

Vrouwen en gezondheidszorg in België

Wat zijn de gendervooroordelen in de gezondheidszorg en hoe kunnen ze worden verholpen?

Svetlana Sholokhova — Studiedienst

Met dank aan Sophie Cès, Élise Derroitte, Clara Noirhomme, Hélène Henry, Hélène Janssens en Hervé Avalosse

Samenvatting

Waarom leven vrouwen langer dan mannen? Is dit een echt 'voordeel'? De cijfers van Sciensano laten niet toe deze vraag positief te beantwoorden. Vrouwen leven hun 'extra' jaren in slechte gezondheid. De redenen hiervoor zijn niet van louter biologische aard. Vrouwen lijden, in tegenstelling tot mannen, vaker aan niet-dodelijke maar invaliderende ziekten die hen ernstig beperken in hun dagelijkse activiteiten. Er zijn ook ziekten die specifiek zijn voor vrouwen en die hun risico op een slechte gezondheid dus nog vergroten. Onderzoek toont echter aan dat de verschillen in gezondheid die op het niveau van de populaties worden waargenomen, worden verergerd door sociale factoren, in het bijzonder de manier waarop het gezondheidszorgsysteem de behoeften van mensen waarneemt en erop reageert. Onderzoekers wijzen er al jaren op dat mensen, afhankelijk van hun geslacht, door zorgverleners verschillend gediagnosticeerd, behandeld en opgevolgd worden, waarbij vrouwen vaak benadeeld worden.

Hoe zit het met België? Helpen de preventie, diagnose en behandeling die het Belgisch gezondheidszorgsysteem biedt om de gezondheidsverschillen te verkleinen of dreigen ze die integendeel te vergroten? Om deze vraag te beantwoorden hebben we de toegankelijkheid van de zorg in België geanalyseerd op de vier dimensies ervan: de gevoeligheid voor gezondheidsproblemen, de beschikbaarheid van de zorg, de betaalbaarheid en de aanvaardbaarheid, waarbij we de waargenomen verschillen hebben vergeleken met de resultaten van ander internationaal onderzoek. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen heel wat moeilijkheden kunnen ondervinden om hun gezondheidsproblemen op te lossen. Deze moeilijkheden worden geïllustreerd door enkele voorbeelden op het vlak van preventie (borstkankerscreening), diagnose en behandeling (hart- en vaatziekten) en de organisatie van de zorg (ongelijkheid binnen de zorgverleners). Zonder de pretentie te hebben volledig te zijn, biedt deze studie voor het eerst een analyse van het Belgisch gezondheidszorgsysteem vanuit een genderperspectief en formuleert ze een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers en verantwoordelijken van het gezondheidszorgsysteem om de ongelijkheden tussen vrouwen en mannen op het vlak van gezondheid te verminderen.

Sleutelwoorden: Ongelijkheid in gezondheid, genderongelijkheid, toegankelijkheid, vrouwen

1. Inleiding

“Ongelijkheden in gezondheid zijn verschillen in gezondheidstoestand tussen groepen mensen die aanzienlijk, onnodig, oneerlijk, onrechtvaardig, systematisch en met redelijke middelen vermijdbaar zijn”¹. Deze verschillen kunnen worden waargenomen tussen populaties, groepen binnen een populatie en in de vorm van een gradiënt. Ze zijn gekoppeld aan sociale, economische en milieuomstandigheden - de omstandigheden waarin we geboren worden, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Het zou daarom voorbarig zijn om de verschillen in gezondheid die waarneembaar zijn binnen de bevolking te ‘individualiseren’, door aan te nemen dat deze verschillen afhankelijk zijn van individuele personen (bijvoorbeeld alleen hun genetische erfelijkheid of enkel hun gewoonten). Ongelijkheid in gezondheid is daarentegen structureel, juist omdat de leefomstandigheden van de mensen, en dus ook de maatschappelijke structuur die ze bepaalt, een centrale rol spelen in de gezondheid van de mensen (Derrotte, Cès, & Sholokhova, 2023).

