.1 The status of women's health in Europe	5
2.2 Women in parliament and the substantive representation of women	6
2.3 The role of gender quotas	7
2.4 An important nuance: the distinction between direct and indirect effects	8
2.5 Linking gender quotas to the representation of women's health issues	9
3. Theoretical framework	9
3.1 Theory and preliminary theoretical expectation	9
3.2 Conceptualization	11
3.2.1 Gender quota	11
3.2.2 The way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health	12
3.3 Theoretical expectation	14
4. Methodology	14
4.1 Research design	14
4.2 Case selection	15
4.3 Data collection	16
4.4 Operationalization	16
5. Analysis	17
5.1 Results for the Netherlands	17
5.1.1 The agent dimension	17
5.1.2 The principal dimension	18
5.1.3 The interest dimension	19
5.2 Results for Belgium	19
5.2.1 The agent dimension	19
5.2.2 The principal dimension	20
5.2.3 The interest dimension	21
6. Discussion	21
7. Conclusion	22
Primary sources	24

Secondary sources 26
Appendix A 33
 Speeches in the Netherlands 33
 Speeches in Belgium 50

1. Introduction

Women are more likely to die from a heart attack than men (Jarvie & Foody, 2010). In addition, it tends to take eight to twelve years for women to be correctly diagnosed with endometriosis (Kiesel & Sourouni, 2019). Women who suffer from premenstrual depression, in turn, are often misdiagnosed with bipolar disorder and put on antidepressants that exacerbate their symptoms (Studd, 2014). These are just a few examples of the wide variety of health issues that women face.

Historically, research and education in the field of medicine have focused almost exclusively on the male body (Merone, Tsey, Russell & Nagle, 2022). As a consequence, women face gendered health issues and experience difficulties in having their medical needs met today (Merone et al., 2022). In the political sphere, government policies are often found to lack gender-sensitive approaches that could help improve women's health (Briones-Vozmediano, Vives-Cases & Peiró-Pérez, 2012). At the same time, women continue to be underrepresented in national parliaments. In an attempt to address this underrepresentation, some countries have implemented gender quotas in the last 30 years. In this thesis, the connection between the presence of these gender quotas and the way in which women in parliament advocate for women's health will be explored by conducting a comparative case study of the Netherlands and Belgium.

This thesis is structured as follows. In the second chapter, existing research on women's health, gender quotas and women's influence in parliament will be discussed, after which a research question will be formulated. In the third chapter, a relevant theory will be discussed, after which the variables will be conceptualized and a theoretical expectation will be shared. In the fourth chapter, the methodology will be presented, including the research design, case selection, data selection and operationalization. In the fifth and sixth chapters, the results of the analysis will be shared and interpreted. In the final chapter, the findings will be summarized and the limitations and implications of this thesis will be discussed.

2. Literature review

This chapter will start with a discussion of literature on the status of women's health in European societies. Subsequently, research on the connection between women's political presence and the representation of women's interests will be examined. Then, the role of

gender quotas in helping female members of parliament overcome the barriers that women face within the legislature will be discussed. Finally, the different sections will be connected, after which an important research gap will be identified.

2.1 The status of women's health in Europe

Historically, the accumulation of medical knowledge has centered around the male body (Merone et al., 2022). For a long time, women were absent from clinical trials and research based on men's bodies was generalized to women (Merone et al., 2022). Although men and women do experience many similar health issues, there are important sex-based differences which result in women having distinct health needs (Pinn, 2003). First of all, certain health issues are only experienced by women, such as issues related to menstruation and pregnancy (Syed, 2021). Furthermore, for certain diseases, women tend to experience different symptoms than men, as is often the case with cardiovascular disease and depression (Cavanagh, Wilson, Kavanagh & Caputi, 2017; Woodward, 2019). Finally, women have specific health needs related to their positions within society (Syed, 2021). As women often face the double burden of combining work in the labor force with unpaid work at home, for example, they are more prone to experience stress-related health problems (Syed, 2021). By taking men's bodies and experiences as the reference point, then, the health sector has historically disregarded and disadvantaged women's health (Merone et al., 2022).

The historical lack of attention for women's health continues to be reflected in European healthcare systems today. Research shows that women experience more difficulty in having their medical needs met. For example, Young, Fisher and Kirkman (2018, p. 349) find that female patients with endometriosis are often referred to as 'hysterical' and 'difficult' by medical practitioners. In addition, Colella et al. (2015) find that, compared to men, women are significantly less often referred to outpatient cardiac rehabilitation programs. Similarly, Jarvie and Foody (2010) find that, although there are more men than women suffering from cardiovascular disease, women are more likely to die due to a lack of understanding of the specific ways in which women's hormones affect symptoms and treatment. Finally, in a study on European health professionals' knowledge and beliefs, Yager et al. (2023) find a lack of knowledge on issues related to perinatal depression and postpartum body image.

Despite growing awareness within society of the need to better accommodate the distinct health needs of women, government policies are repeatedly found to lack gender-sensitive approaches to health. For instance, in a study on the extent to which European

countries' national health plans incorporate measures to reduce gender-related inequalities, a lack of attention is identified for health issues that are mainly faced by women, such as chronic fatigue syndrome (Briones-Vozmediano et al., 2012). In a study on governments' policy responses to the Covid-19 pandemic, Kuhlmann et al. (2023) conclude that pandemic policies in both Germany and the United Kingdom failed to protect women's health. Finally, Crespí-Lloréns, Hernández-Aguado and Chilet-Rosell (2021) find that few policies related to gender inequalities in health have been successfully formulated or implemented in Europe. According to the authors, this can be explained by a lack of political will and policymakers' lack of knowledge on women's health issues (Crespí-Lloréns et al., 2021). The article ends with the authors emphasizing the need to include women's voices in the policy process (Crespí-Lloréns et al., 2021).

As women continue to be widely underrepresented in political institutions, the claim that women's voices need to be heard raises the question whether the relative absence of women in the political arena is related to the lack of attention that is paid to women's health. In an attempt to further explore this connection, the following section will examine existing research on the relationship between women's descriptive and substantive representation.

2.2 Women in parliament and the substantive representation of women

Over the last couple of decades, the impact of women's presence in political institutions has been extensively examined. Although some scholars have argued against the idea that women share distinct preferences and interests, the theory of 'the politics of presence', which was first coined by Philips (1998), has become the central starting point for research in this area. According to Philips (1998, p. 66), 'women occupy a distinct position within society'. This distinct position is related to, for example, women's concentration in lower paid jobs and women's more frequent engagement in unpaid labor (Philips, 1998). According to Philips (1998), women's unique experiences within society lead them to develop specific needs, interests and concerns that will not be adequately addressed by male politicians. In this way, Philips (1998) claims, women's shared experiences make women best equipped to represent women's interests. In other words, the theory of 'the politics of presence' hypothesizes that there is a link between descriptive representation and substantive representation (Wängnerud, 2009). While descriptive representation refers simply to the presence of women in parliament, substantive representation refers to the representation of women's interests (Swers, 2005).

Many researchers have sought to empirically test the theory of ‘the politics of presence’. Overall, the results have shown that women are more likely than men to advocate for women’s issues in parliament (O’Brien & Piscopo, 2018). Meyer (2003), for instance, examines female members of parliament’s influence on policy-making related to women’s issues during the period of 1949-1990 in post-war Germany. Meyer (2003, p. 416) concludes that it was mainly female parliamentarians who introduced ‘issues related to the daily life of women’, with women raising policy issues related to the improvement of abortion laws and female wages more frequently than men. Similarly, Wängnerud (2000) analyzes Swedish members of parliament’s views on topics such as gender equality policy and finds that women in parliament are more concerned with the representation of women’s interests than men.

Although most researchers find support for the theory of ‘the politics of presence’, some researchers have found evidence pointing in other directions. Analyzing data on twelve Western European countries, Homola (2017) finds that the descriptive and substantive representation of women are not always be linked. According to Homola (2017), the disconnect between descriptive and substantive representation arises because politics in European democracies is organized around political parties, not around single members of parliament. As a result, party discipline may discourage women from behaving differently from men, despite female parliamentarians’ personal preferences (Homola, 2017). In addition, women may not always represent women’s interests because of the gendered nature of political institutions (Wängnerud, 2009). According to Wängnerud (2009), women in parliament are confronted with a culture of masculinity, manifesting in hostile reactions to women and pressuring female politicians to not act differently from male colleagues.

2.3 The role of gender quotas

Recently, a new body of literature has emerged which has sought to examine the role of gender quotas in helping female politicians overcome the barriers they face within the legislature. Although gender quotas come in various forms, their general aim is to increase the proportion of women in parliament (Krook, 2009). The central claim that is made in this new body of research is that the implementation of a gender quota motivates women in parliament to act for women (Xydias, 2007). Two main dynamics of this relationship can be identified in the literature. First of all, the presence of a gender quota may produce a so-called ‘mandate effect’, through which female parliamentarians are encouraged to represent women’s issues because they perceive an obligation to act on the behalf of women (Franceschet & Piscopo,

2008). Second of all, the presence of a gender quota may result in a change within the political culture of the legislature, so that female politicians feel more comfortable sharing their distinct preferences as a woman (Weeks, 2019).

In order to empirically test the influence of gender quotas, Franceschet and Piscopo (2008) decided to conduct interviews with female members of parliament in Argentina, a country which implemented a legislated gender quota in 1991. The authors' main finding is that, after the implementation of the gender quota, women in parliament felt like it was their duty to put women's concerns onto the political agenda (Franceschet & Piscopo, 2008). Other researchers have chosen to examine the effect of gender quotas on women's substantive representation in a quantitative way. In her research on the effect of voluntary party quotas in Germany, Xydias (2007) finds that female parliamentarians from political parties that have adopted gender quotas raise issues of concern to women more frequently than women from political parties without a gender quota. In the following section, one final body of literature will be discussed, after which a research gap will be identified.

2.4 An important nuance: the distinction between direct and indirect effects

In parallel to the body of literature discussed above, another body of literature has focused on the role of the proportion of women in facilitating female politicians' representation of women's interests. According to the so-called 'critical mass theory', it matters whether underrepresented groups, such as women and certain ethnic groups, form a small or large minority in an assembly (Dahlerup, 2014). In this way, proponents of 'critical mass theory' in gender research argue that a larger proportion of women in parliament results in changes in the political culture and in the reaction to female politicians (Dahlerup, 1988).

The literature on the 'critical mass theory' poses an interesting nuance to the debate on the role of gender quotas in facilitating women's substantive representation. In many cases, the implementation of a gender quota leads to an increase in the number of women in parliament (Wängnerud, 2009). Existing research on the relationship between gender quotas and women's substantive representation does not adequately take this into account. What Xydias (2007) does not take into account when comparing women from political parties with gender quotas to women from political parties without gender quotas, for example, is that the political parties with a gender quota have a disproportionately higher percentage of women. Hence, it remains unclear whether gender quotas do indeed have a direct effect on women speaking up for women, or whether the effects are only of an indirect nature, as gender quotas

often result in a higher proportion of women in parliament. In order to adequately test the direct impact of gender quotas, then, it is important to opt for a research design that makes it possible to account for the proportion of women in parliament.

2.5 Linking gender quotas to the representation of women's health issues

Based on the literature discussed in this chapter, an important research gap can be identified. Although existing research has examined the connection between gender quotas and the representation of women's interests more broadly, no research has linked gender quotas to the representation of women's health issues yet. This is despite the fact that, as the section on the status of women's health has demonstrated, women as a group experience difficulties in accessing adequate healthcare. In addition, a lack of insight exists into the behavior of women in parliament beyond numbers. If the presence of a gender quota motivates female members of parliament to represent women's interests and makes them more comfortable sharing their unique perspectives as women, the expectation arises that gender quotas may affect the specific way in which female politicians advocate for women's health. Finally, the role of the proportion of women in parliament should be accounted for, so that a better understanding can emerge of the direct effects of gender quotas on women in parliament. Based on the considerations discussed above, the following research question has been developed: *How does the presence of a gender quota affect the way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health?*

3. Theoretical framework

3.1 Theory and preliminary theoretical expectation

The discussion of existing literature on the relationship between women in parliament and the representation of women's interests in the previous chapter has shown that female politicians are generally found to advocate for women's issues more frequently than male politicians. According to Philips (1998), this is because women as a group have distinct preferences and interests as related to their shared experiences within society. At the same time, the literature review has shown that female politicians tend to face barriers when expressing these distinct preferences and interests. In this section, a theory that provides insights into the role of gender quotas in helping women in parliament overcome these barriers will be discussed, after which a preliminary theoretical expectation will be shared.

The theory that will be used to guide this research project is feminist institutionalism. According to feminist institutionalist theory, the historical dominance of men and men's interests in the field of politics has led political institutions, including parliaments, to be embedded with norms of masculinity (Mackay, Kenny & Chappell, 2010). In this way, the informal rules that govern parliaments are argued to contain the inherent assumption that politicians are men, thereby intertwining the notion of being a 'good' politician with being a man (Lovenduski, 2020). These dominant norms of masculinity are distributed and enforced through a variety of social sanctions, such as shunning, ridicule and harassment of those politicians that are 'too feminine' (Lowndes, 2020). If women wish to be accepted and effective in parliament, then, they feel pressured to adjust their behaviors in line with these norms of masculinity (Franceschet, 2010). As a result, when women enter parliament, they attempt to hide the fact that they are women with unique perspectives, experiences and connections to other women in society as much as possible (Franceschet, 2010).

According to feminist institutionalist theory, the presence of formal rules that address the issue of gender equality, such as gender quotas, can have two opposite effects on the political culture of the legislature (Waylen, 2014). On the one hand, the presence of a gender quota can strengthen the perception that women's distinct perspectives are needed (Weeks, 2019). Since gender quotas are implemented with the aim of raising the number of women in parliament, the presence of a gender quota can alter existing norms about women in politics and result in a political culture that is more accepting of women (Weeks, 2019). On the other hand, the presence of a gender quota can strengthen the masculine culture of the parliament and result in a more hostile environment for women, as gender quotas often cause feelings of resentment among male politicians (O'Brien & Rickne, 2016).

In order to make sense of these conflicting claims and determine which effect the presence of a gender quota can be expected to have in this thesis, it is useful to distinguish between women's efforts earlier in the policy process and the legislative outcomes of these efforts (Franceschet & Piscopo, 2008). Within the literature, the presence of a gender quota is associated with women in parliament feeling empowered as politicians and feeling more comfortable sharing their unique perspectives as women (Franceschet & Piscopo, 2008). This change in women's behaviors, however, is not necessarily associated with the adoption of more women-friendly legislation, as resentful male politicians tend to oppose women's efforts (Franceschet & Piscopo, 2008). Since this thesis seeks to examine the effect of gender quotas on the way in which women in parliament advocate for women's health, the effect of gender

quotas on the actual adoption of legislation, which involves male politicians, is beyond the scope of this research. Hence, it can be assumed that the presence of a gender quota leads women in parliament to feel more comfortable sharing their unique perspectives as women.

Based on the discussion of feminist institutionalist theory above, it is possible to formulate a broad theoretical expectation. If parliaments are embedded with norms of masculinity and if women feel pressured to adjust their behaviors in line with these norms, the expectation arises that the absence of a gender quota leads women in parliament to hide the fact that they are women themselves when advocating for women's health. If the presence of a gender quota, in turn, signals to women in parliament that there is a place for women's unique perspectives and empowers them to share these perspectives, the presence of a gender quota can be expected to lead women in parliament to draw explicit attention to the fact that they are women themselves. In order to formulate a more specific theoretical expectation, the main variables from the research question will first be conceptualized.

3.2 Conceptualization

3.2.1 Gender quota

The first concept that needs to be conceptualized is gender quota. Within the European context, two types of gender quotas can be distinguished. First of all, there are party quotas, which are voluntary measures adopted by political parties with the aim of ensuring a certain proportion of female candidates (Franceschet & Piscopo, 2008). Second of all, there are legislated gender quotas, which require all parties to nominate a certain percentage of female candidates (Franceschet & Piscopo, 2008). Legislated gender quotas are enacted through reforms to electoral laws or constitutions (Krook, 2009). Although both party quotas and legislated gender quotas address the selection of political candidates, legislated gender quotas are mandatory provisions which are passed by parliaments and apply to all political parties (Krook, 2009). When parties do not fulfil their obligation of selecting a certain proportion of women as candidates, they are usually sanctioned for non-compliance (Krook, 2009).

For the purposes of this thesis, the term gender quota will be used to refer to legislated gender quota. As the previous chapter has shown, party discipline may sometimes prevent women from behaving differently from men (Homola, 2017). If gender quotas are to help women overcome this barrier, then, it is important that women perceive a sense of obligation to represent all women within society, rather than feeling a sense of loyalty to their party for adopting a voluntary gender quota. In addition, various researchers have specifically

emphasized that the institutionalization of a legislated gender quota legitimizes the unique perspectives of women in politics (Piscopo, 2011; Weeks, 2019).

3.2.2 The way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health

As no qualitative research on women in parliament's representation of women's health issues exists yet, the different aspects of the second variable will first be conceptualized separately, after which they will be connected and an overall conceptualization will be given.

The first concept that needs clarification is women's health. Within political science literature, women's health is often understood to refer to health issues that are only experienced by women, health issues that present with different symptoms in women and health issues that are experienced more frequently by women (Gjellestad, Haraldstad, Enehaug & Helmersen, 2023). Health issues that are experienced more frequently by women, such as burnout, are often considered social rather than biological in nature, as they tend to be linked to sex-based differences in income and household responsibilities (Syed, 2021). When it comes to the representation of women's interests by women in parliament, however, various researchers have warned not to conflate women's interests with feminist interests, as not all women are ideologically similar (Childs & Krook, 2009; Xydias, 2007). Since this thesis seeks to examine the effect of gender quotas on women in parliament's behavior, it seems wise to exclude women's health topics that can be expected to produce differences in women's attitudes and behaviors irrespective of the presence of a gender quota. For similar reasons, it seems wise to exclude reproductive health topics that are highly controversial, such as abortion. For these reasons, women's health will be understood to refer to non-controversial biological health issues that are experienced by women, such as menstruation, menopause, pregnancy, endometriosis and the experience of different symptoms for cardiovascular disease and depression (Cavanagh et al., 2017; Syed, 2021; Woodward, 2019).

The second concept that needs clarification is substantive representation. While descriptive representation refers to the extent to which representatives share descriptive characteristics, such as gender or ethnicity, with the citizens that are represented, substantive representation refers to the advancement of these citizens' interests by the representative (O'Brien & Piscopo, 2018). For the purposes of this research, substantive representation thus refers to the advancement of women's interests by women in parliament. In their influential research on women in parliament's representation of women's interests, Franceschet and

Piscopo (2008) emphasize the importance of separating substantive representation as process from substantive representation as outcome. Substantive representation as process occurs when women in parliament put women's issues on the agenda, speak about women's issues in their speeches and introduce women-friendly policies, while representation as outcome occurs when women-friendly policies are actually implemented (Franceschet & Piscopo, 2008; Wang, 2022). Since this thesis seeks to examine women's behaviors and is not concerned with the adoption of actual policies, substantive representation will be understood as process, not as outcome. More specifically, substantive representation will be understood to refer to women in parliament speaking about women's issues, as this will make it possible to identify whether women in parliament speak about the fact that they are women themselves.

When it comes to the way in which women in parliament speak about women's issues, very few conceptualizations can be found in the literature. Although Piscopo (2011) examines the various narrative strategies that women in parliament use to portray women's needs, this conceptualization is not suitable for this thesis, as it does not allow for an examination of the extent to which women in parliament draw attention to being women themselves. When looking more broadly, some more general conceptualizations of the way in which representatives speak about citizens' issues can be identified. Guasti and Geissel (2019), for instance, provide a typology of representative claims that distinguishes between claims of representation, claims of misrepresentation, claims of interests and claims of proclamation. Severs (2012), in turn, distinguishes between the agent, principal and interest dimensions of substantive claim-making. According to Severs (2012), representatives rely on the agent dimension when they speak about their personal connection to the issues that are faced by a group of citizens, on the principal dimension when they speak about the issues that are faced by the group as a whole and on the interest dimension when they discuss what needs to be done to improve the group's situation. As Severs (2012) makes a clear distinction between the personal agent dimension and the more objective principal dimension of substantive claim-making, her conceptualization makes it possible to examine whether women in parliament draw attention to being women themselves. Hence, this conceptualization will be used. It is important to note that Severs (2012) understands substantive claim-making as a two-way street, in the sense that citizens' interests are not only expressed by representatives, but also actively shaped in a constructivist way. Since this thesis is not concerned with the way in which women in parliament cause women in society to perceive their health needs, however, substantive claim-making will only be understood as an expression of citizens' interests.

In sum, the conceptualization of the different variables has led to the following typology of the way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health. Women in parliament rely on the agent dimension of substantive claim-making when they speak about their personal connection to women's health issues. For the purposes of this thesis, then, this involves sharing their unique insights as women. Women in parliament rely on the principal dimension of substantive claim-making, in turn, when they speak about the problems that women face as a group within the health sector. Women in parliament rely on the interest dimension of substantive claim-making, finally, when they discuss what needs to be done to improve women's health.

3.3 Theoretical expectation

It is now possible to formulate a specific theoretical expectation. If women in parliament wish to hide the fact that they are women themselves when advocating for women's health, they can be expected to speak about the problems that women face as a group and discuss what needs to be done to improve women's health. In other words, they will rely on the principal and interest dimensions of substantive claim-making. After all, men and women can both speak about the problems that women face as a distinct group. If women in parliament feel empowered to share their unique perspectives as women, in turn, they can be expected to share their personal insights as women and discuss what needs to be done to improve women's health. In other words, they will rely on the agent and interest dimensions of substantive claim-making. Hence, the following theoretical expectation has been developed: *While the absence of a gender quota leads women in parliament to rely on the principal and interest dimensions of substantive claim-making, the presence of a gender quota leads women in parliament to rely on the agent and interest dimensions of substantive claim-making.*

4. Methodology

4.1 Research design

Since this thesis seeks to examine the role of the presence of a gender quota, it seems intuitive to compare the way in which women in parliament advocate for women's health before and after the implementation of a gender quota. For the purposes of this thesis, however, this research design is not ideal. First of all, most European countries implemented their legislated gender quotas in the 1990s and 2000s, while it is only from the 2000s onwards that the topic

of women's health has become more extensively debated within parliaments (Krook, 2009). As a consequence, it would be difficult to find enough data for the way in which women in parliament advocated for women's health before the implementation of a gender quota. Second of all, the implementation of a gender quota almost always leads to an increase in the number of women in parliament (Dahlerup & Freidenvall, 2010). It follows from the literature review, however, that the proportion of women in parliament should be accounted for.

For these reasons, a comparative case study of two countries will be conducted. The countries will be selected using the Most Similar Systems Design. When two similar cases are compared that differ with regard to the independent variable, the variation in the dependent variable can be linked to the variation in the independent variable (Anckar, 2008). In this way, it will be possible to compare two similar countries that have similar proportions of women in parliament, but that differ with regard to the presence of a gender quota. Since this thesis seeks to examine the way in which women speak about women's health issues in parliament, women's speeches will be examined. The method of data analysis that will be used is qualitative content analysis, since this method allows for the systematic categorization of qualitative data (Schreier, 2014). In this way, it will be possible to systematically categorize the different dimensions of substantive claim-making that women in parliament rely on.

4.2 Case selection

The two cases that have been selected are the Netherlands and Belgium. These countries share various political similarities, such as the fact that they are both constitutional monarchies with parliamentary systems, have 150 members of parliament and elect their members of parliament through proportional representation (Adams, 2015). Importantly, the Netherlands and Belgium have had similar proportions of women in parliament since 2003, with current proportions of 40% and 43% respectively (World Bank, n.d.). For the purposes of this thesis, the crucial difference between the two countries is that a legislated gender quota has only been implemented in Belgium (Meier, 2012). In 1994, Belgium adopted a gender quota stipulating that no more than 67% of candidates on electoral lists could be of the same sex (Meier, 2012). In 2002, a revised gender quota was adopted, requiring political parties to put forward an equal number of male and female candidates (Meier, 2012). If political parties do not comply with this legislated gender quota, their electoral lists are rejected (Meier, 2012).

It is important to note that there are also other differences between the Dutch and Belgian political systems. First of all, the Netherlands is a decentralized unitary state, while

Belgium is a federal state (Adams, 2015). Hence, while the central government in the Netherlands is ultimately sovereign, the federal government in Belgium shares legislative powers with the Communities and the Regions (Adams, 2015). Since in both countries the general legislative framework of the health system is debated at the national level, however, this difference should not pose a problem for this thesis (Martens et al., 2022). Second of all, members of parliament in the Netherlands are elected through a single electoral district, while members of parliament in Belgium are elected through five Dutch-speaking, five French-speaking and one bilingual district (Adams, 2015). In short, when interpreting the results, it is important to keep in mind that the Netherlands and Belgium are not perfectly similar cases.

4.3 Data collection

Before selecting relevant data for the analysis, a specific timeframe needs to be chosen. Although Belgium first implemented a legislated gender quota in 1994, it was only from 2003 onwards that the Netherlands and Belgium started to have similar proportions of women in parliament (World Bank, n.d.). For this reason, only speeches that were given between 2003 and 2024 have been selected. The speeches were randomly selected from a variety of plenary and commission debates. All speeches were given in Dutch. When looking for relevant debates, key terms that were searched for were ‘women’s health’, ‘gender-sensitive care’, ‘pregnancy’, ‘endometriosis’, ‘menstruation’, ‘menopause’ and ‘postnatal depression’. Since this thesis seeks to examine the way in which women in parliament speak about women’s health issues, only women’s speeches have been included. Moreover, since women’s health is understood to refer to women’s non-controversial health issues, speeches about abortion have been filtered out. As women in parliament were often found to speak about women’s health issues in long paragraphs, the unit of analysis is paragraphs.

4.4 Operationalization

In order to analyze women’s speeches, a coding frame needs to be developed. The three main categories of this coding frame, namely the agent, principal and interest dimensions of substantive claim-making, follow from the conceptualization in the previous chapter. When it comes to the way in which women in parliament make use of these dimensions, however, no subcategories or indicators can be identified within the literature. Therefore, the subcategories and indicators have been developed in a data-driven way, as recommended by Schreier (2014). The complete coding frame is visually represented in Table 1.

Table 1. Coding frame

Categories	Subcategories	Description	Indicators
Agent dimension	Sharing own experiences	Speaking about their own experiences within the health sector as a woman	Example: ‘It took almost a year before someone put the puzzle pieces together and told me that I was experiencing perimenopause’
	Sharing the experiences of other women	Speaking about the experiences of other women from their personal lives within the health sector	Example: ‘I have female friends who had to travel all the way to Leuven to receive integrated care’
Principal dimension		Speaking about the problems that women as a group face within the health sector	<ul style="list-style-type: none"> - Facts - Statistics - Research
Interest dimension		Discussing what needs to be done to improve women’s health	<ul style="list-style-type: none"> - Solutions - Plans - Initiatives - Ideas

5. Analysis

In this chapter, the results of the qualitative content analysis will be shared. The results for the Netherlands will be shared first, after which the results for Belgium will be discussed.

5.1 Results for the Netherlands

5.1.1 The agent dimension

In the Netherlands, women in parliament make use of the agent dimension of substantive claim-making several times in their speeches on women’s health. In five out of eleven debates, women in parliament share their personal insights as women. They do this by sharing their own experiences within the health sector as well as the experiences of the women that

surround them. Moreover, when women in parliament make use of the agent dimension, they do this very explicitly by openly drawing attention to the fact that they are women.

In a debate on the importance of gender-sensitive care, for example, one female parliamentarian shares that she is one of the many women that suffers from long covid. In addition, she shares that she recognizes the experiences that other women have had when going to the doctor's office, such as being told that the symptoms are stress-related. When she discusses the fact that multiple women have told her that they were sent home by their doctors, she adds that being sent home makes you doubt yourself. In the same debate, another woman mentions that she also personally recognizes the way in which women are treated at the doctor's office. In addition, one female parliamentarian shares that she has female friends who had to travel all the way to Leuven to be able to receive integrated care.

In a plenary debate on breast cancer screening, two women in parliament draw on their unique insights as women. One female parliamentarian speaks about the fact that she has had to endure the painful screening several times. She also speaks about the discussions that she has had with her female friends about it. Another female member of parliament shares that she is able to speak from personal experience when it comes to the screening and when it comes to the impact of breast cancer, as several of her female friends have had the disease.

In three other debates, women in parliament make use of the agent dimension. In a debate on the impact of menopause, one woman mentions that she does not know how she could have done her job in the past four months without her estrogen patch. She also shares that her foreign friends are able to receive the right medication simply by visiting their general practitioners, while getting the right medication in the Netherlands often takes years. In a debate on pain relief in labor, in turn, a female parliamentarian refers to her own experience of giving birth, by discussing how she pretended to have contractions in order to receive pain relief. In another debate, a woman shares her experience of having contractions in the car on the way to the hospital.

5.1.2 The principal dimension

Within every speech, women in parliament rely extensively on the principal dimension of substantive claim-making. In this regard, many women make use of relevant statistics to shed light on the health issues that women face. For instance, one female parliamentarian mentions that one out of five women considers the breast cancer screening to be painful. She adds that five percent of women experience extreme pain during or after the screening. One woman

mentions that it takes seven years on average for women to receive the right diagnosis. Another woman mentions that one out of five women has a traumatic labor experience in the Netherlands. These statistics are accompanied by various facts about women's health. One woman, for instance, mentions that women experience different symptoms for heart disease, such as pain in the neck and fatigue. She adds that women that present with these different symptoms are often wrongly diagnosed with psychological problems, such as depression. Another woman mentions that there is still much more known about the male body than about the female body, while diseases tend to manifest differently in men and women.

5.1.3 The interest dimension

Women in parliament also rely extensively on the interest dimension of substantive claim-making. In this regard, female members of parliament argue that general practitioners need to update their knowledge on gender differences in health, that investments should be made in gender-specific research and that women need to be able to choose between a variety of breast cancer screening methods. In addition, women in parliament argue for the need to provide more integrated care, to break the taboo around the use of pain relief during childbirth and to get the pharmaceutical industry to develop more gender-sensitive medication.

5.2 Results for Belgium

5.2.1 The agent dimension

In Belgium, women in parliament make use of the agent dimension of substantive claim-making several times in their speeches on women's health. In five out of eleven debates, women in parliament share their personal insights as women. In this regard, women in parliament share their own experiences within the health sector as well as the experiences of the women that surround them. While women in parliament sometimes make use of the agent dimension very explicitly by openly drawing attention to the fact that they are women, at other times they do this more implicitly. In these cases, they share unique insights that only women are able to share, without drawing explicit attention to themselves.

In a debate on the impact of perimenopause, several women speak about their personal experience of this phase. One female parliamentarian mentions that she is not used to asking parliamentary questions that are partly related to what she has experienced herself. She shares that she received very fragmented care, which caused her to have to wait for almost a year before being told that her symptoms were related to perimenopause. Another woman shares

that she ignored the physical symptoms that she experienced and did not learn about the word perimenopause until much later. Finally, one female member of parliament mentions that, since she did not experience any gynecological symptoms during perimenopause, she never visited a gynecologist and did not know that her symptoms were hormone-related.

In several other speeches, women in parliament also share their unique insights as women. One female member of parliament, for instance, shares that she personally knows no woman, herself included, who has been told by a doctor that it is possible for women to experience different symptoms for certain diseases. Another woman, in turn, shares how her teenage daughter tells her that there are period products available at school, which can be accessed freely. In addition, one female parliamentarian speaks about the nutritional advice that she received when she was pregnant a long time ago.

As mentioned in the first paragraph, some female members of parliament make use of the agent dimension more implicitly. For example, one woman mentions that everyone who menstruates knows how difficult it is to not have enough period products or to feel ashamed and uncomfortable during this time. In this way, she draws on the fact that she is a woman herself who knows what it is like to menstruate, without explicitly phrasing it as such. Another female member of parliament, in turn, mentions that giving birth does not only have a big physical impact, but also turns your world upside down, which can be difficult to deal with. Hence, she draws on her own experience of giving birth by explaining the feelings that are accompanied by it, without explicitly stating that she is a woman.

5.2.2 The principal dimension

Within every speech on women's health, women in parliament rely extensively on the principal dimension of substantive claim-making. In this regard, women in parliament primarily refer to relevant facts about women's health. For example, one female member of parliament mentions that women experience different symptoms when having a heart attack. One woman mentions that middle-aged women tend to experience a variety of physical and psychological problems that are almost never connected to perimenopause. Moreover, one female parliamentarian mentions how women are often misdiagnosed with depression when their psychological problems are actually perimenopause-related. Another woman states that there is still a large taboo around the experience of postnatal depression. In addition to the wide variety of facts that are shared, women in parliament also make use of statistics on women's health. For instance, one female member of parliament mentions that almost one out

of six women suffers from postnatal depression after giving birth. Another woman mentions that, compared to men, women have a 27 percent lower chance of receiving a heart massage. Finally, one woman states that one out of ten women suffers from endometriosis.