De ongelijkheden die inherent zijn aan de maatschappelijke structuur kan men benaderen vanuit de drie invalshoeken van structurele discriminatie. We kunnen dan groepen identificeren die meer risico lopen vanuit **economisch** oogpunt (mensen die tot de armere klassen behoren) en die grote moeilijkheden ondervinden om in hun basisbehoeften te voorzien, vanuit het oogpunt van discriminatie op basis van **afkomst** (mensen met een raciale achtergrond) en vanuit het oogpunt van **genderdiscriminatie** (mensen die gediscrimineerd worden op basis van hun geslacht of seksualiteit). Een eerdere studie van de Christelijke Mutualiteit (CM) toonde aan dat economische verschillen sterk gecorreleerd zijn met verschillen in gezondheid. Mensen die in rijkere buurten wonen, hebben een betere gezondheid dan mensen die in armere buurten wonen: de eersten leven langer en hebben minder last van diabetes, hart- en vaatziekten en aandoeningen van de luchtwegen (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). In dit artikel kijken we naar het feit dat mensen niet dezelfde risico’s op ziekte of dezelfde kansen op behandeling hebben, afhankelijk van hun geslacht. We zijn vooral geïnteresseerd in de rol van het gezondheidszorgsysteem, dat de WGO definieert als “alle organisaties, personen en acties die als hoofddoel hebben om gezondheid te bevorderen, te herstellen of te behouden” (Morgan et al., 2016, eigen vertaling).

Immers, een moeilijke toegang tot de gezondheidszorg riskeert om gezondheidsongelijkheden te verergeren of nieuwe ongelijkheden te creëren.

De vraag die aan de basis ligt van ons onderzoek is de volgende: is de medische praktijk van preventie, diagnose en behandeling in België doordrongen van waarden en voorstellingen van de geslachten die leiden tot ongelijkheden in gezondheid tussen vrouwen en mannen, en wat zijn de mogelijke vooruitzichten om de huidige situatie te verbeteren? Deze vraag impliceert andere vragen: zijn er verschillen volgens geslacht in het gebruik van het Belgisch gezondheidszorgsysteem? Welke trends kunnen we identificeren en hoe kunnen we ze verklaren? En tot slot, hebben deze trends een invloed op de gezondheid van de mensen?

Onze studie richt zich voornamelijk op vrouwen. Aangezien de geslachtskwestie echter nauw verbonden is met die van de seksuele geaardheid of identiteit, worden veel mensen ook op deze basis gediscrimineerd. Wegens het gebrek aan beschikbare gegevens tot nu toe, zijn we genoodzaakt dit onderwerp buiten beschouwing te laten, wat de ernst en de omvang van de discriminatie en gezondheidsverschillen in kwestie geenszins in twijfel trekt. We hopen dit in de nabije toekomst te kunnen onderzoeken.

Van meet af aan moeten we ook benadrukken dat het misleidend zou zijn om vrouwen als een homogene groep te beschouwen. Ook binnen deze groep bestaan er ongelijkheden op het vlak van economische status, afkomst, seksualiteit, leeftijd, enz. Daarom moeten we altijd de voorkeur geven aan een intersectionele benadering die levenssituaties analyseert in hun ware complexiteit. Terwijl een beschrijvende analyse zich beperkt tot het vaststellen van ongelijkheden, laat een intersectionele benadering eerder toe de redenen voor deze ongelijkheden te verklaren, door bijvoorbeeld te kijken naar de verschillende systemen van overheersing (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020). Om aan deze eis te voldoen, onderzoeken we de manier waarop de verschillende ongelijkheden – vrouw zijn en oud zijn, vrouw zijn en een handicap hebben, vrouw zijn en moeite hebben om rond te komen – elkaar kruisen en het gebruik van gezondheidszorg beïnvloeden.

1 health-inequalities.eu.

Tot slot hebben ook mannen te lijden onder de ongelijkheid. Seksisme is niet alleen gebaseerd op voorstellingen van vrouwelijkheid, maar ook op voorstellingen van mannelijkheid. We stellen inderdaad een sterke correlatie vast tussen gedrag dat als ‘typisch mannelijk’ wordt beschouwd en bepaalde gezondheidsrisico’s (Courtenay, 2000): overmatig alcoholgebruik, gevaarlijk rijgedrag, enz. Net als vrouwen, lopen mannen die niet voldoen aan de normatieve visie op mannelijkheid die de gendersamenleving uitdraagt, het risico gediscrimineerd te worden (Connell & Messerschmidt, 2005), wat op zijn beurt schadelijk kan zijn voor hun gezondheid. Ondanks het belang van dit onderwerp, zal het niet behandeld worden in dit artikel, omdat het om andere overwegingen vraagt binnen het kader van een volwaardig afzonderlijk artikel.