5.2.3 The interest dimension

Women in parliament rely extensively on the interest dimension of substantive claim-making. One female member of parliament, for instance, argues that a general awareness campaign does not seem useful when it comes to the different symptoms that women experience for heart conditions. Instead, she emphasizes the need to increase doctors' knowledge on this topic. In another speech, a woman argues that women need to learn about the existence of postnatal depression and that this is not something to feel ashamed about. Finally, one woman argues that the taboo around menopause needs to be broken.

6. Discussion

In the previous chapter, the results of the qualitative content analysis were shared. In the Netherlands, women in parliament were found to rely mostly on the principal and interest dimensions of substantive claim-making. In addition, they sometimes relied on the agent dimension by sharing their own as well as other women's experiences within the health sector. In Belgium, women in parliament were also found to rely mostly on the principal and interest dimensions of substantive claim-making. In addition, they sometimes relied on the agent dimension by sharing their own and other women's experiences, either explicitly or implicitly. In short, then, very comparable patterns were found in the two countries. The only difference that was identified is that women in the Netherlands always made use of the agent dimension in an explicit way, while women in Belgium sometimes used it more implicitly.

In light of the theoretical expectation that was formulated earlier in this thesis, these results are surprising. Based on feminist institutionalist theory, it was expected that the absence of a gender quota would lead women in parliament to rely on the principal and interest dimensions of substantive claim-making, while the presence of a gender quota would lead women in parliament to rely on the agent and interest dimensions of substantive claim-making. However, the presence and the absence of a gender quota were both found to lead women in parliament to rely on the principal and interest dimensions, while occasionally drawing on the agent dimension. In other words, the presence of a gender quota was found to

have no significant effect on the dimensions of substantive claim-making that women in parliament relied on. This means that the theoretical expectation is not supported by the data.

When trying to make sense of these findings, the intuition arises that the results may have something to do with the fact that the proportion of women in parliament was accounted for in this thesis. By controlling for the proportion of women in parliament, this thesis sought to examine the direct effects of gender quotas. After all, feminist institutionalist theory argues that the mere presence of a gender quota signals to women in parliament that there is a place for women's unique perspectives in politics (Weeks, 2019). Since women in parliament in the Netherlands and Belgium were found to advocate for women's health in very similar ways, however, the intuition arises that the similar proportions of women in parliament had the biggest influence on the extent to which women's unique perspectives were shared. This can be explained by referring back to 'critical mass theory', which posits that the proportion of women in parliament affects the political culture of the legislature (Dahlerup, 2014). In short, the results seem to show that the presence of a gender quota has only an indirect influence on women in parliament, by influencing the proportion of women in parliament.

7. Conclusion

This thesis has been guided by the following research question: *How does the presence of a gender quota affect the way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health?* In order to find an answer to this research question, a comparative case study of the Netherlands and Belgium has been conducted with regard to the way in which women in parliament speak about women's health issues. The results show that women in parliament in both countries rely primarily on the principal and interest dimensions of substantive claim-making, while occasionally drawing on the agent dimension of substantive claim-making. For this reason, the answer to the research question is that the presence of a gender quota does not have any effect on the way in which women in parliament engage in substantive representation to advocate for women's health.

This thesis is subject to several limitations. First of all, parliamentary speeches in two different countries are compared. Since every country has its own unique political culture and customs, however, it can be difficult to draw accurate conclusions from such comparisons. Second of all, this thesis is built around the assumption that women in parliament have personal experiences with women's health issues. It is, however, possible that some women in

parliament simply did not have any personal experiences to share. Finally, since the way in which women in parliament advocate for women's health has only been examined in two European countries, the results may not be very generalizable.

Despite these limitations, this thesis makes a valuable contribution to existing research on gender quotas and women in parliament's representation of women's interests. First of all, in this thesis, the connection between gender quotas and the representation of women's health issues in parliament has been examined for the first time. Second of all, by isolating gender quotas from their influence on the proportion of women in parliament, this thesis has been able to empirically test the direct impact of gender quotas. This thesis also has important societal implications. As women across Europe continue to face gendered health issues, it is helpful to learn that the mere implementation of a gender quota does not empower women to share their unique insights as women into women's health issues.

Based on the findings of this thesis, future research should look into the effects of the proportion of women on the way in which women in parliament advocate for women's health. In addition, future research could look into substantive representation as outcome, by examining under what conditions women-friendly health policies are actually implemented.

Primary sources

Sources for the Netherlands

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2014, March 13). *Verslag van een algemeen overleg*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2014Z00494&did=2014D10662>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2017, June 22). *Verslag van een algemeen overleg*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2017Z08462&did=2017D19208>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2018, May 31). *Verslag van een algemeen overleg*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2017Z18922&did=2018D32487>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2019, December 18). *Verslag van een algemeen overleg*. Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2018Z24024&did=2019D53846>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2022, March 8). *Verslag van een commissiedebat*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2022Z02785&did=2022D09505>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2022, March 14). *Verslag van een notaoverleg*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2020Z15980&did=2022D12051>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, February 16). *Verslag van een commissiedebat*.

Retrieved from

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2023Z01651&did=2023D07269>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, September 7). *Plenair verslag*. Retrieved from https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/detail/2022-2023/106#27a4b4ab

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2023, October 10). *Verslag van een commissiedebat*. Retrieved from <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2022Z11888&did=2023D42188>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2024a, April 3). *Verslag van een commissiedebat*. Retrieved from <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2024Z04952&did=2024D14540>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2024b, April 3). *Verslag van een commissiedebat*. Retrieved from <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/commissieverslagen/detail?id=2024Z04678&did=2024D14292>

Sources for Belgium

Vlaams Parlement (2014, November 26). *Verslag plenaire vergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergaderingen/938152/verslag/938790>

Vlaams Parlement (2015, October 15). *Verslag plenaire vergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergaderingen/1008993/verslag/1011383>

Vlaams Parlement (2017, June 27). *Verslag van vragen en interpellaties in commissievergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1148489/verslag/1149481>

Vlaams Parlement. (2021, April 20). *Verslag van vragen en interpellaties in commissievergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1503154/verslag/1504523>

- Vlaams Parlement. (2021, October 19). *Verslag van vragen en interpellaties in commissievergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1562810/verslag/1564931>
- Vlaams Parlement. (2022, February 22). *Vraag om uitleg*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1608073/verslag/1611093>
- Vlaams Parlement. (2022, March 15). *Verslag van vragen en interpellaties in commissievergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1616286/verslag/1617866>
- Vlaams Parlement (2022, October 18). *Verslag van vragen en interpellaties in commissievergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1670437/verslag/1672179>
- Vlaams Parlement. (2023, March 8). *Verslag plenaire vergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergaderingen/1713343/verslag/1715804>
- Vlaams Parlement. (2023, October 4). *Verslag plenaire vergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergaderingen/1764147/verslag/1767694>
- Vlaams Parlement. (2024, February 28). *Verslag plenaire vergadering*. Retrieved from <https://www.vlaamsparlement.be/nl/parlementair-werk/plenaire-vergaderingen/1805186/verslag/1808248>

Secondary sources

- Adams, M. (2015). Constitutional and socio-political dynamics in the Netherlands and Belgium. In H. Glaser (Ed.), *Norms, interests and values: Conflict and consent in the basic constitutional order* (pp. 89-129). Baden-Baden, Germany: Nomos.

- Anckar, C. (2008). On the applicability of the most similar systems design and the most different systems design in comparative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(5), 389–401. <https://doi.org/10.1080/13645570701401552>
- Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., & Peiró-Pérez, R. (2012). Gender sensitivity in national health plans in Latin America and the European Union. *Health Policy*, 106(1), 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.001>
- Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanagh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29–38. <https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000128>
- Childs, S., & Krook, M. L. (2009). Analysing women’s substantive representation: From critical mass to critical actors. *Government and Opposition*, 44(2), 125–145. doi:10.1111/j.1477-7053.2009.01279.x
- Colella, T. J. F., Gravely, S., Marzolini, S., Grace, S. L., Francis, J., Oh, P., & Scott, L. B. (2015). Sex bias in referral of women to outpatient cardiac rehabilitation? A meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(4), 423–441. <https://doi.org/10.1177/2047487314520783>
- Crespí-Lloréns, N., Hernández-Aguado, I., & Chilet-Rosell, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010327>
- Dahlerup, D. (1988). From a small to a large minority: Women in Scandinavian politics. *Scandinavian Political Studies*, 11(4), 275–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.1988.tb00372.x>

- Dahlerup, D. (2014). The critical mass theory in public and scholarly debates. In R. Campbell & S. Childs (Eds.), *Deeds and words: Gendering politics after Joni Lovenduski* (pp. 137-163). Colchester, United Kingdom: ECPR Press.
- Dahlerup, D., & Freidenvall, L. (2010). Judging gender quotas: predictions and results. *Policy and Politics*, 38(3), 407–425. <https://doi.org/10.1332/030557310x521080>
- Franceschet, S. (2010). The gendered dimensions of rituals, rules and norms in the Chilean Congress. *Journal of Legislative Studies*, 16(3), 394–407.
<https://doi.org/10.1080/13572334.2010.498107>
- Franceschet, S., & Piscopo, J. M. (2008). Gender quotas and women's substantive representation: Lessons from Argentina. *Politics & Gender*, 4(3), 393–425.
<https://doi.org/10.1017/S1743923X08000342>
- Gjellestad, M., Haraldstad, K., Enehaug, H., & Helmersen, M. (2023). Women's health and working life: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1080.
- Guasti, P., & Geissel, B. (2019). Saward's concept of the representative claim revisited: An empirical perspective. *Politics and Governance*, 7(3), 98–111.
<https://doi.org/10.17645/pag.v7i3.2103>
- Homola, J. (2017). Are parties equally responsive to women and men? *British Journal of Political Science*, 49(3), 957–975. <https://doi.org/10.1017/s0007123417000114>
- Jarvie, J. L., & Foody, J. M. (2010). Recognizing and improving health care disparities in the prevention of cardiovascular disease in women. *Current Cardiology Reports*, 12(6), 488–496. <https://doi.org/10.1007/s11886-010-0135-4>
- Kiesel, L., & Sourouni, M. (2019). Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*, 22(3), 296–302.
<https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1578743>

- Krook, M. L. (2009). *Quotas for women in politics: Gender and candidate selection reform worldwide*. Oxford: Oxford University Press.
- Kuhlmann, E., Lotta, G., Fernández, M., Herten-Crabb, A., Mac Fehr, L., Maple, J., Paina, L., Wenham, C., & Willis, K. (2023). SDG5 “gender equality” and the COVID-19 pandemic: A rapid assessment of health system responses in selected upper-middle and high-income countries. *Frontiers in Public Health, 11*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1078008>
- Lovenduski, J. (2020). The political representation of women: A feminist institutionalist perspective. In M. Cotta & F. Russo (Eds.), *Research handbook on political representation* (pp. 210-221). Cheltenham, United Kingdom: Edward Elgar Publishing.
- Lowndes, V. (2020). How are political institutions gendered? *Political Studies, 68*(3), 543-564.
- Mackay, F., Kenny, M., & Chappell, L. (2010). New institutionalism through a gender lens: Towards a feminist institutionalism? *International Political Science Review, 31*(5), 573–588. <https://doi.org/10.1177/0192512110388788>
- Martens, M., Danhieux, K., Van Belle, S., Wouters, E., Van Damme, W., Remmen, R., Anthierens, S., & Van Olmen, J. (2022). Integration or fragmentation of health care? Examining policies and politics in a Belgian case study. *International Journal of Health Policy and Management, 11*(9), 1668-1681.
<https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.58>
- Meier, P. (2012). Paradoxes in the meaning of quotas in Belgium. In S. Franceschet M. L. Krook & J. M. Piscopo (Eds.), *The impact of gender quotas* (pp. 157-172). Oxford: Oxford University Press.

- Merone, L., Tsey, K., Russell, D., & Nagle, C. (2022). Sex inequalities in medical research: A systematic scoping review of the literature. *Women's Health Reports*, 3(1), 49-59. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0083>
- Meyer, B. (2003). Much ado about nothing? Political representation policies and the influence of women parliamentarians in Germany. *The Review of Policy Research*, 20(3), 401–422.
- O'Brien, D. Z., & Piscopo, J. M. (2018). The impact of women in parliament. In S. Franceschet M. L. Krook & N. Tan (Eds.), *The Palgrave Handbook of Women's Political Rights* (pp. 53–72). London: Palgrave Macmillan UK.
- O'Brien, D. Z., & Rickne, J. (2016). Gender quotas and women's political leadership. *The American Political Science Review*, 110(1), 112–126. <https://doi.org/10.1017/s0003055415000611>
- Phillips, A. (1998). *The politics of presence*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinn, V. W. (2003). Sex and gender factors in medical studies: Implications for health and clinical practice. *JAMA*, 289(4), 397-400. <https://doi.org/10.1001/jama.289.4.397>
- Piscopo, J. M. (2011). Rethinking descriptive representation: Rendering women in legislative debates. *Parliamentary Affairs*, 64(3), 448-472. <https://doi.org/10.1093/pa/gsq061>
- Pitkin, H. F. (1972). *The concept of representation*. Berkeley: University of California Press.
- Schreier, M. (2014). Qualitative content analysis. In U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 170-183). Los Angeles: SAGE.
- Severs, E. (2012). Substantive representation through a claims-making lens: A strategy for the identification and analysis of substantive claims. *Representation*, 48(2), 169-181. <https://doi.org/10.1080/00344893.2012.683491>

- Studd, J. (2014). Personal view: hormones and depression in women. *Climacteric*, 18(1), 3–5. <https://doi.org/10.3109/13697137.2014.918595>
- Swers, M. L. (2005). Connecting descriptive and substantive representation: An analysis of sex differences in cosponsorship activity. *Legislative Studies Quarterly*, 30(3), 407–433. <https://doi.org/10.3162/036298005x201617>
- Syed, I. U. (2021). Feminist political economy of health: Current perspectives and future directions. *Healthcare*, 9(2), 233. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020233>
- The World Bank. (n.d.). *Proportion of seats held by women in national parliaments (%) – Belgium, Netherlands*. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SG.GEN.PARL.ZS?locations=BE-NL>
- Wang, S. (2022). Do women always represent women? The effects of gender quotas on substantive representation. *Political Behavior*, 45(4), 1979–1999. <https://doi.org/10.1007/s11109-022-09808-z>
- Wängnerud, L. (2000). Testing the politics of presence: Women’s representation in the Swedish Riksdag. *Scandinavian Political Studies*, 23(1), 67–91. <https://doi.org/10.1111/1467-9477.00031>
- Wängnerud, L. (2009). Women in parliaments: descriptive and substantive representation. *Annual Review of Political Science*, 12(1), 51–69. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.11.053106.123839>
- Waylen, G. (2014). Informal institutions, institutional change, and gender equality. *Political Research Quarterly*, 67(1), 212–223. <https://doi.org/10.1177/1065912913510360>
- Weeks, A. C. (2019). Quotas and party priorities: Direct and indirect effects of quota laws. *Political Research Quarterly*, 72(4), 849–862. <https://doi.org/10.1177/1065912918809493>

Woodward, M. (2019). Cardiovascular disease and the female disadvantage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1165.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16071165>

Xydias, C. V. (2007). Inviting more women to the party: Gender quotas and women's substantive representation in Germany. *International Journal of Sociology*, 37(4), 52–66.

Yager, Z., Calleja-Agius, J., Jagomägi, T., Khalaf, A., Sjöbeck, J., Karamouzi, P., Holeva, V., Runnel, R., Iozsa, D., & Persson, M. (2023). European health professionals' knowledge, attitudes and beliefs about perinatal depression and body image concerns. *Advances in Mental Health*, 21(3), 247–260.

Young, K., Fisher, J., & Kirkman, M. (2018). “Do mad people get endo or does endo make you mad?”: Clinicians' discursive constructions of medicine and women with endometriosis. *Feminism & Psychology*, 29(3), 337–356.