In dit artikel gaan we als volgt te werk. Eerst verkennen we de geslachtsongelijkheden op het vlak van de gezondheid in België (2.1.). Daarna schetsen we het theoretisch kader voor onze analyse door na te gaan hoe gender als maatschappelijk systeem de waargenomen verschillen conditioneer (2.2.). We bekijken ook de rol van de toegang tot de gegevens bij de analyse van de gezondheidsverschillen en de moeilijkheden die zich daarbij voordoen (2.3.). Vervolgens bekijken we het Belgisch gezondheidszorgsysteem vanuit het toegankelijkheidsperspectief door de manier te bestuderen waarop geslachtsongelijkheden verschillende dimensies van dit systeem kenmerken: gevoeligheid voor gezondheidsproblemen (3.1.), beschikbaarheid van en voor zorg (3.2.), betaalbaarheid van de zorg (3.3.) en aanvaardbaarheid van de aangeboden zorg (3.4.). Na een analyse van onze onderzoeksresultaten (deel 4), sluiten we onze studie af met een reeks aanbevelingen voor de beleidsmakers en de betrokken personen op verschillende niveaus van het gezondheidszorgsysteem (deel 5).

2. Van een *gender-based* samenleving naar een *gender-based* gezondheid

2.1. Geslachtsongelijkheid in gezondheid

Sinds enkele jaren stellen we vast dat vrouwen in Europa weliswaar een hogere **levensverwachting** hebben dan mannen, maar dat hun gezondheidsniveau lager ligt dan dat van mannen. Hoewel bijvoorbeeld in België de levensverwachting bij de geboorte voor vrouwen 84,0 jaar en voor mannen 79,2 jaar bedroeg (Sciensano, 2021), kunnen vrouwen na hun 65 jaar verwachten om 57% van de rest van hun leven in goede gezondheid te leven, tegenover 68% bij mannen². Zoals Sciensano uitlegt, “Terwijl vrouwen veel langer leven, leven ze slechts iets langer zonder beperkingen, en als gevolg daarvan leven ze meer jaren met beperkingen (zowel in absoluut aantal jaren als in % van het resterende leven)”³.

Dit wordt verklaard door de verschillen in ziekten waarmee mannen en vrouwen te maken krijgen: “Mannen lijden op jongere leeftijd meer aan potentieel dodelijke chronische ziekten (coronaire hartziekten, kanker, cerebrovasculaire aandoeningen, longemfyseem, levercirrose, nierziekten en atherosclerose)”, terwijl “vrouwen meer invaliderende chronische aandoeningen hebben (auto-immuunziekten en reumatologische aandoeningen), evenals hinderlijke maar minder levensbedreigende aandoeningen (bloedarmoede, schildklier-aandoeningen, galblaasaandoeningen, migraine, artritis en eczeem)” (Bird & Rieker, 2008, p. 18, eigen vertaling). Naast verschillen in de prevalentie van ziekten tussen mannen en vrouwen, zijn er ook gezondheidsproblemen die specifiek vrouwelijk zijn, zoals ziekten die verband houden met het voortplantingssysteem, het moederschap (peri- en postnatale depressie, enz.), geweld, enz. en die daarom een bijzondere impact hebben op de gezondheid van vrouwen.

De gegevens uit de gezondheidsenquête van Sciensano bevestigen dit. Er bestaan belangrijke en systematische verschillen (over een periode van 15 jaar van gegevensverzameling) naargelang het geslacht in het aantal mensen dat **een langdurige ziekte of gezondheidsprobleem**

2 De ‘levensverwachting bij de geboorte’ wordt berekend als het gemiddelde aantal jaren dat een pasgeboren baby naar verwachting zal leven, als de huidige sterftecijfers in de komende jaren ongewijzigd blijven, terwijl de ‘levensverwachting in een bepaalde (goede) gezondheidstoestand’, verwijst naar een leven zonder beperking, zonder chronische ziekte of in een goede ervaren gezondheid.

3 Zie <https://www.gezondbelgie.be> voor meer informatie over de berekening en andere gegevens.

rapporteert: “over de hele periode verklaren vrouwen meer een langdurige ziekte of aandoening te hebben dan mannen met respectievelijk 29% en 25% in 2022”; ook is het aandeel vrouwen dat aangeeft **beperkt te zijn in hun dagelijkse activiteiten** hoger dan dat van mannen, over de volledige geanalyseerde periode: “ging het om 28,3% van de vrouwen tegenover 22,9% van de mannen”⁴.