<https://doi.org/10.1177/0959353518815704>

Appendix A

Agent dimension: sharing own experiences

Agent dimension: sharing other women's experiences

Principal dimension

Interest dimension

Speeches in the Netherlands

Date	Content	Remarks
2022, March 14	<p>Voorzitter. De nota van mevrouw Ploumen weet het belang van het onderwerp bijzonder goed neer te zetten. Zij voert een lange lijst met voorbeelden op van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Ik noem er hier ook nog maar een paar. Vrouwen brengen minder jaren door in goede gezondheid. Migraine komt bijna drie keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Vrouwen hebben twee keer vaker last van gewrichtsslijtage. Maar de ziekte van Bechterew, een vorm van reuma, wordt bij vrouwen gemiddeld vijf jaar later gediagnosticeerd dan bij mannen, omdat symptomen niet worden herkend. Maar het zijn bijvoorbeeld ook vaker vrouwen die in de ambulance niet juist gediagnosticeerd worden. Dat komt doordat ze een ander beeld laten zien dan mannen, met vaak ernstige gevolgen van dien. Ik stelde hier al eerder vragen over en wat ons betreft is het een van de redenen om kritisch te kijken naar onze traumazorg.</p> <p>Voorzitter. Tot grote frustratie van vrouwen worden vrouwen vaker naar huis gestuurd met een psychische behandeling, waarbij de fysieke aanleiding niet wordt herkend, zo ook bij hartklachten. We zagen dit gisteren ook in Pointer over dit onderwerp. Vrouwen laten pijn in de nek en in de rug zien. Ook</p>	<p>Using relevant statistics to speak about the health differences between men and women and referring to the fact that women are often diagnosed later than men</p> <p>Suggesting to take a critical look at the organization of trauma care</p> <p>Speaking about the fact that women are more often misdiagnosed with psychological problems, due to a lack of understanding of women's unique symptoms for physical diseases such as heart disease</p>

oververmoeidheid is bij vrouwen vaak een symptoom voor hartproblemen, zeker in bepaalde risicogroepen. En toch wordt er bij vrouwen eerder gedacht aan psychische problemen, zoals een depressie. Hierdoor krijgen vrouwen niet de zorg die ze nodig hebben. Dit is niet uit onwelwillendheid. Het heeft er ook niet mee te maken of vrouwen mondig genoeg zijn, maar het gaat vaak om onwetendheid.

Voorzitter. Het zijn niet enkel vrouwen die nadelen ondervinden. Jonge mannen blijken gevoeliger te zijn voor infecties dan jonge vrouwen, door een andere werking van het immuunsysteem onder invloed van geslachtshormonen. Maar vrouwen hebben weer een beter afweersysteem tegen virussen, zo kunnen we lezen. Vrouwen en mannen hebben dus beiden baat bij gendersensitieve zorg, die aandacht schenkt aan sekse en aan gender. Gendersensitieve zorg zal leiden tot betere en passender zorg. Gender is dus een belangrijke factor. Dat laat de initiatiefnota van mevrouw Ploumen ook zien.

Suggesting that gender-sensitive care would be beneficial for both men and women

Voorzitter. De initiatiefnemer, mevrouw Ploumen, doet een flinke reeks voorstellen. Zoals ik zojuist al aangaf, kan ik die op hoofdlijnen zeker ondersteunen. Het is zo ontzettend belangrijk dat wij meer oog hebben voor de verschillen tussen genders, om betere zorg te kunnen leveren, om te voorkomen dat mensen zich onbegrepen voelen omdat hun ziektebeeld niet wordt herkend, om ervoor te zorgen dat de triage juist gedaan wordt, en om ervoor te zorgen dat medicijnen bij je lijf en bij je hormonen passen. Dit vraagt iets van het zorgaanbod, maar ook van professionals en van hoe wij opleiden en onderzoek doen.

Discussing the need to pay more attention to gender differences in the provision of healthcare

Zoals ik ooit op een D66-congres een motie indiende voor een verplicht tijdelijk quotum voor vrouwen in raden van bestuur, zo moeten er wellicht in de zorg dwingender

afspraken komen over het aantal vrouwelijke hoogleraren en over het percentage onderzoek dat gedaan wordt naar specifieke vrouwenaandoeningen. En wellicht moeten er dwingender afspraken gemaakt worden met de farmaceutische industrie als het gaat om een gendersensitief aanbod. Ik ben natuurlijk uitermate benieuwd wat de initiatiefneemster hiervan vindt.

Suggesting the need for more strict agreements regarding the number of female professors in the health field and the amount of research that is done on women-specific health issues, as well as agreements with the pharmaceutical industry to develop more gender-sensitive medication

Voorzitter. Ik wil zelf graag nog één specifiek punt naar voren brengen, namelijk long covid of het postcovidsyndroom. Ook bij long covid lijkt gender een rol te spelen. Van de mensen die kampen met langdurige klachten na covid is driekwart vrouw. Na een ernstige infectie kunnen patiënten soms maanden na ontslag uit het ziekenhuis nog een verminderde longfunctie hebben en zijn er afwijkingen van de longen op röntgenfoto's of longscans te zien.

Using the statistic that three out of four patients with long covid are women

Maar het kan ook voorkomen bij mensen die nauwelijks ziek zijn geweest. Zij houden daar allerlei klachten aan over, zoals longklachten, vermoeidheid, koorts, spierpijn, maag- en darmklachten, heftige hoofdpijn en kortademigheid. Er zijn ook neurologische klachten, zoals slaapstoornissen, angst, extreme vermoeidheid, depressie en problemen met concentratie en geheugen.

Speaking about the fact that long covid symptoms are experienced predominantly by previously fit women between 40 and 50

Die problemen komen dus vooral voor bij vrouwen die, voordat ze corona kregen, fit waren en een actief leven leidden. Het grootste deel van die groep is tussen 40 en 50 jaar oud. Ik ben helaas een van hen. Ik herken veel van wat vrouwen met longcovidklachten tegen mij zeggen. We worden naar huis gestuurd met opmerkingen als: «Je hebt ook wel een hele drukke baan.» Of: «Ben je misschien een beetje overspannen?» Of: «Het is ook allemaal wel heel erg veel.» Van veel van deze vrouwen hoor ik terug dat ze naar huis

Speaking about the fact that she is one of these women herself. Mentioning that the negative experiences that other women have had when visiting the doctor's office are similar to her own experiences. Mentioning that many women have told her that they were sent home without further guidance

gestuurd worden en dat het van kwaad tot erger gaat. Je wordt dan niet alleen niet geholpen, je gaat ook aan jezelf twijfelen. Dat laatste is funest. Want onbegrepen, onbekende klachten zijn niet de schuld van vrouwen. Het is onbegrepen en onbekend, omdat het nog niet afdoende is onderzocht. Dit geldt wat mij betreft ook voor alle klachten die nu geschaard worden onder SOLK, de somatische onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, die in meerderheid vrouwen treffen. We moeten dit veel serieuzer gaan nemen.

Mentioning how this response makes you doubt yourself

Discussing that this is not women's fault, but the consequence of a lack of research

Arguing that this issue needs to be taken more seriously

Mevrouw Ellemeet heeft gevraagd of vrouwen nu te weinig meegenomen worden in de clinical trials. Dat zegt denk ik ook wel iets over de wijze waarop de vraag van mevrouw Paulusma beantwoord kan worden rondom long covid en post-covid. De boodschap die vrouwen krijgen als ze met klachten bij de arts komen, komt mij maar al te bekend voor.

Saying that she recognizes the things that women are told when coming to the doctor's office

Ook hier kan de Minister echt wel een belangrijke ambassadeursrol vervullen, denk ik. De gemiddelde tijd die het kost voordat vrouwen de juiste diagnose krijgen, is zeven jaar. Dat is echt ongelooflijk. Dat heeft ook te maken met de positie van de huisarts. Ook huisartsen moeten eigenlijk bijgespijkerd worden op dit gebied en in het herkennen van de problemen.

Mentioning the fact that it takes seven years on average before women receive the right diagnosis

Arguing that general practitioners need to update their knowledge

Even heel kort. N=1 is niet de populatie. Ik heb ook vriendinnen gehad die uiteindelijk naar Leuven zijn gegaan, omdat ze daar wel integrale zorg bieden op dit terrein en je in Nederland eigenlijk van de darmarts via de blaasarts naar de gynaecoloog en weet-ik-veel-wat wordt doorgestuurd, alsof je een soort auto-onderdeel bent dat je los kan koppelen. Ook dat verbijstert mij jaren na dato zeer. Misschien mag ik daar dus nog even deze persoonlijke noot aan toevoegen. Volgens mij is het niet alleen een zaak van de Minister. Als we het hebben over

Speaking about her friends who decided to travel to Leuven in order to receive integrated care, since in the Netherlands women are referred back and forth between a variety of doctors

Arguing that attention should be paid to women's health when it comes to the provision of more integrated care

complexe zorg en het samenbrengen van een aantal specialisaties, denk ik dat deze op dat lijstje erbij kan.

De Fransen zeiden: het is niet een probleem van vrouwen of gender, het is een probleem van de samenleving, omdat de uitval en het leed zo ontzettend groot zijn en zo onnodig. Het feit dat vrouwen zich niet serieus bejegend voelen bij de huisarts en dat daar eigenlijk al het verschil ontstaat, is onzinnig. En niemand doet dat bewust. Het is meestal gewoon onkunde in plaats van onwil. Hier bieden we wel de kans om het verschil te gaan maken.

2022, March 8

Nog altijd is er veel te weinig aandacht voor de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen. Een schrijnend voorbeeld is de ziekte endometriose, een chronische ziekte waar een op de tien vrouwen mee te maken krijgt, waar je veel pijn van hebt en onvruchtbaar van kan worden. Wanneer kan ik de antwoorden op mijn schriftelijke vragen verwachten, vraag ik aan de Minister. Deze ziekte moet hoger op de politieke agenda.

Speaking about the lack of attention for health differences between men and women, for example when it comes to endometriosis, which is experienced by one in ten women and can cause pain and infertility

2023, October 10

«Op het moment dat de pijn echt niet meer te harden was, vroeg ik om dé prik. «Eh, nee mevrouw, dat kan niet», reageerde de verloskundige. «De anesthesisten zijn op dit moment bezig met de overdracht. De komende uren zijn ze alleen beschikbaar voor spoedgevallen.»» Dit zijn quotes uit de column van Roos Moggré waarmee ze het onderwerp van pijnbestrijding bij een bevalling eerder al succesvol op de agenda heeft gezet. Een op de vier vrouwen in Nederland die tijdens hun ziekenhuisbevalling een ruggenprik wensten, ontving deze niet of pas te laat. Een op de tien vrouwen die in het ziekenhuis bevielen, geeft aan dat haar pijn niet serieus genomen werd. In Nederland krijgt slechts 30% van de vrouwen bij haar eerste kind een ruggenprik. In andere Europese landen ligt dit rond de 80%.

Mentioning relevant statistics regarding the problems that women experience when giving birth and wishing for an epidural

Voorzitter. Ik zeg niet dat we bevallingen moeten gaan medicaliseren, maar ik wil hier wél een pleidooi houden voor meer keuzevrijheid én het taboe doorbreken dat ligt op pijnvrij bevallen. Want zoals mijn collega Hanneke van der Werf vandaag in het vakblad Anesthesiologie – ik had toch geoefend op het woord «anesthesiologie» – terecht stelt: bevallen is niet een wedstrijd van het moeten winnen van de oerkracht.

Waarom kunnen we bij de tandarts gewoon kiezen voor een verdoving, maar worden vrouwen vaak niet eens geïnformeerd over de mogelijkheden van pijnbestrijding tijdens de bevalling? Een op de vijf vrouwen heeft in Nederland een traumatische bevalling. Dit kent vele oorzaken, maar het gebrek aan pijnbestrijding is daar zeker een van.

Voorzitter. Dan de nazorg. We spreken namelijk heel vaak alleen over de baby die je hebt mogen krijgen, niet over het gegeven dat een op de drie vrouwen na de bevalling last heeft van een verzakking, waardoor je moeite en klachten hebt met plassen en met poepen, maar ook seks heel pijnlijk kan zijn. We praten ook niet over incontinentie, waar een op de vier vrouwen last van heeft na een bevalling. Dat betekent dat je niet kunt springen en dat niezen een enorm gedoe is geworden.

Iets waar al helemaal niet over gepraat wordt, is het hechten. 90% van de vrouwen wordt na een eerste bevalling gehecht omdat ze ingeknipt of ingescheurd is. Dat hechten gaat zeer geregeld niet goed. Is de Minister het met ons eens dat elke vrouw in Nederland na een bevalling het recht heeft om goed gehecht te worden, dat de kwaliteitscriteria hiervoor glashelder moeten zijn en dat de professionals die dit uitvoeren, verplicht op bijscholing zouden moeten?

Discussing the health issues that women experience after giving birth by referring to relevant statistics

Arguing that every woman has the right to be stitched correctly after giving birth and that professionals should receive mandated training in this regard

Ik ben heel blij dat mevrouw Paulusma ook het punt van pijnstilling aankaart. Eigenlijk ben ik blij met al haar punten, maar dit wilde ik even uitlichten. Het zou nu namelijk zo moeten zijn dat iedereen aanspraak kan maken op pijnstilling. Dat was eerst niet zo, kan ik uit eigen ervaring vertellen. Je moest dan bijvoorbeeld rugweeën hebben; dan pas had je recht op pijnstilling. Nou, ik deed gewoon alsof ik rugweeën had, omdat ik pijnstilling wilde.

Discussing personal experience when giving birth a while ago. Mentioning that she needed to pretend to have contractions in order to receive medication

2019, December 18

Even over het punt menstruatiearmoede. (...). Dit valt uiteen in een paar onderwerpen. Eén gaat het over het feit dat onderzoek aantoonde dat sommige meisjes en vrouwen te weinig geld hebben om voldoende tampons en maandverband te kopen. Een ander onderdeel is dat wat mij betreft een veel te hoog aantal meisjes en vrouwen zich schaamt dat ze ongesteld zijn en dat dus niet durven zeggen. Een derde onderdeel gaat over de medische implicaties van het te lang inhouden van een tampon. Dan zou je een soort shock kunnen krijgen. Je kan zeggen «ja, joh, dat gezeur altijd van die vrouwen; nou zeuren ze ook nog dat ze ongesteld zijn», maar ik benadruk dat heel veel meisjes en vrouwen kampen met schaamte en taboe. Veel te veel meisjes en vrouwen hebben financiële problemen hierdoor.

Speaking about the fact that research shows that some girls and women do not have enough money to buy tampons and sanitary pads, that there are many girls and women who feel ashamed of having their period and that there is the risk of getting a shock when tampons are left in for too long

Ik ben blij met de toezegging. Ik denk dat dat heel belangrijk is. Ik wil vooral graag dat het kabinet nadenkt over wat wij iedere vrouw in Nederland die zwanger wordt nou aanbieden. Hoe ziet het hele stappenplan eruit vanaf het moment dat ze erachter komt dat ze zwanger is tot en met de geboorte? Daar gaat het om. Er liggen duizend initiatieven, duizend plannen, duizend noem maar op en onderdeel daarvan is prenatale screening, maar het ligt inderdaad breder. Daar gaat het om.

Arguing for the need to take a more integrated approach and look at all of the steps that pregnant women have to take during their pregnancy, rather than only addressing prenatal screening in isolation

Daar gaat het om. Ik kijk even of ik een motie kan voorkomen. Daar gaat

het om, maar het gaat er ook om dat we kijken wat ervoor nodig is om de samenwerking tussen verschillende organisaties te verbeteren. Het gaat om het perspectief van de vrouw, om wat die allemaal tegenkomt en waar ze allemaal recht op heeft, maar ook om hoe we dat nou zo slim en handig organiseren met die organisaties dat er geen gedoe ontstaat.

2018, May 31

Dank u wel. De Staatssecretaris zegt dat hij in gesprek gaat met Hugo de Jonge over depressie bij ouderen. Dat vind ik prima, maar ik heb de indruk dat de Staatssecretaris daarbij vooral denkt aan oudere ouderen. Depressie komt niet alleen door eenzaamheid bij oudere ouderen. Dat begint al heel vaak rond de 50.

Er is een groot verschil tussen mannen en vrouwen: vrouwen zijn tweemaal zo vaak depressief als mannen. De oorzaken daarvan zijn helemaal niet bekend. Er is vaak ook een hormonale oorzaak; denk bijvoorbeeld aan de menopauze. Dat daar toch zo weinig over bekend is, is een feit. Ik hoop daarom dat de Staatssecretaris de urgentie ziet, en ziet dat er vooral ook onderzoek en aandacht nodig is voor depressie bij ouderen. En laat hij daarbij dan alstublieft niet alleen denken aan de oudere ouderen; het begint al eerder.