Een andere indicator om de gezondheidskloof tussen mannen en vrouwen in België te beoordelen, is het percentage personen dat arbeidsongeschikt is wegens ziekte. Volgens de berekeningen van het Federaal Planbureau bedraagt het aandeel vrouwen dat langdurig **arbeidsongeschikt is** in 2021 14,7%, terwijl dit bij mannen 8,0% bedraagt. Dit verschil neemt toe: van 0,8 procentpunt in 2005 tot 6,7 procentpunt in 2021 (zie Figuur 1).

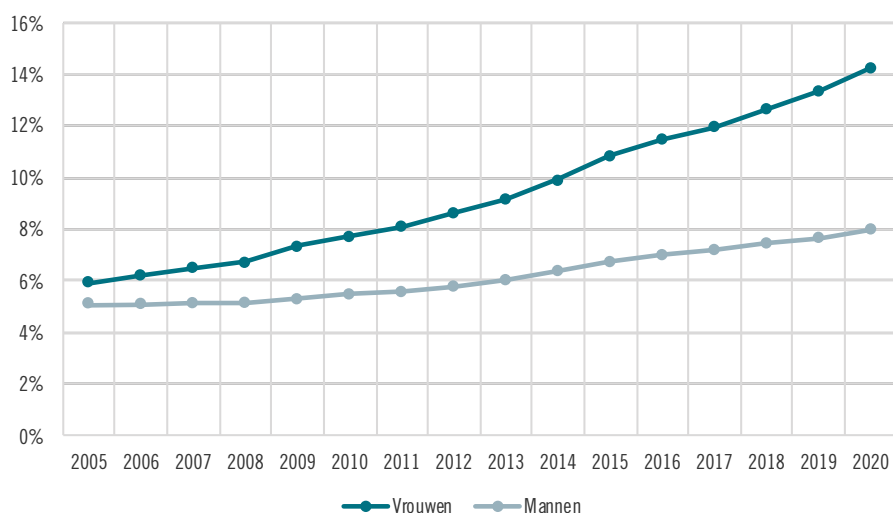
De CM-gegevens bevestigen eveneens de aanwezigheid van ongelijkheden: vrouwen hebben een groter risico dan mannen op een **chronische aandoening** (en dus om recht te hebben op het statuut ‘chronische aandoening’). In 2021 had bijvoorbeeld 15,4% van de vrouwen onder de CM-leden het statuut chronische aandoening, tegenover 11,3% van de mannen. Deze verschillen blijven bestaan, zelfs na standaardisering op basis van leeftijd, dit is rekening houdend met het verschillende aantal mannen en vrouwen in de verschillende leeftijdsgroepen: 14,6% tegen 12%.

Vrouwen in België hebben dus duidelijk meer kans om te lijden aan invaliderende ziekten, dus aan langdurige ziekten of ziekten die hen zo sterk beperken in hun dagelijkse activiteiten dat hun arbeidsgeschiktheid in het gedrang komt. Uit de gegevens over arbeidsongeschiktheid blijkt ook dat deze situatie lijkt te verslechteren. De vraag is dus of en in welke mate de gezondheidszorg rekening houdt met deze verschillen en met hoe ze te verklaren zijn, en met wat er gedaan kan worden om de groeiende kloof tussen vrouwen en mannen te verkleinen.

2.2. Hoe kunnen we deze verschillen verklaren?

Er zijn pogingen gedaan om **biologische verklaringen te vinden** voor de verschillen in gezondheid afhankelijk van het geslacht. Vanuit dit gezichtspunt zouden mannen en vrouwen door biologische factoren vatbaar zijn voor of juist beschermd worden tegen bepaalde soorten ziekten. Er is aangetoond dat de lange levensduur van vrouwen gedeeltelijk kan worden verklaard door hormonale verschillen, waarbij vrouwen beter beschermd zijn tegen hart- en vaatziekten dan mannen dankzij hogere oestrogeenspiegels. Tegelijkertijd daalt het oestrogeengehalte met de leeftijd en het begin van de menopauze, waardoor vrouwen een verhoogd risico lopen op osteoporose, dat ver-

Figuur 1: Langdurige arbeidsongeschiktheid naar geslacht (percentage tewerkstelling, inclusief werklozen) (Bron: indicators.be)



4 Eurostat-analyse ontleend aan <https://indicators.be>.

antwoordelijk is voor veel heup-, wervel- en polsfracturen, en hart- en vaatziekten (Rudic, Poropat, Krstic, Bjelakovic, & Gluud, 2005). De verklarende reikwijdte van het onderzoek dat zich richt op de biologische verklaringen voor de gezondheidsverschillen naargelang het gender blijft echter beperkt en laat niet toe alle waarneembare verschillen in gezondheid te verklaren. Bovendien toont epigenetisch onderzoek aan dat fysiologische verschillen tussen volwassen vrouwen en mannen niet altijd aangeboren of onveranderlijk zijn, maar verworven kunnen zijn tijdens het socialisatieproces (Bird & Rieker, 2008).