Mentioning the fact that women suffer twice as often from depression as men and that this is often linked to hormonal factors, for example to women's experience of menopause.

Discussing the need to conduct more research on depression in older people

2023, September 7

Eerst de cijfers. In 2021 ontvingen ruim 1,2 miljoen vrouwen een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Bijna 900.000 mensen deden mee. Dat is ongeveer 73% van de opgeroepen vrouwen. Dit blijkt uit cijfers van Bevolkingsonderzoek Nederland. Waarom mensen wegblijven? Mogelijk vanuit levensovertuiging of angst. Mogelijk gaat het om een inzichtbare groep mensen met een verleden van misbruik, voor wie de aanraking van de borsten door anderen als traumatisch kan worden ervaren. Of wellicht haken deelnemers af na een eerdere slechte ervaring.

Van de deelnemers ervaart een op de vijf vrouwen het onderzoek als pijnlijk. 5% ervaart zelfs extreme pijn tijdens of na het onderzoek. 5% klinkt als een klein percentage van vrouwen die flauwvallen of pijnlijke borsten hebben. Zij vertellen over blauwe plekken, een gescheurde huid, huilbuien, gekneusde ribben. "Slechts" 5%: dat zijn wel circa 45.000 vrouwen per jaar. Veel vrouwen vinden een mammografie te pijnlijk omdat zij bijvoorbeeld cystes of littekenweefsel na eerdere operaties hebben, of omdat zij zeer dicht borstweefsel, ofwel dense borsten, hebben. Een deel van hen haakt af en negeert een volgende oproep, terwijl het onderzoek zo belangrijk is. In 2021 werden 6.362 gevallen van borstkanker door het bevolkingsonderzoek opgespoord.

Discussing the fact that many women choose not to take part in the population screening as they find it too painful

Mammografie blijft pijnlijk voor velen. Is er dan geen alternatief? Het mammogram wordt sinds 1990 gebruikt voor het bevolkingsonderzoek. Er is sindsdien geïnvesteerd in de doorontwikkeling van de kwaliteit ervan. Dat maakt de mammografie op dit moment de meest betrouwbare screeningsmethode. **Mijns inziens is er echter te weinig aandacht voor de pijnbeleving van degenen die de screening ondergaan. De ondertekenaars van het burgerinitiatief en ik vinden dat daar iets in moet veranderen.**

Arguing that there is too little attention for women's pain when it comes to the screening

Persoonsgerichte zorg wint binnen de reguliere gezondheidszorg steeds meer terrein. Dat houdt in dat het behandelplan wordt vastgesteld op basis van de behoeften van de patiënt. De Europese vereniging voor borstradiologie gaf in 2022 nieuwe aanbevelingen voor screening bij vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Ook zij pleiten voor een persoonsgerichte aanpak, waarbij de samenstelling van de borsten en de wensen van de vrouw meer aandacht krijgen. **Binnen het bevolkingsonderzoek worden echter alle personen op gelijke wijze**

onderzocht, terwijl geen borst en geen vrouw hetzelfde is. Ruim 8% van de vrouwen — let op: dit gaat om circa 75.000 vrouwen per jaar — heeft zeer dicht borstweefsel. Voor velen van hen is mammografie pijnlijk en zijn tumoren op de foto minder goed te zien.

Een MRI zou een kwalitatief betere screening zijn voor deze groep. Een MRI is echter duurder en meer belastend en duurt langer dan een mammografie. Zou de mamma-CT wellicht uitkomst kunnen bieden? Deze kent niet de beperkingen van de MRI en zou een goede aanvulling kunnen zijn op het huidige bevolkingsonderzoek. Wanneer de laborant controleert of de foto gelukt is, kan deze direct na het onderzoek aangeven of er sprake is van dicht borstweefsel. Met die informatie kunnen vrouwen zelf de regie nemen en overwegen om een ander soort onderzoek aan te vragen. Ik pleit ervoor dat vrouwen in de toekomst een keuze hebben uit diverse screeningsmethoden, waaronder bijvoorbeeld de in mijn burgerinitiatief beschreven drukinformatiegestuurde mammografie, of de mamma-CT-scan.

Discussing the need for women to be able to choose between a variety of screening methods

Voorzitter. Vrouwen zijn niet hetzelfde als mannen. Dat lijkt een open deur, maar dat is in de medische wereld van onderzoek en behandeling nog lang niet het uitgangspunt. De man is nog steeds de maatstaf en ik kijk hierbij naar de minister. Dat heeft schadelijke gevolgen, want zoals wel vaker gaat ook hier op: wat je aandacht geeft, groeit. Veel onderzoek specifiek naar aandoeningen die mannen treffen en behandelingen die daarvoor nodig zijn, werkt meer onderzoek naar en over het mannenlichaam in de hand. Er ontstaat een status quo voor zaken die minder ruimte innemen. Het is mijn stellige overtuiging dat dit ook geldt voor genderspecifiek onderzoek en daarmee dus ook voor de zorg en behandeling van vrouwen.

Discussing the fact that the male body is still used as the reference point within the medical field

Voorzitter. Ruim een kwart van de vrouwen komt niet opdagen bij het bevolkingsonderzoek. Soms hebben ze daar heel goede redenen voor. Dat gaf mevrouw Van der Draaij ook al aan. De mammografie kan namelijk heel pijnlijk zijn. Volgens een peiling van EenVandaag is dat voor een op de vijf vrouwen een belangrijke reden om niet te gaan. Maar ook voor slachtoffers van misbruik, waar soms nog te weinig aandacht voor is, kan het ondergaan van een mammografie een veel te hoge drempel zijn. Dat kunnen redenen zijn om het bevolkingsonderzoek te vermijden.

Discussing the fact that one out of four women does not show up for the population screening for breast cancer

Discussing the various reasons why women decide to not show up, such as pain and experiences of abuse

Het borstkankeronderzoek is, zoals u al zei, een onaangenaam onderzoek, waarbij vrouwen tegen een harde, koude machine worden gedrukt en vervolgens elke borst apart in de machine wordt "geplet", om het zo maar te noemen. Ik heb het zelf meerdere malen moeten ondergaan. Met vriendinnen maken we er weleens sarcastische grappen over: als mannen zo'n onderzoek zouden moeten doen, was er allang een beter en pijnloos alternatief. Mijn ondersteuning is dus volledig.

Speaking about the fact that the screening is unpleasant for women, as women are pressed against a cold machine and their breasts are 'crushed'

Speaking about own experience of the screening and about the discussions that she has had with her friends about it

Dank u wel, voorzitter. In de eerste plaats veel dank aan mevrouw Van der Draaij, want dankzij haar hebben wij vandaag dit gesprek over een heel belangrijk onderwerp. Het is terecht dat het hier in de Tweede Kamer wordt besproken. Alle vrouwen in Nederland krijgen namelijk tussen hun 50ste en 75ste jaar elke twee jaar een uitnodiging om mee te doen aan zo'n borstkankeronderzoek.

Talking about the fact that she is able to speak from personal experience when it comes to the screening

Het gebeurt niet vaak dat ik hier in de Kamer bij een onderwerp uit eigen ervaring kan spreken, maar dat is nu wel het geval: niet alleen wat betreft het onderzoek, maar ook over wat borstkanker kan doen. In mijn omgeving heb ik diverse vriendinnen die al borstkanker hebben gehad. Ik weet dus ook hoe belangrijk dat onderzoek is.

Talking about the fact that she has various friends that have had breast cancer

Voorzitter. Meedoen aan het bevolkingsonderzoek is een vrijwillige keuze, maar er haken mogelijk vrouwen af bij het bevolkingsonderzoek vanwege pijn of angst voor pijn. Dat kan toch niet de bedoeling zijn. Het is daarom goed en wenselijk dat er zorgvuldig wordt gekeken naar patiëntvriendelijkere screening.

Emphasizing the need for patient-friendly screening

Mijn partij zou de minister dan ook ertoe willen oproepen om de mogelijkheden van patiëntvriendelijke screening in kaart te brengen, inclusief de kosten en de mogelijke knelpunten, en daarbij ook te kijken naar de mogelijkheden tot uitbreiding van de nu al bestaande alternatieven naar bijvoorbeeld meerdere onderzoekscentra of voor bepaalde doelgroepen, zoals vrouwen die veel pijn ervaren of vrouwen met een kwetsbare huid of anderszins. Kan de minister dit toezeggen?

Dank voor de beantwoording. Ik heb toch enige ... "Sepsis" is misschien niet het goede woord, maar ik, en volgens mij ook mevrouw Westerveld, vroegen aandacht voor het feit dat de zorg niet echt een heel goed trackrecord heeft als het om seksespecifiek onderzoek gaat.

Vrouwen trekken vaak aan het korte eind. Ik volg zeer de goede intenties en ik snap ook wel waar de reikwijdte van deze minister zit, maar ik denk dat de vrouwen in deze zaal, de vrouwen die meekijken, de indienster, ook wel willen horen of we de tijd gaan inhalen die we hebben laten liggen, om ervoor te zorgen dat deze diagnostiek pijnvrij en vrouwvriendelijker wordt. Want we hebben een achterstand.

Arguing that the women in this room and the women that are watching want to hear that the screening will become less painful and more women-friendly

Ik kan me voorstellen dat de minister het niet met mij eens is, maar ik ben benieuwd naar het volgende. Als het gaat om zorg voor vrouwen, zorg voor mensen die niet een man zijn, loopt men achter. Het gaat helpen als een minister ook aangeeft dat dat zo is, dat we tempo moeten maken en

dat er ook perspectief komt voor vrouwen die nu bang zijn of niet weer een pijnlijke ervaring willen meemaken.

Mijn punt is niet dat het eenvoudig is. Dat is ook niet het punt van mevrouw Paulusma. Wij proberen een wat breder punt te maken. We zien heel erg vaak dat zorg, begeleiding of welk aspect dan ook gericht op vrouwen minder goed geregeld is en dat er minder aandacht voor is. Dat is al helemaal het geval in de zorg. Dat blijkt ook uit het feit dat dit niet het allereerste burgerinitiatief in dat kader is dat hier voorbijkomt.

Ik vraag alleen aan de minister om dat in ieder geval te bevestigen. Laten we dat met elkaar gewoon toegeven en laten we er met elkaar voor zorgen dat er veel meer wordt geïnvesteerd in onderzoeken die genderspecifiek zijn en gaan over vrouwen, of het nu gaat over behandelmethodes of over bevolkingsonderzoeken.

Arguing for the need to invest in gender-specific research

Dank u, voorzitter. Het onderwerp van het debat is herkenbaar, zo herkenbaar dat veel mensen de moeite hebben genomen om het initiatief te ondersteunen. Ik kan me zo voorstellen dat het misschien toch wat onbevredigend is dat er nu, om veel door de minister gegeven goede redenen, niet iets heel concreets uit dit debat lijkt te komen. Zo had ik bijvoorbeeld gevraagd om het inzetten van bestaande minder pijnlijke alternatieven voor bepaalde groepen vrouwen. Ook daar geeft de minister eigenlijk hele begrijpelijke redenen om dat niet te doen, maar die alternatieven zijn er wel. Dat maakt het mijns inziens toch wat cru.

2023, February 16

Voorzitter. Ook bij aandoeningen die niet vrouwspecifiek zijn, zien we dat ze vaak een grotere impact hebben op vrouwen dan op mannen, simpelweg omdat we vaak niet onderzoeken wat de impact is op vrouwen. In coronastudies bijvoorbeeld wordt bijna nooit onderscheid gemaakt

Speaking about the fact that health issues tend to have a bigger impact on women, simply because of a lack of research

tussen mannen en vrouwen, terwijl vrouwen vaker last hebben van klachten na coronavaccinaties. Het vreemde is dat we ook weten dat vrouwen een actiever immuunsysteem hebben, waardoor ze ook vatbaarder zijn voor bijwerkingen van vaccinaties, maar dat dat dan niet wordt meegenomen in het onderzoek.

Voorzitter. Het meenemen van sekseverschillen in onderzoek is nodig om de achterstand die er is tussen kennis over het mannen- en het vrouwenlichaam niet verder te laten toenemen, want zo haal je de achterstand niet in. Daarvoor is echt aanvullend onderzoek nodig. Is de Minister bereid om daar structureel financiering voor te zoeken?

Discussing the need to take gender differences into account when conducting research

Voorzitter. De omgeving telt voor de verschillen, maar dat geldt ook voor geslacht. De kennis over het mannenlichaam is namelijk nog steeds veel groter dan de kennis over het vrouwenlichaam. Ziektes manifesteren zich vaak niet gelijk en niet op dezelfde manier bij mannen en vrouwen. Mevrouw Ellemeet maakte ook dat punt. De hindernis zit 'm vooral in hoe men is opgeleid.

Speaking about the fact that there is still more knowledge on the male body than on the female body and that diseases manifest differently in men and in women

2017, June 22

Zoals u weet, ben ik al vier maanden geleden bevallen. Iedere vrouw weet dat je bevalling als het goed is niet in het ziekenhuis begint. Hopelijk kunnen de meeste vrouwen ook gewoon thuis bevallen. Maar ik moest naar het ziekenhuis en met weeën in de auto zitten. Weeën zijn sowieso niet grappig – dat is een understatement – maar in een auto zijn weeën een regelrechte ramp. Gelukkig was mijn ritje nog kort, maar woon je in Woerden of in Maassluis, dan mag je straks als barende vrouw makkelijk drie kwartier met weeën in de auto zitten. Dat is al onmenselijk te noemen, maar ik kan de Minister vertellen dat je het dan helemaal niet redt om naar het ziekenhuis te gaan als je persweeën hebt. De afdeling verloskunde verdwijnt in het Zuwe

Speaking about own experience of giving birth, where she had to travel to the hospital while having contractions in the car

Drawing on own experience again by speaking about the fact that it is not possible to travel that far while having contractions

Hofpoort Ziekenhuis in Woerden en in het Franciscus Vlietland in Schiedam. Wil de Minister zich inzetten voor veilig bevallen, het risico op bermbaby's verkleinen en zich actief met deze ziekenhuizen bemoeien om de sluiting van die afdelingen tegen te gaan?

We moeten goed beseffen dat zwangerschap geen ziekte is en om die reden ook niet gemedicaliseerd mag worden. Er moet keuzevrijheid blijven voor de vrouw om thuis in alle rust, onder de deskundige een-op-eenbegeleiding van de verloskundige en de kraamhulp, liggend, zittend op een baarkruk of in een warm bad te bevallen, zonder stress, in een vertrouwde omgeving, met de mensen om haar heen die haar dierbaar zijn en haar vertrouwen kunnen geven.

In het ziekenhuis is die rust en een-op-eenbegeleiding er overduidelijk niet. De vrouw wordt af en toe gecontroleerd door een verloskundige, die de verantwoordelijkheid heeft over meerdere bevallingen op hetzelfde moment. Dit komt de rust en het vertrouwen niet ten goede, terwijl stress een negatief effect heeft op het al dan niet voorspoedige verloop.

Ik vind het belangrijk dat vrouwen het gevoel hebben dat ze controle hebben over hun eigen bevalling. Daarom zou ik ook graag zien dat de Minister met de beroepsgroep gaat bekijken hoe de communicatie verbeterd kan worden, en dat er in de nazorg voldoende aandacht is voor de beleving van de bevalling. Kan de Minister toezeggen dat ze hierover in gesprek gaat met de beroepsgroep? Ook bereiken mij signalen dat vrouwen niet altijd zelf mogen kiezen of ze wel of geen keizersnede of ruggenprik willen. Sommige jonge moeders wijken hiervoor zelfs uit naar het buitenland, of verkeren in de veronderstelling dat ze op het laatste moment nog een andere keuze kunnen maken. Dat leidt natuurlijk

Discussing the need for women to be able to give birth at home

Speaking about the lack of peace and one-on-one guidance when women have to give birth in the hospital

Discussing the need for women to feel like they are in control of their own labor

Speaking about the fact that women are not always allowed to choose themselves whether or not they would like a C-section or epidural

tot onprettige en zeker onwenselijke situaties.