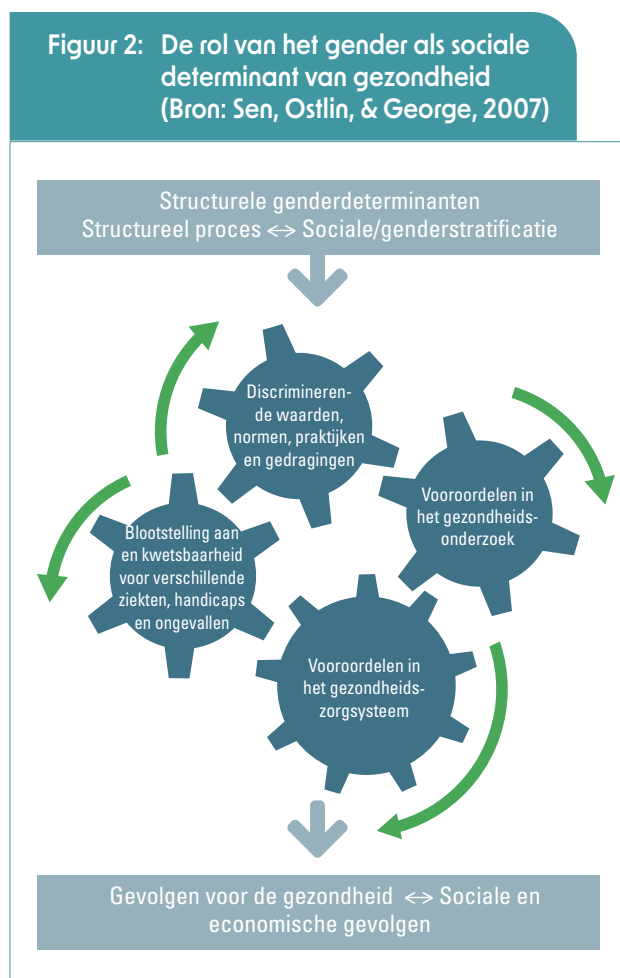
Economische verklaringen voor de verschillen in gezondheid tussen mannen en vrouwen bieden daarentegen veel meer duidelijkheid. Ze benadrukken de impact van de verschillen in levensomstandigheden tussen mannen en vrouwen en de directe invloed van deze verschillen op de gezondheid (Marmot, 2010). Deze verklaringen zijn met name gebaseerd op het feit dat vrouwen in het bijzonder geconfronteerd worden met ongunstige economische factoren: ze hebben vaker dan mannen te lijden onder armoede, discriminatie bij aanwerving, verloning of op het werk, enz. (European commission, 2021; European Institut for Gender Equality, 2021). Deze ongelijkheden kan men verklaren door het feit dat vrouwen vaker deeltijds werken dan mannen, oververtegenwoordigd zijn in laagbetaalde sectoren en minder gemakkelijk toegang hebben tot leidinggevende functies.

De gezondheid van vrouwen wordt ook beïnvloed door factoren die niet economisch van aard zijn (of ten minste niet rechtstreeks). We zullen de term **gender** gebruiken om te verwijzen naar het geheel van de sociale factoren die verantwoordelijk zijn voor de gezondheidsverschillen tussen de geslachten, waarmee we dan een systeem bedoelen van *hiërarchische tweedeling* tussen de geslachten (mannen/vrouwen) en tussen de waarden en voorstellingen die ermee geassocieerd worden (mannelijk/vrouwelijk) (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020). **Het gender is dus een sociale relatie, terwijl het geslacht de positie is die we daarin innemen, voortgebracht door het sociale systeem**⁵. Ongelijkheid in gezondheid tussen de geslachten

kan ook worden verklaard door het gender en is daarom een 'genderprobleem' in zoverre dat mensen, afhankelijk van hun geslacht en dus hun positie in de hiërarchie tussen de geslachten, niet op dezelfde manier blootgesteld worden aan (risico's op) ziekte of de behandeling ervan.

Het schema voorgesteld door de WGO illustreert duidelijk hoe de genderspecifieke structuur van de samenleving een impact heeft op de gezondheid van de mensen (en hun sociaaleconomische situatie, aangezien de twee van elkaar afhankelijk zijn) en in het bijzonder de factoren die deze impact bepalen (zie Figuur 2, Sen, Ostlin, & George, 2007, p. 11). Deze factoren zijn onder andere de gezondheidszorgsystemen en het bevooroordeeld gezondheidsonderzoek.

Figuur 2: De rol van het gender als sociale determinant van gezondheid (Bron: Sen, Ostlin, & George, 2007)



5 Daarom gebruiken we niet de terminologie die gender tegenover geslacht zou plaatsen volgens het onderscheid tussen cultuur en natuur, of maatschappij en biologie, waarbij het gender een sociaal 'surplus' is ten opzichte van het biologische geslacht. Deze definitie heeft de neiging om het geslacht te reduceren tot een staat van 'pure natuur', tot een biologie die onafhankelijk is van de maatschappij. Toch is deze pure natuur vaak onmogelijk te vinden. Dit wordt bevestigd door de gevallen van interseks kinderen, d.w.z. kinderen die geboren worden zonder tekenen die het mogelijk maken hun geslacht als vrouwelijk of mannelijk te definiëren. Het geslacht van deze kinderen wordt bij de geboorte bepaald (en vaak operatief en/of hormonaal geproduceerd) door de ouders en het medisch korps. Wat uit deze gevallen naar voren komt, is vooral de behoefte om een geslacht te kiezen. Het is dus duidelijk dat gender - als een systeem gebaseerd op de binariteit man/vrouw - voortvloeit uit iemands feitelijke geslacht, en niet andersom (zoals het idee van gender als een surplus van biologisch geslacht zou suggereren). Bovendien herformuleert een verwijzing naar het idee van biologisch geslacht alleen maar de geschiedenis van het geslacht zelf. Het geslacht wordt gekenmerkt door de onherleidbare pluraliteit van de criteria die gebruikt worden om het te bepalen (anatomie, geslachtsklieren, hormonen, DNA) en het feit dat de combinatie van deze criteria die gebruikt worden om het geslacht te definiëren door de geschiedenis heen en tussen samenlevingen varieert (zie Dorlin, 2008).

Het gezondheidszorgsysteem speelt dus een rol in het reproduceren en versterken van genderongelijkheden en draagt zo bij aan de vicieuze cirkel van gendergereleerde gezondheidsproblemen. Door het hanteren van geslachtsgebonden voorstellingen en waarden, houdt de gezondheidszorg enerzijds de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen in stand, met als resultaat ongelijkheid in gezondheid tussen de geslachten. Aan de andere kant creëert de gezondheidszorg nieuwe problemen en versterkt ze zo de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen, vooral omdat ze niet op dezelfde manier toegankelijk is voor mannen en vrouwen.

Het gender beïnvloedt de gezondheid van mensen door invloed uit te oefenen op “de toegang tot en het gebruik van de gezondheidsdiensten, de ontwikkeling en gebruik van medische producten en technologieën, de kenmerken van het personeelsbestand in de gezondheidszorg, het financieringssysteem van de gezondheidszorg, de verzamelde gegevens en het beheer ervan, en de manier waarop het gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld en uitgevoerd” (Morgan, et al., 2016, p. 2, eigen vertaling).

2.3. Het probleem van de gelijkheidsgegevens

Wat zijn de gendervooroordelen in het Belgisch gezondheidszorgsysteem? We moeten benadrukken dat er tot op heden geen kwantitatieve of kwalitatieve wetenschappelijke studies bestaan die een antwoord bieden op deze vraag. Zo vermelden de *rapporten over de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem* die regelmatig worden opgesteld door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), genderongelijkheid niet als een van de analysecriteria. Voor sommige indicatoren worden de gegevens wel voorgesteld volgens geslacht, maar dit gebeurt niet systematisch en vormt geen afzonderlijk onderwerp. De KCE-rapporten bevestigen de algemene trend van de analyses van Belgische gegevens, waarin de kwestie van genderongelijkheid in de gezondheidszorg afwezig is. Er zijn echter een aantal publicaties die de verdienste hebben te wijzen op het structureel probleem van genderongelijkheid in gezondheid en de impact van het gender op de zorg (Gillard, 2021; Colard, 2019).

Om een antwoord op onze vraag te vinden, moeten we ons dus baseren op ‘**gelijkheidsgegevens** (*equality data*)’ of deze produceren. Dit zijn gegevens die het mogelijk maken om de toestand van gelijkheid of ongelijkheid in de samenleving, en in het bijzonder in de gezondheid, te beschrij-

ven en te analyseren (UNIA, 2021). Het verzamelen van dit soort gegevens is in de eerste plaats bedoeld om de bias, en in ons geval de genderbias, die we in gezondheidsonderzoek kunnen tegenkomen, te vermijden, maar ook om ze te benadrukken.