Ik zit nu al twee uur te luisteren naar mensen die het hebben over de keuzevrijheid van de vrouw, waarbij de nadruk ligt op het thuis bevallen, maar er zijn legio vrouwen die helemaal niet thuis willen bevallen maar in het ziekenhuis. Voor die vrouwen ligt er nu een drempel, omdat ze een eigen bijdrage moeten betalen. We hameren hier nu twee uur op keuzevrijheid en dan snap ik niet waarom we die belemmering erin houden. Daar snap ik helemaal niks van, want dat is echt een inperking van de keuzevrijheid van de vrouw.

Speaking about the fact that there are many women who wish to give birth at the hospital and are currently facing barriers to do so because they have to pay a personal contribution

Discussing the need to get rid of this barrier, so that women's freedom of choice is secured

2024a, April 3

Voorzitter. Mijn laatste punt. Ook hier geldt weer dat vrouwen aan het kortste eind trekken. We weten al geruime tijd dat vooral de situatie van vrouwen op leeftijd het meest verkeerd wordt ingeschat in een acute situatie en dat daardoor deze groep vrouwen te vaak naar een plek worden gestuurd waar ze niet direct de juiste zorg krijgen.

Speaking about the fact that it is especially older women that tend to be sent to the wrong place and do not receive adequate care immediately

Onderdiagnostiek en verkeerde triage spelen hierin een grote rol. Ik heb hier al eerder vragen over gesteld. Ik ben dan ook heel blij dat onze minister onlangs besloten heeft om meer onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen te stimuleren, zodat er betere triage en diagnostiek kan plaatsvinden. Wat mij betreft is dat ook broodnodig in de acute zorg.

Dank en ook dank voor het antwoord. Het gaat me niet zozeer om de professionals in de lange witte jassen; het gaat mij vooral om de triage vooraf, dus voordat vrouwen op de spoedeisende hulp komen. De minister heeft gelijk: dit zijn geen vrouwspecifieke aandoeningen, maar de klachten presenteren zich wel heel anders. Dat geldt niet alleen voor hartklachten, maar ook voor een beroerte. De triage zou dus beter moeten. Er moet meer aandacht zijn

2014, March 13

voor de presentatie, die bij vrouwen anders is dan bij mannen, zodat ze bij de juiste cardioloog terechtkomen.

Werken kan alleen als je gezond bent en blijft. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen twee keer zo vaak depressief zijn als mannen en dat vrouwen met diabetes meer kans hebben op hartziekten. Mijn fractie vindt het belangrijk om ziekten vanuit een vrouwelijke invalshoek te behandelen, maar de geneeskunde is tot dusver vooral door en voor mannen ontwikkeld. Daarom pleiten wij voor een kennis- en onderzoeksagenda voor vrouwspecifieke gezondheidszorg en voor bewustwording via seminars en bijscholing. Wil de Minister dit oppakken?

Speaking about the fact that women are depressed twice as often as men and women with diabetes have a greater risk of heart disease

Discussing the need to treat diseases from a female perspective

Emphasizing the need for more knowledge and research on women-friendly healthcare

2024b, April 3

Tot slot, voorzitter. Mijn persoonlijke barricadeonderwerp: de overgang. Voor mij en mijn vriendinnen is dat een beladen onderwerp, want 80% van de vrouwen ervaart klachten van de overgang die hen belemmeren in hun werk. Nu steeds meer vrouwen van mijn leeftijd fulltime werken, komt dit onderwerp nadrukkelijker naar boven. Ik zou echt niet weten hoe ik de afgelopen vier maanden mijn baan had moeten doen zonder mijn oestrogenpleisters.

Describing menopause as a personal issue
Mentioning that it is a personal issue for her friends as well
Speaking about the fact that 80% of women experience symptoms during menopause that impact their work

Speaking about not knowing how she would have been able to work in the past four months without her estrogen patch

Waar vriendinnen in het buitenland met een bezoekje aan de huisarts de juiste medicijnen meekrijgen, duurt het in Nederland vaak jaren. En dan nog vinden huisartsen dat je na zes maanden alweer moet stoppen. We lopen in Nederland hopeloos achter. Ik zou de minister graag nog eens expliciet horen zeggen wat hij samen met de minister van VWS op korte termijn in gang gaat zetten om echt het verschil te maken, want de ruim 250.000 vrouwen met klachten kunnen niet wachten.

Speaking about how friends in foreign countries are able to get their medication by visiting their GP, while this takes years in the Netherlands

Emphasizing the need for action

Date	Content	Remarks
2021, October 19	<p>Ik wil graag een vraag stellen over spontaneous coronary artery dissection (SCAD). Ik zal mijn hele vraag niet voorlezen, u hebt die kunnen lezen bij de indiening. De meeste hartinfarcten zijn het gevolg van een scheur door een progressieve vetopstapeling in een kransslagader. Vaak komt dat door een te hoge bloeddruk, een te hoge cholesterol, roken, overgewicht en omgevingsfactoren. Maar in de laatste tien à vijftien jaar is er een type hartinfarct bekend geraakt waarvan men merkt dat steeds meer jonge vrouwen er last van hebben. Het gaat om een acute hartaanval veroorzaakt door een spontane scheur of bloeding in een bloedvatwand.</p> <p>Dit type hartinfarct treft in 90 procent van de gevallen net vrouwen die een laag cardiovasculair risicoprofiel hebben en een gemiddelde leeftijd van 52 jaar – dat is eigenlijk echt heel laag. In het begin werd verondersteld dat dit vooral op het einde van of kort na de zwangerschap voorkwam. Maar intussen is het duidelijk dat ruim 25 procent van de hartinfarcten bij vrouwen onder de 50 jaar aan SCAD te wijten zouden zijn. Het UZ Gent heeft van 2007 tot 2017 een groep vrouwen bestudeerd. Dat is een longitudinaal onderzoek van tien jaar. En daar heeft men inderdaad vastgesteld dat 18 procent van de hartinfarcten bij vrouwen jonger dan 50 jaar het gevolg van SCAD zou zijn. Ook het ZNA Middelheim heeft onderzoek gedaan.</p> <p>Dit type hartinfarct wordt tot op vandaag echt ondergediagnosticeerd, vermoedt men. Waarom? Omdat de diagnose van een hartinfarct bij vrouwen veel moeilijker verloopt. De symptomen zijn anders. En de symptomen die wij kennen, zijn de symptomen die bekend zijn bij mannen. Bovendien zijn artsen opgeleid met de veronderstelling dat de</p>	<p>Mentioning the fact that this type of heart attack is still underdiagnosed, because women's unique symptoms are unknown and doctors have been taught that the chances of a heart attack are very small for a young woman</p>

kans op een hartinfarct bij een jonge vrouw zonder die klassieke risicofactoren zo goed als nul is. Zij vermijden overbodige onderzoeken, wat op zich een goede insteek is maar hierbij gevaarlijk kan worden. En vrouwen maar ook artsen proberen een soort van verklaring te geven aan die klachten, die meestal – en dat moet ik echt onderstrepen – van het type zijn die worden afgedaan als vage klachten, zoals vermoeidheid, stress enzovoort. En juist stress is een belangrijke trigger voor SCAD.

U zegt dat er gesensibiliseerd moet worden. Wel, ik heb een beetje een rondvraag gedaan in mijn omgeving. Geen enkele vrouw in mijn omgeving – ik inclusief – is ooit door een arts gewezen op het risico dat hieromtrent bestaat. U hebt het over 21 à 31 geschatte vrouwen, maar we weten eigenlijk niet of dat correct is, want dat zijn indirecte cijfers. Dat valt moeilijk te reconstrueren. Wat ik van u begrijp, is dat er eigenlijk geen bijkomend onderzoek wordt gepland. En ik vind dat een beetje opmerkelijk omdat dit intussen in een aantal landen echt een serieuze problematiek is. Het feit dat een angiogram bij vrouwen heel vaak bij hartaandoeningen weinig uithaalt omdat hun aderen niet verstopt zijn, is dus geen manier om het te diagnosticeren. Doordat de symptomen niet bekend zijn, kan een vrouw inderdaad sneller overlijden.

Ik denk eerst en vooral dat het wel een belangrijke problematiek is, die we zeker niet mogen minimaliseren. Langs de andere kant hoor ik toch ook wel uit de cijfers die de minister geeft, dat een specifieke sensibiliseringscampagne weinig zinvol lijkt. Ook denk ik dat de symptomen die hier voorkomen, ook vrij algemeen kunnen zijn. Dat kan er ook voor zorgen dat een campagne tot veel ongerustheid leidt en misschien tot veel extra consultaties, die misschien op zich ook niet nodig zijn. Ik denk dat we het ook wel in dat opzicht moeten kijken. Anderzijds ben ik het er wel mee eens dat we artsen ook meer moeten sensibiliseren, zeker ook die artsen die

Sharing that she does not know a single woman, including herself, that has been told this information by a doctor

Mentioning the fact that it is difficult to diagnose heart disease in women with an angiogram
Mentioning that a lack of knowledge on women's symptoms leads women to die more often

Arguing that a specific awareness campaign does not seem useful

Arguing that an awareness campaign can cause women to worry too much and can lead to unnecessary extra consultations

Arguing that doctors should be made aware of women's unique symptoms

dergelijke onderzoeken doen. In september is er ook altijd de Week van het Hart, waar ziekenhuizen op inzetten. Die week staat in het teken van hartfalen. Misschien is het dan wel interessant om ook die problematiek tijdens de Week van het Hart eens mee te nemen. Een echte bijkomende campagne lijkt voor ons eigenlijk niet echt zinvol. Deze problematiek moeten we ernstig nemen, maar we moeten mensen ook niet onnodig ongerust maken.

Ik vind het eigenlijk wel heel terecht wat collega Daniels zei, en dat is ook mijn vraag. Voordat we gaan sensibiliseren moeten we ervoor zorgen dat die problematiek duidelijk in kaart is gebracht. Minister, uit uw antwoord begrijp ik eigenlijk vooral dat dat tot nu toe niet gebeurd is. Dus mijn vraag aan u is vooral om dat te doen.

Arguing that it should be clear what the problem is before creating awareness

Het lijkt mij natuurlijk zeer goed dat men nu begint te sensibiliseren, maar het lijkt mij heel goed om eerst goed in kaart te brengen wat er aan de hand is, zodat men veel duidelijker kan screenen en kan zien hoe breed deze problematiek is.

2023, October 4

Collega's, minister, meestal ben ik iemand die niet zenuwachtig of bang is om te spreken, of om mijn gedacht te zeggen. Ik zeg weleens: "Zet mij maar op een podium en dat komt allemaal goed." Laat mij maar staatsvormingen of iets anders onderhandelen, en ik kom tot mijn volle recht. Maar ik moet wel zeggen dat ik, toen ik eerder deze week dat opiniestuk heb geschreven en daarmee naar buiten kwam, buitengewoon zenuwachtig was, niet alleen omdat dat voor een stuk over mezelf ging, maar omdat het iets is waarmee je je kwetsbaar opstelt.

Ik ben ook niet gewoon om parlementaire vragen te stellen die voor een stuk gerelateerd zijn aan wat ik zelf heb meegemaakt. Dat is echt iets anders dan wanneer je over beleid of grote dingen praat. Maar ik ben, na die paar dagen, wel ongelooflijk blij dat ik het gedaan heb. Waarom? Omdat de reacties

Sharing that she is not used to ask questions that are partly related to what she has experienced herself

overweldigend waren. Heel veel vrouwen in ons land, en ongetwijfeld ook daarbuiten, maken mee wat ik heb meegemaakt. Dat begint bij de vaststelling dat er iets bestaat waarvan ik, eerlijk gezegd, tot een paar weken geleden niet eens wist dat het bestond.

Stating that many women in the country experience what she has experienced

Voor wie er graag grapjes over wil maken: ik wist natuurlijk wel dat vrouwen op een bepaald moment niet langer vruchtbaar zijn, en dat noemt men de menopauze. Maar wat ik echt niet wist, is dat er, voorafgaand aan dat moment, een hele fase is die voor elke vrouw verschillend is, die soms wat langer duurt, die soms wat korter is, maar waarin je met heel veel onhebbelijke, ambetante psychische en lichamelijke klachten te maken krijgt die bijna nooit aan die overgangsfase, die menopauze, gekoppeld worden. Ik heb het voorbije jaar heel veel goede medische zorg gekregen, echt waar. Ik zal het hier niet allemaal uit de doeken doen, maar die medische zorg was wel telkens gefragmenteerd. Het heeft bijna een jaar geduurd voor iemand alle puzzelstukken samenlegde en me zei dat ik in de perimenopauze zat.

Mentioning that she did not know that there is a whole time period before menopause where women experience psychological and physical problems that are almost never connected to menopause

Drawing on her own experience by sharing how the care that she received in the past year was very fragmented

Minister, ik wil mezelf niet overschatten, maar als ik dit niet weet, en als na deze week blijkt dat zoveel vrouwen in ons land dit niet weten, zou u dan alstublieft een initiatief willen nemen? Preventie is een Vlaamse bevoegdheid, zeker voor gezondheidszorg. Zou u dit thema op de kaart willen zetten? Zou u ervoor willen zorgen dat er informatie beschikbaar is en dat het beleid veel sneller detecteert wat bijna alle vrouwen, als ze het geluk hebben om oud genoeg te worden, moeten meemaken?

Connecting the fact that she did not know this to the fact that many women do not know this, in order to argue that action should be taken

Weten wat het is, is één ding. Weten dat er oplossingen bestaan, vind ik even belangrijk. Blijkbaar is daar nog heel wat onwetendheid. Ik begrijp dat. Ik ben niet medisch geschoold. Het is niet mijn taak om aan mensen te zeggen wat ze wel of niet moeten doen. Weten dat bijvoorbeeld een behandeling met natuurlijke hormonen een wereld van

verschil kan maken, heeft ook maatschappelijk een enorm effect.

Luister even goed, collega's: er zijn 1 miljoen vrouwen ouder dan 45 actief op de arbeidsmarkt. 1 miljoen. Die maken deze fase allemaal mee. In die groep merken we absentisme, regelmatig een dag afwezigheid, groter risico op burn-out en psychische stoornissen, terwijl ze gewoon niet weten wat er gaande is.

Onderzoek heeft aangetoond dat, als ze de juiste diagnose krijgen en een behandeling, ze van het kneusje op de arbeidsmarkt plots de allerbeste presteerders worden. Het worden voorbeeldwerknemers waar niets op aan te merken is, omdat ze zich weer goed voelen, omdat dat vreemde gevoel dat je niet thuis bent in je eigen lichaam, eindelijk verdwenen is.

De perimenopauze is voor mij gepasseerd zonder dat ik eigenlijk heb stilgestaan bij de veranderingen in mijn lichaam, ook de menopauze die ik nu onderga. Ik heb die vooral genegeerd en in een doosje gestoken. Ik negeerde alle klachten, al zijn die er nu wel heel fysiek. Ik heb ook nooit geweten dat hormoontherapie zinvol was, want ik dacht dat dat slecht was. Ik heb ook nooit enige actie ondernomen, en samen met mij hebben heel veel vrouwen gewoon ondergaan wat des natuurs was. Toen ik na de geboorte van onze drieling uiteraard niet meer zwanger wenste te worden, kreeg ik onmiddellijk een folder met alle vormen van anticonceptie. Over de menopauze heb ik nooit zo'n folder gekregen van mijn huisarts. Het woord perimenopauze hoorde ik pas voor het eerst toen ik er al ongeveer uit was.

Veel vrouwen lopen, net zoals u het afgelopen jaar, collega Rutten, verloren in die periode. Door het taboe bereikt de juiste informatie hen niet altijd. Een op tien werkt zelfs niet meer. Vanaf 45 jaar werkt een op tien niet meer terwijl de klachten goed behandeld kunnen worden.

Het taboe rond menopauze moet dus doorbroken worden, en daarom is het

Mentioning the fact that there are 1 million working women above the age of 45 that are often absent from work or experience burnout without knowing what is going on

Arguing that research shows that with the right diagnosis and treatment, these women are able to work well again

Speaking extensively about her own experience of perimenopause. Sharing that she ignored her symptoms, did not know that hormone therapy could be useful and never took any action

Making connection to the fact that many women have done the same thing. Sharing how after the birth of her children, she immediately received information about birth control, while she never received any information about menopause

Arguing that the taboo around menopause needs to be broken

ook goed dat collega Rutten met haar
grotere airplay pleit voor een
menopauzebeleid.

Mevrouw Rutten, het is een terecht
probleem dat u aankaart en het is moedig
dat u dat vanuit uw eigen ervaring doet.
Ik vind dat echt belangrijk, want dit is
inderdaad een groot probleem. Het is een
probleem dat vrouwen hun eigen
lichaam niet herkennen en niet weten
waar het aan ligt, maar een huisarts gaat
vaak ook een foute diagnose stellen.
Heel veel vrouwen in die perimenopauze
hebben bijvoorbeeld depressieve
klachten. Er wordt dan een diagnose van
depressie gesteld en ze krijgen
antidepressiva, terwijl het eigenlijk om
een perimenopauze gaat.

Mentioning that many
women experience
feelings of depression
during perimenopause and
that they are then wrongly
diagnosed with depression

Ik was het niet van plan en ik zal hier
niet mijn hele medische geschiedenis op
tafel gooien, maar ook ik heb een hele
goede dokter, minister Crevits, en ook
een heel goede gynaecoloog. Maar in
mijn geval, in de lijdensweg die ik een
jaar heb afgelegd, had ik heel wat
klachten, maar geen enkele
gynaecologische klacht. Niet. En als je
geen gynaecologische klachten hebt, dan
ga je niet naar een gynaecoloog. Ik had
heel andere klachten. Ik ben daar heel
goed voor geholpen, individueel, telkens
apart. Het heeft een jaar geduurd
vooraleer iemand alle stukjes van de
puzzel heeft samengelegd en toen bleek
het tóch aan de hormonen te liggen. Mijn
boodschap is: denk niet te gauw, het is
weer een vrouw en het zal wel passeren.
Neen, praat erover en doe er iets aan.

Sharing that
she did not have any
gynecologic problems and
therefore never visited a
gynecologist, so that it took
a year before someone
realized her symptoms were
hormonal

2022, March 15

Het is inderdaad weer tijd om het over
menstruatiearmoede te hebben, een
thema dat we toch al een paar keer
hebben aangehaald. We hebben daar ook
een voorstel van resolutie over
neergelegd en Vooruit heeft die mee
getekend. We willen daar ook echt de
nadruk op blijven leggen. Daarrond
wordt ook steeds meer actie
ondernomen.

Er zijn drie pijlers in
menstruatiearmoede. Ten eerste, het
ontbreken van producten. Ten tweede,

Speaking about the
problems of period
poverty

het ontbreken van infrastructuur om jezelf te kunnen verzorgen. Ik merk een paar schampere lachjes, maar iedereen die menstrueert weet dat het heel erg lastig is om op dat moment van de maand verlegen te zitten om producten, niet je werk te kunnen doen, niet naar school te kunnen gaan en voortdurend met dreiging van schaamte te zitten. Ten derde, jezelf niet in gezondheid kunnen verzorgen. Alle vervangproducten die in de enquête van Caritas werden aangeduid, zoals toiletpapier of dubbelgeplooid ondergoed – er worden uit allerlei andere producten schamele vervangproducten gemaakt –, zijn echt slecht voor de gezondheid. We weten ook dat dit tot gezondheidsproblemen leidt. Vrouwen in kwetsbare situaties hebben überhaupt niet genoeg toegang tot gynaecologische zorg. Het is dus een breed probleem dat een stuk verder gaat dan het louter niet hebben van een maandverband, ook al is dat een vrij essentieel en duidelijk zichtbaar aspect.

Sharing own experience of menstruation very implicitly

Minister, collega's, dit thema is al meermaals aan bod gekomen in deze commissie. Het is inderdaad erg dat vrouwen wegens hun financiële situatie moeilijkheden ervaren om menstruatiesproducten te kopen. Ik denk echter niet dat het de bedoeling is om iedereen gratis menstruatiesproducten aan te bieden. Dat zou niet haalbaar zijn, en ook niet wenselijk, aangezien het geen efficiënte inzet van middelen zou zijn. Deze problematiek wordt het best gericht aangepakt, voor de doelgroep die nood heeft aan ondersteuning en waar het probleem rijst. De vraag die dan rijst, is: hoe bereiken we die doelgroep het beste? Die rol is volgens mij het best weggelegd voor instanties en organisaties die zich al bezighouden met kwetsbare groepen. Er werd net al verwezen naar het voorbeeld van Wallonië. Daarbij wordt gefocust op het beschikbaar stellen van maandverbanden. Ik vraag me daarbij af of er niet beter kan worden ingezet op duurzame producten, die men kan hergebruiken, zoals menstruatiecups.

Arguing that it is not desirable to provide free period products for everybody

Arguing that it is better to provide period products for the people that need it

Minister, ik ben het met u eens: er moet ook verder worden gekeken dan louter naar het aanbieden van menstruatieproducten. Het aanbieden daarvan is louter symptoombestrijding. Het pakt niet de oorzaak aan die aan de grondslag hiervan ligt, namelijk armoede zelf. Bijkomende initiatieven om armoede zelf te bestrijden zijn dan ook cruciaal om ervoor te zorgen dat iedereen toegang heeft tot noodzakelijke producten.

Ik erken het probleem: menstruatiermoede, dat is er. Ik denk dat we het daar in het verleden ook al meermaals over hebben gehad, maar ik denk dat we ook niet mogen onderschatten wat er daadwerkelijk al op het terrein gebeurt. In mijn eigen gemeente zijn de armoede- en welzijnsorganisaties met een initiatief gestart, samen met het lokaal bestuur, dat echt wel lijkt te werken, en dat is absoluut niet alleen zo in mijn gemeente, dat is op heel veel plaatsen zo. Dat werkt dus ook wel. Ik geloof zelf ook niet in het verhaal van gratis menstruatieproducten voor iedereen. Dat moet echt voor die groep zijn die dat nodig heeft.

Wat de scholen betreft, ik heb zelf een beginnende tienerdochter. Zij geeft aan dat er menstruatieproducten op school beschikbaar zijn, dat zij zonder schroom kan binnenstappen op het secretariaat als ze die niet bij zich heeft, om die gewoon te vragen. Dat gebeurt echt wel. Natuurlijk, als iemand die elke maand vraagt omdat er thuis gewoon geen geld is om die aan te kopen, dan is dat een ander verhaal. Dat weet ik. Ik geloof echter echt wel in de scholen, in de leerlingenbegeleiding, die dat kunnen detecteren en die ook het gesprek kunnen aangaan met die leerlingen over dat probleem. We mogen op zich dus niet onderschatten dat er heel wat initiatieven zijn, in de gemeentes, bij de lokale besturen, maar ook op de scholen zelf.

Speaking about conversations that she has had with her daughter about the availability of period products at school

2014, November 26

Een op zes vrouwen lijdt aan een postnatale depressie. Als een vrouw

Mentioning that one in six women suffers from postnatal depression

bevallen is, dan verwacht men dat ze op een roze wolk zit en niet op een grijze wolk. Vele vrouwen weten niet dat ze niet alleen zijn met die problematiek. Ze voelen zich volledig geïsoleerd, durven daar met niemand over te praten. Zo krijgen zij geen hulp, soms zelfs te laat. Er heerst een enorm taboe rond postnatale depressies, niet alleen bij vrouwen maar ook bij hulpverleners. Vrouwen moeten weten dat een postnatale depressie bestaat, dat zij zich niet schuldig moeten voelen en dat zij niet alleen zijn. Hulpverleners moeten de symptomen herkennen en vooral kennen en daar ook naar handelen.

Arguing that women need to know what postnatal depression is, that they do not have to feel guilty and that they are not alone

Minister, gaat u initiatieven nemen om het taboe op postnatale depressie aan te pakken en om het vroegtijdig opsporen van psychische problemen te versterken, bij de zwangerschap al, om zo het psychische leed van tienduizenden vrouwen te voorkomen?

Minister, misschien kunt u extra inzetten op preventie. Een paar maanden geleden is er een heel interessant onderzoek opgeleverd van professor Raes van de KU Leuven. Hij heeft aangetoond dat de mate waarin een zwangere vrouw tijdens haar zwangerschap blijde gevoelens onderdrukt, een zeer goede voorspeller is voor de mate waarin ze achteraf kans heeft om een postnatale depressie te ontwikkelen. Dat kan heel eenvoudig worden gedetecteerd, omdat men die zelf rapporteert wanneer ernaar wordt gevraagd. Er wordt natuurlijk al curatief gewerkt: als mensen een depressie hebben, dan tracht men dat op te sporen en hen te helpen.

Daarnaast kan men echter een heel preventief onderdeel ontwikkelen, dat vandaag niet bestaat, door simpelweg de juiste vragen te laten stellen door de gynaecoloog, bij wie vrouwen toch op consultatie komen wanneer ze zwanger zijn. Zo kan men detecteren wie echt een grote kans maakt op een postnatale depressie. Zo kan men die vrouwen op tijd hulp aanbieden, om te vermijden dat het zover komt.

Minister, ik hoop echt van harte dat het taboe van de postnatale depressie kan worden doorbroken. Ik hoop ook dat er screeningsinstrumenten geïmplementeerd zullen worden om vroegtijdig te kunnen detecteren. En ik hoop dat de moeder-kindeenheden kunnen worden uitgebreid naar alle provincies. Ik hoop, wellicht samen met tienduizenden vrouwen, dat dit zeker zal worden aangepakt.

2021, April 20

Voorzitter, we moeten allemaal onderschrijven dat dit uitermate belangrijk is. We hebben tijdens de coronacrisis gezien dat zwangere of pas bevallen vrouwen weinig mensen hebben gezien. Tijdens de hoorzittingen in de Commissie ad hoc voor de Evaluatie en Verdere Uitvoering van het Vlaamse Coronabeleid is zeer duidelijk naar voren gekomen dat veel van die vrouwen meer angsten en depressieve klachten hadden.

Dat is net wat we zo snel mogelijk moeten detecteren. We hebben deze legislatuur de resolutie over screening en vroegtijdige opsporing van postnatale depressie goedgekeurd. Dat is uitermate belangrijk. Het gaat niet enkel om het aantal contacten, maar vooral om de kwaliteit van de contacten. Tijdens die contacten moet worden gescreend op risicofactoren en moet er aandacht zijn voor het mentaal welzijn. Vooral de kwaliteit van de gesprekken en de contacten is voor mij essentieel.

2023, March 8

Minister, ik heb nieuws dat op de Internationale Vrouwendag echt heel belangrijk is. Het is echt nieuws: als je meer dan een of twee pijnstillers moet nemen tijdens je menstruatie, dan is dat niet normaal. Als je kreupelende pijn hebt tijdens je menstruatie, dan is dat niet normaal. Als je niet uit bed kunt van de pijn, dan is dat geen normale menstruatiepijn. Dat is vandaag voor heel erg veel meisjes en vrouwen echt nieuws. Vandaag wil ik echt aandacht vragen voor een heel bijzondere ziekte: endometriose. Die treft heel veel mensen. Een op de tien meisjes en vrouwen: dat is gigantisch.

Mentioning that it is not normal to have to take more than one or two pain killers or have excessive pain during your period

Mentioning that one in ten women has endometriosis

Ik ga u ook de definitie niet besparen: een chronische ernstige aandoening waarbij weefsel reageert op hormoonschommelingen. Op allerlei plekken in het lichaam kan weefsel zich gaan enten, voornamelijk in de buikholte, voornamelijk bij mensen met een baarmoeder. Hormoonverstoorders kunnen een rol spelen. Maar wat betekent dat in de praktijk? Zeer hevige pijnen, zeer hevige menstruatiepijn.

Dat zorgt ervoor dat vrouwen in hun dagelijkse leven echt belet worden. Op dit moment kunnen ze daarbij op weinig begrip rekenen. Men zegt wel eens: 'La chair est faible.' Wel, voor deze vrouwen is het vlees echt niet zwak. Dit zijn mensen die dit elke maand en vaak vaker meemaken en die daarbij op heel weinig begrip kunnen rekenen. Dat gaat over meisjes die in de school de les lichamelijke opvoeding (lo) moeten overslaan en daarbij flauw gevonden worden, leerkrachten die horen dat iemand zegt dat ze door haar menstruatie haar werk niet kon doen. Dat wordt als een flauw excuus gezien, maar dat is eigenlijk heel geldig. Dat gaat over vrouwen die hun sociaal leven moeten opgeven, die hun relatie verloren zien gaan, die in hun werk 'gekreupeld' worden. Dit is heel ernstig. Gemiddeld duurt het acht jaar tot een diagnose, laat staan tot aangepaste behandeling. Minister, wat is uw plan om deze zeer vele mensen te helpen?

Speaking about the way in which endometriosis makes the lives of girls and women very difficult

Mentioning that it takes eight years on average for women to receive the right diagnosis

Minister, endometriose haalt inderdaad de levenskwaliteit van duizenden vrouwen naar beneden. Dat is dus wel een belangrijke problematiek. Ik had één bijkomende vraag, namelijk hoe we een betere bewustmaking kunnen doen. Maar eigenlijk hebt u al heel concrete acties naar voren geschoven. Ik wil dan ook meegeven dat wij vanuit onze fractie heel blij zijn dat u aangeeft dat er verdere acties ondernomen moeten worden en dat u daar ook toe bereid bent. Want het is natuurlijk een problematiek die vandaag de dag nog te veel genegeerd wordt. Vandaar dat ook de beroepsverenigingen daar blijvend op moeten worden aangesproken, om de juiste signalen te herkennen, de

Emphasizing the need to take further action

2022, February 22

symptomen te herkennen, en de aandacht te vestigen op de juiste signalen. Ik ben dus heel blij met uw antwoord op deze vraag.

Endometriose is een aandoening die behoorlijk hard onder de radar blijft. Het veroorzaakt extreme pijn en kan op termijn onvruchtbaarheid veroorzaken. Het komt ook heel vaak voor: naar schatting treft het een op tien vrouwen en meisjes, maar dat is een ruwe schatting. Een aantal mensen gaat ervan uit dat dit zelfs nog een onderschatting is. Dat wil zeggen dat er in elke klas gemiddeld een meisje zou zitten met endometriose.

Mentioning that endometriosis can cause extreme pain and infertility
Mentioning that one out of ten women has endometriosis

De problemen bij endometriose zijn veelvuldig en de diagnose blijft heel vaak uit. In Frankrijk en Nederland duurt het jaren. In Frankrijk duurt het zeven jaar eer patiënten een correcte diagnose krijgen. In Nederland is daar eveneens onderzoek naar gedaan en is het gelijkaardig. In eigen land ontbreekt onderzoek, maar we zien ook dat er in de actie rond endometriose meer moet worden gedaan. In Frankrijk werd een nationaal plan rond endometriose afgekondigd. In Nederland is er onderzoek gedaan naar het voorkomen en het ziektepad van patiënten. We zien dat het plan van president Macron op enorm veel opluchting wordt onthaald.

Arguing for the need to take more action around endometriosis

U hebt heel veel troeven in handen om endometriose aan te pakken binnen de Vlaamse Gemeenschap, zowel in de eerstelijnszorg als in de voorlichting, in de sensibilisering van het brede publiek en zorgverleners, in de opleiding van artsen, in de seksuele voorlichting op school enzovoort. Bovendien ontbreken nog heel wat onderzoek en cijfers.

Minister, ik was een beetje verbaasd dat uw antwoord al was afgelopen omdat het wat mager is. Ten eerste moet ik u tegenspreken. Het is geen taboe om te spreken over pijnlijke menstruatie. Vrouwen spreken daarover. Wat er wel aan de hand is, is dat het niet serieus wordt genomen. Het wordt als normaal gezien. En dat geeft juist het probleem bij deze aandoening. Dat geven ook

Mentioning that the problem is that painful menstruation is seen as normal

specialisten op verschillende plekken – op de VRT, op radio 1, in De Morgen – verschillende keren aan in de afgelopen weken. Pijnlijke menstruatie wordt als normaal gezien, maar dit gaat over een pijnlijke aandoening die voorkomt bij een op de tien meisjes en vrouwen. En die kan op termijn echt wel tot onvruchtbaarheid leiden. En het geeft kreupelende pijn waarvan specialisten zeggen dat dit een van de pijnlijkste aandoeningen is die ze kennen.

Ik denk dat we het eens zijn dat endometriose de levenskwaliteit van duizenden vrouwen naar beneden haalt. Het is toch wel een problematiek die we zeker als ernstig moeten beschouwen en waar we dan ook op een zeer goede manier mee moeten omgaan. Op dit moment wordt de aandoening ook pas ontdekt wanneer vrouwen zwanger proberen te worden of wanneer het dan net niet lukt. Dat geeft dan ook vaak problemen op latere leeftijd waarbij we eigenlijk kunnen stellen dat de diagnose vroeger had kunnen worden gesteld.