Het gezondheidsonderzoek, dat de basis vormt van de *evidence-based medicine*, maar ook van de medische praktijk, kent een lange geschiedenis van **genderbias**. ‘Bias’ wordt gedefinieerd als een fout die leidt tot resultaten of conclusies die systematisch afwijken van de waarheid (Porta, 2014). De systematische aard van de bias is belangrijk, het gaat niet om een louter willekeurige fout of een gebrek aan precisie. Het is een kwestie van het negeren van de genderrealiteit als een sociale determinant en dus het verdoezelen van het feit dat de samenleving gekenmerkt wordt door genderongelijkheid.

Genderbias of gendervooroordelen kan optreden tijdens het hele **proces van het gezondheidsonderzoek**, zowel bij het formuleren van de onderzoeksvraag als bij het ontwikkelen van de methodologie, wanneer de gegevens worden verzameld en geanalyseerd, en bij het nadenken over het implementeren van de resultaten. Bij het formuleren van onderzoekshypothesen speelt genderbias een rol door aan te nemen dat de gezondheidssituaties en -risico’s van vrouwen en mannen gelijkaardig zijn, terwijl dat in feite niet zo is, of juist door verschillen te veronderstellen waar er gelijkenissen zijn (Ruiz-Cantero, et al., 2007). In de fase van de gegevensverzameling constateren we een gebrek aan uitgesplitste gegevens naar geslacht, namelijk gegevens die onderscheid maken tussen mannen en vrouwen, en dit op twee manieren.

Ten eerste kunnen dit soort gegevens ontbreken omdat ze niet gerapporteerd of vermeld werden bij de voorstelling van de onderzoeks- of analyseresultaten (*reporting bias*). Met andere woorden, deze gegevens hadden geregistreerd kunnen worden en werden waarschijnlijk ook geregistreerd, maar blijven als het ware ‘begraven’, ongepubliceerd en niet beschikbaar, terwijl de invloed ervan op de onderzoeksresultaten waarschijnlijk blijft. Ten tweede kan het ontbreken van naar geslacht uitgesplitste gegevens te wijten zijn aan de gebruikte methode om deelnemers te selecteren, die kan leiden tot uitsluiting of ondervertegenwoordiging van één van de geslachten in de onderzoeken. Zo stelt men bijvoorbeeld in een studie, gepubliceerd in 2022, een systematische ondervertegenwoordiging vast van vrouwen in gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken op gebieden zoals hart- en vaatziekten, neoplasma’s, ziekten van het endocriene systeem, ziekten van

de luchtwegen, bacteriële en schimmelinfecties, virale ziekten, ziekten van het spijsverteringsstelsel en ziekten van het immuunsysteem (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022). Van de 300 studies die in 2017 werden gepubliceerd en door Daitch et al. werden geanalyseerd, was het totale mediane inschrijvingspercentage voor vrouwen slechts 41% en dit percentage neemt af met de leeftijd van de deelnemers aan de testen. Vrouwen jonger dan 45 jaar vormden 47% van de deelnemers aan de studies, terwijl vrouwen ouder dan 63 jaar slechts 33% uitmaakten. De daling van de deelname van vrouwen met de leeftijd is verre van onschuldig gezien het feit dat, zoals we net gezien hebben, oudere vrouwen meer gezondheidsproblemen ondervinden dan oudere mannen.

Hoe de ondervertegenwoordiging van vrouwen als proefpersonen rechtvaardigen? Voor sommige onderzoekers staat het opnemen van vrouwen gelijk aan het creëren van nieuwe problemen, omdat het lichaam van de vrouw te complex en te veranderlijk is, vooral vanwege de hormonale schommelingen die gepaard gaan met de menstruatiecyclus. Daarom lopen vrouwen het risico in onderzoeken getest te worden wanneer hun cyclus zich in de eerste folliculaire fase bevindt (Bruinvels et al., 2016), dit is wanneer ze het meest op mannen lijken, met het idee om de mogelijke invloed van oestradiol en progesteron op de onderzoeksresultaten tot een minimum te herleiden (Criado Perez, 2020, p. 204). In het echte leven gebruiken vrouwen echter geneesmiddelen en ondergaan ze behandelingen tijdens hun hele menstruatiecyclus, wat betekent dat ze worden blootgesteld aan invloeden die niet zijn onderzocht.