Mentioning that endometriosis reduces the quality of life of thousands of women

Mentioning that endometriosis is currently only discovered when women try to get pregnant

Minister, het is wel positief dat we gehoord hebben dat er vanuit het federale bevoegdheidsniveau gewerkt wordt aan een betere detectie. Collega Nathalie Muylle heeft daar een resolutie neergelegd waarbij ze opdracht wil geven aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg om een evaluatie uit te voeren over de manier waarop endometriose in ons land vandaag de dag al wordt vastgesteld en behandeld. Zij pleit ook voor een systematische registratie van die gevallen en vraagt een erkenning bij de expertisecentra.

Emphasizing the need to work on a the detection of endometriosis

Dus ik denk dat er op dat niveau heel veel zaken hopelijk worden verdergezet. Vlaanderen kan alleen verder werken aan de bewustmaking van de ziekte.

Minister, ik heb gehoord dat er al een aantal initiatieven zijn. We moeten die in de toekomst zeker en vast verderzetten. Ik kijk vooral uit naar de uitwerking van initiatieven op federaal niveau om later op Vlaams niveau op vlak van preventie aan te kunnen werken.

De typische symptomen van een hartaanval – een drukkend gevoel op de borst, pijn of steken in de linkerarm of in de borst – zijn algemeen gekend. Deze gelden evenwel enkel voor mannen. Bij vrouwen komt hartziekte op een andere manier tot uiting: kortademigheid, extreme vermoeidheid, duizeligheid en zweten, spijsverteringsproblemen en kaak- en rugpijn.

Mentioning that women experience different symptoms for heart disease

Dit is een groot probleem. Doordat deze vrouwelijke symptomen onvoldoende gekend zijn, sterven er relatief meer vrouwen aan hartkwalen dan mannen. We zouden heel wat sterfgevallen kunnen vermijden als we die symptomen beter zouden herkennen. Zo zijn hart- en vaatziekten zelfs de eerste doodsoorzaak bij vrouwen en heeft de beperkte kennis tot gevolg dat een vrouw 27 procent minder kans maakt op een hartmassage dan een man. Dat heeft te maken met een gebrek aan kennis maar ook met het feit dat de poppen waarop men oefent, allemaal mannelijke poppen zijn.

Mentioning that the lack of knowledge on women's symptoms causes women to die more frequently
Emphasizing the need to recognize symptoms better

Zelfs in een ziekenhuis, zelfs bij medische professionals, krijgen mannen sneller de juiste testen en behandelingen dan vrouwen, en dus ook sneller de juiste diagnose. Binnen uw bevoegdheid Preventie is het niet onbelangrijk om daar eens bij stil te staan. Het wordt steeds belangrijker om bij de vrouwelijke symptomen van hartziekten stil te staan. In de afgelopen vijftien jaar is het percentage vrouwen onder de 50 jaar met een hartaanval verdrievoudigd. Als oorzaak ziet men een veranderde levensstijl en mentale problemen met impact op hart en vaten. Daarnaast spelen hormonen een grote rol. Het vrouwelijk hormoon oestrogeen beschermt het hart, maar het gehalte ervan verandert doorheen de levensloop.

U zegt dat we verder wetenschappelijk onderzoek moeten doen. Ik ben altijd voor wetenschappelijk onderzoek, maar hier zijn toch al heel duidelijke gegevens voorhanden over voortekenen, zaken die gezamenlijk kunnen voorkomen en hartlijden kunnen weergeven. Het is toch erg belangrijk dat we ervoor proberen te

Arguing that the problem is already clear and that this knowledge should be spread in society

zorgen dat de kennis over wat we al weten, waarvoor geen nieuw wetenschappelijk onderzoek nodig is, wijder verspreid is in de maatschappij, omdat we zo redelijk wat sterftes zullen kunnen vermijden.

U zegt: eerst de problematiek in kaart brengen, dan sensibiliseren. Ik denk dat het heel duidelijk is wat tot hartlijden kan leiden. We denken aan een hoge bloeddruk, aan cholesterol bijvoorbeeld. Dat zijn maar een aantal aspecten. Maar ik weet niet op welk onderzoek u precies wacht alvorens te gaan sensibiliseren. Ik dacht dat het op dat vlak, qua symptomatologie, wel duidelijk is. U zegt dat we mensen ook niet overbezorgd moeten maken, dat het niet de bedoeling is dat ze allemaal naar de huisarts lopen enzovoort. Neen, onnodig naar de huisarts lopen is nergens voor nodig. Anderzijds zou ik toch hopen dat, als de symptomen die aangeven dat er hartlijden is, gezamenlijk voorkomen bij een vrouw, zij laat checken of alles oké is, eerder dan te denken, och God, ik zal misschien niet overreageren. Want dat is de reden waarom we precies bij vrouwen hartfalen als doodsoorzaak nummer één hebben, terwijl dat bij mannen al lang het geval niet meer is.

Emphasizing the importance of women going to the doctor when they experience women-specific heart disease symptoms

Mentioning that heart failure is the leading cause of death for women because they do not want to overreact

2015, October 15

Bijna 1 op 6 moeders kampt met een postnatale depressie. Dat betekent dat van de 65.000 vrouwen die elk jaar hier in Vlaanderen bevallen, er minstens 10.000 zijn die een postnatale depressie krijgen. Het sterkste van alles is dat niemand dat doorheeft. Dat maakt de postnatale depressie tot een van de meest onderschatte ziektes op dit moment. De duur van een postnatale depressie is bij elke vrouw verschillend. Een onbehandelde depressie duurt gemiddeld vier tot zes maanden, maar kan soms ook jaren duren.

Mentioning that one out of six mothers suffers from postnatal depression

Het is evident dat dit gevolgen heeft voor het hele gezin. Naast het lijden dat een depressie veroorzaakt bij de moeder zelf en het verhoogde risico op hospitalisatie, worden er verschillende levensgebieden negatief beïnvloed door die postnatale

Mentioning that a postnatal depression has consequences for the whole family

depressie. Het gaat bijvoorbeeld gepaard met een verhoogd risico op huwelijksproblemen, echtscheiding, een verhoogd risico op kindermishandeling en -verwaarlozing. Verder zien we dat zelfmoord de eerste overlijdensoorzaak is bij pas bevallen vrouwen. Alleen al die vaststelling rechtvaardigt onze aandacht als beleidsmakers.

Heel veel van die problemen kunnen we vermijden, omdat de depressie over het algemeen goed te behandelen is. We weten dat met gesprekstherapie en medicijnen goede resultaten worden behaald. Vandaag zien we dat pre- en postnatale depressie vaak niet of laatijdig wordt gedetecteerd. Naast het taboe heeft dit ook te maken met het ontbreken van een systematische screening en onvoldoende aandacht voor de problematiek bij professionele zorgverleners.

Met dit voorstel van resolutie hoop ik dat we als beleidsmakers in het Vlaams Parlement kunnen bijdragen aan het doorbreken van dit taboe, dat we de brede samenleving en de medici kunnen sensibiliseren, jonge ouders goed kunnen informeren en via screening kunnen zorgen voor een snelle detectie, om vervolgens de weg te wijzen naar een adequate behandeling.

Het doel van sensibiliseren bestaat erin dat de moeder en haar omgeving enerzijds en professionelen anderzijds sneller de postnatale depressie herkennen. De zwangerschap en de periode na de bevalling zijn een periode waarin vrouwen frequent in contact komen met het zorgsysteem. Daarom is het zinvol om volop in te zetten op sensibilisering tijdens deze periode.

Daarnaast is het ook belangrijk te werken aan de algemene beeldvorming. Op die manier willen we komen tot meer begrip binnen de samenleving voor gezinnen die geconfronteerd worden met postnatale depressie. We stellen voor om dit te plaatsen binnen de gekende campagnes rond de geestelijke gezondheidsproblematiek. Toegepast op

Arguing that many problems can be avoided when the depression is treated correctly

Mentioning that postnatal depression is often too late or not detected

Vlaanderen zijn gynaecologen, artsen van de consultatiebureaus van Kind en Gezin, pediaters en huisartsen dé gezondheidswerkers die op het cruciale ogenblik in contact staan met zwangere vrouwen.

De gynaecoloog ziet vrouwen zowel in de pre- als in de postnatale periode.

Gelet op het frequent voorkomen van angst en depressieve klachten tijdens de zwangerschap, is het van belang ook de gynaecoloog te betrekken bij de detectie van de postnatale depressie. De

pediaters, de artsen van de consultatiebureaus van Kind en Gezin en de huisartsen zijn de medici die na de bevalling het meest contact hebben met de vrouw. Het is wenselijk deze actoren te sensibiliseren opdat zij meer dan vandaag aandacht zouden hebben voor de signalen van de postnatale depressie.

In het voorstel van resolutie vragen we een aantal maatregelen om de detectiegraad te verhogen. Eerst en vooral is het nodig dat we initiatieven ontwikkelen om de kennis van huisartsen en gynaecologen te verhogen. Een verhoogde kennis en meer sensitiviteit voor dit probleem bij zwangere en pas bevallen vrouwen zal hun toelaten de geestelijke gezondheidstoestand van de vrouw beter in te schatten.

Daarnaast moeten we ook toekomstige ouders bewust maken van de kans op het ontwikkelen van een postnatale depressie. Ziekenhuizen organiseren infoavonden voor jonge ouders om hen voor te bereiden op de geboorte van hun kind. We denken dat dit een bijzonder interessant forum is om deze problematiek aan te kaarten. We zijn ervan overtuigd dat de juiste informatie jonge vaders zal toelaten om sneller hulp in te roepen.

Daarnaast is het belangrijk een screeningsinstrument te introduceren bij zorgverstrekkers, de consultatiebureaus, de Huizen van het Kind en kraamzorg. Het is de bedoeling om gericht en georganiseerd zowel in de pre- als in de postnatale fase de depressie te

detecteren.
Zodra een postnatale depressie is gedetecteerd, is het essentieel dat vrouwen een goede behandeling krijgen en de gepaste doorverwijzing, ook met het oog op de moeder-babyrelatie.

In dat licht vragen de indieners om in overleg met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, een medische richtlijn te ontwikkelen voor een adequate behandeling. Voor de betrokken zorgverleners moet een doorverwijzingsregister worden opgesteld zodat de detectie kan worden gevolgd met een gepaste doorverwijzing voor een behandeling.
Er moet onderzocht worden hoe de expertise van de Moeder-Baby-Eenheid in Zoersel en het Centrum moeder en kind in Sint-Denijs-Westrem, kan worden gedeeld en gebruikt in regionale ziekenhuizen in alle provincies.

Ten slotte is het belangrijk dat de focus van de perinatale centra die zich vandaag vooral toespitsen op de lichamelijke gezondheid van moeder en kind bij risicozwangerschappen, wordt uitgebreid met expertise inzake geestelijke gezondheid tijdens en na een zwangerschap. Ook deling van deze kennis door de perinatale centra zal een belangrijke meerwaarde hebben voor een vroegtijdige detectie en behandeling van de postpartumdepressies.

Welnu mensen, ergens onderweg zijn we in dit land onze moeders uit het oog verloren. Nochtans ligt daar toch wel de basis van onze welvaart. Investeren in zwangere vrouwen, in kersverse moeders en jonge kinderen, loont op lange termijn. Want zorgen voor de mama's van vandaag stelt hen in staat om te kunnen zorgen voor hun kinderen, de volwassenen van morgen. Ik hoop echt dat dit nu, mede dankzij dit voorstel van resolutie, zal veranderen, dat er naast de zorg voor de baby, ook aandacht zal zijn voor het welzijn van jonge moeders.

Een verwachtingspatroon op mensenmaat ten aanzien van alle

moeders zou al een heel belangrijke sprong voorwaarts zijn, zodat zo weinig mogelijk vrouwen een postnatale depressie moeten doormaken. En zodat ze zich steeds bewuster worden van wat mama zijn echt met je doet. Eindelijk eerlijk: daar wordt iedereen beter van.

Ook wat betreft het aan de oppervlakte brengen van de mogelijke problemen omtrent de geestelijke gezondheid van pas bevallen vrouwen is er nog een lange weg te gaan.

Want moeten moeders en moeders in spe niet blij zijn? Moeten ze niet zweven in de zevende hemel met hun kleine wondertje? Moeten ze niet zorgeloos genieten van dat kleine hummeltje en de perfecte mama zijn, ook wanneer baby lief een huilkindje blijkt te zijn? Moeten ze niet hun gezinnetje perfect onder controle kunnen houden, ook al laat de kleine spruit geen enkele normale nachtrust toe? Vanzelfsprekend allemaal, toch? Of toch niet? Ook voor mama's kan het wel eens te veel zijn. Niet alleen fysiek is een bevalling een zeer ingrijpende gebeurtenis. Je hele leven staat ervan op zijn kop, en het is niet altijd zo eenvoudig om daarmee om te gaan. Wanneer de nieuwe moeder zichzelf uit het oog dreigt te verliezen en op het randje van haar weerstand balanceert, kan dit ernstige gevolgen hebben voor zowel zichzelf als haar kind, en zowel voor de relatie tussen haar en haar partner als voor het hele gezin.

Mentioning that it can be a bit much for mothers

Sharing own experience of giving birth very implicitly, by mentioning that your whole life changes when you give birth

2017, June 27

Voorzitter, enkele weken geleden is behoorlijk wat commotie ontstaan met betrekking tot Inter-act, een onderzoeksproject van onder meer de KU Leuven en de Universiteit Antwerpen. Het onderzoeksproject richt zich tot pas bevallen moeders die hun overtollige zwangerschapskilo's zo snel mogelijk zouden moeten verliezen. Om dat te bereiken, krijgen ze een weegschaal, een activiteitentracker, een app en een coach. (...). Tussen 10 en 15 procent van de pas bevallen vrouwen worstelt met een postnatale depressie. Is tijdens het ontwerpen van dit

Stating that between 10 and 15 percent of women suffers from a postnatal depression after giving birth

onderzoeksproject aandacht besteed aan de mogelijke gevolgen op psychisch vlak van het traject voor jonge moeders?

Minister, dank u wel voor uw antwoord. Ik was zelf ook wel wat verbolgen toen ik over het initiatief las. Het uitgangspunt zal waarschijnlijk wel geweest zijn dat gezonde voeding en beweging absoluut nodig zijn. Maar als ik zie dat men zes weken na een bevalling vrouwen wil motiveren door ze een weegschaal aan te bieden, dan heb ik daar mijn sterke twijfels over. Op dat moment zullen slaap en een gezonde maaltijd veel meer bijdragen tot een gezond gewicht. Ik zou zelf eerder pleiten voor de nodige ondersteuning op dat vlak, zoals uitbreiding van kraamzorg en dergelijke.

We hebben het hier al over gehad. We hebben een voorstel van resolutie goedgekeurd. De druk op jonge vrouwen neemt almaar toe in deze maatschappij. Ik denk dat ze dit kunnen missen als kiespijn.

Minister, toen ik zwanger was – dat is een hele tijd geleden, want ondertussen heb ik al twee dochters die bevallen zijn – werd vaak gezegd dat je moet eten voor twee. 35 jaar geleden was dat zo. Gelukkig is dat voorbij.

Er is reeds een grote druk bij jonge mama's om het schoonheidsideaal te bereiken. Je ziet wekelijks in magazines en weekbladen dat daarop wordt ingespeeld met titels als 'Slank na de geboorte'. Vaak worden dan ook eetstoornissen ontwikkeld bij die jonge mama's. Dat is inriest. Daarom is het beter te investeren in de voorzorg: hoe kan je tijdens de zwangerschap gezond eten? Dit wil echter niet zeggen dat je de mama's er niet bewust van moet maken, maar wel op een minder dwingende manier.

Sharing own experience of being pregnant

2024, February 28

Endometriose is een zeer pijnlijke, kreupelende ziekte die het leven van ettelijke vrouwen lamlegt. Het duurt op dit moment gemiddeld zeven jaar eer de diagnose gesteld wordt, en dan is er nog niet eens een behandeling. Op dit

Mentioning that endometriosis is a very painful disease that complicates the lives of many women

moment is dat een chronische ziekte. Een goede behandeling is dus noodzakelijk. Men moet ook weten naar waar door te verwijzen, en dat is op dit moment een gebrek. Maar ook onderzoek naar een remedie is heel dringend nodig. Deze schrijnende situatie is geen uitzondering. De hoeveelheid vrouwen die hieraan lijdt, in ons land alleen al, is het equivalent van vijftig Sportpaleizen vol vrouwen. Dat is meer dan het aantal mensen die aan diabetes lijden in ons land.