Deze ondervertegenwoordiging is echter niet beperkt tot studies bij mensen. Uit een analyse van publicaties in *Pain*, één van de toonaangevende tijdschriften over pijn, blijkt dat 79% van de preklinische studies bij knaagdieren die tussen 1996 en 2005 zijn gepubliceerd, alleen mannelijke ratten of muizen testten. En deze situatie is duidelijk niet beperkt tot het onderwerp 'pijn' (Mogil, 2020). Mannelijke dieren domineren vrouwelijke dieren als preklinische onderzoeksonderwerpen in de neurowetenschappen, fysiologie, farmacologie en endocrinologie. Hoewel er regelgeving is ingevoerd, met name in de Europese Unie, komen er maar langzaam verbeteringen en worden we nu geconfronteerd met het feit dat tientallen jaren van onderzoek met voornamelijk mannelijke knaagdieren heeft geleid tot het ontstaan van een vooral op mannen toegespitste literatuur, waarvan de omvang en de details nu pas duidelijk worden.

3. Gender en (gebrek aan) toegang tot gezondheidszorg

In deze studie benaderen we het thema van de impact van de genderbias op de klinische praktijk en de werking van het gezondheidszorgsysteem in het algemeen vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Dit is één van de centrale elementen van het gezondheidszorgsysteem, dat gekenmerkt wordt door vier dimensies: de **mogelijkheid om gezondheidsproblemen te identificeren (gevoeligheid)**, de **mogelijkheid om de diensten te bereiken (beschikbaarheid)**, de **financiële toegankelijkheid (betaalbaarheid)** en de **kwaliteit van de zorg (aanvaardbaarheid)** (Cès, 2021). Vanuit gezondheidseconomisch perspectief kan elk van deze dimensies worden geanalyseerd vanuit het oogpunt van het zorgaanbod (de organisatie van de diensten en de arbeidsomstandigheden van de zorgverleners) en vanuit het oogpunt van de vraag (de levensomstandigheden van de patiënten en de determinanten van hun gezondheidsproblemen) (zie Tabel 1 in Cès, 2021, p. 17). Deze multidimensionale interpretatie van de toegankelijkheid zal ons theoretisch kader vormen en ons helpen om de slinkse manier te begrijpen waarop gender in de gezondheidszorg doordringt.

Onze analyse is in de eerste plaats gebaseerd op een overzicht van de internationale wetenschappelijke literatuur over de Westerse landen. Aangezien het doel van onze studie is om de genderdimensie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem te analyseren, beperken we ons tot een vergelijking met Europese en Amerikaanse gezondheidszorgsystemen, dus met gezondheidszorgsystemen in landen met een welvaartsniveau vergelijkbaar met dat van België. Ten tweede werken we met gegevens uit verschillende bronnen: enerzijds gegevens die *open access* beschikbaar zijn, dus vrij toegankelijk en in de meeste gevallen via het internet, zoals de gegevens van Sciensano, Statbel, de FOD Volksgezondheid of gegevens van de EU-SILC-enquête, en anderzijds de administratieve gegevens over het gezondheidszorggebruik die routinematig worden verzameld door CM in het kader van haar rol als medebeheerder van de verplichte ziekteverzekering. Alle berekeningen voor de CM-leden (Franstalig, Nederlandstalig en Duitstalig) werden uitgevoerd door de studiedienst van CM.

3.1. Gevoeligheid voor gezondheidsproblemen

Toegankelijke gezondheidszorg is in de eerste plaats gezondheidszorg die gevoelig is voor gezondheidsproblemen, dus die “het vermogen om objectieve behoeften te identificeren vanuit een klinisch oogpunt” cultiveert en implementeert (Cès, 2021, p. 8). Het zijn de zorgverleners die een centrale rol spelen bij het vaststellen van de gezondheidsbehoeften van de mensen. Hun verantwoordelijkheid omvat “niet alleen de fase van identificatie van het gezondheidsprobleem of -risico (bijvoorbeeld door vroegtijdige screening), maar ook de secundaire toegang tot de gezondheidszorg, d.w.z. het initiëren van het opnemen van de zorg” (Cès, 2021, p. 9). De mensen (potentiële toekomstige patiënten) zijn ook betrokken bij het identificeren van hun eigen behoeften. We moeten echter opmerken dat het vermogen van mensen om de noodzaak vast te stellen om een beroep te doen op de gezondheidszorg grotendeels afhangt van sociale factoren zoals hun sociaal netwerk en levensomstandigheden waardoor zij “minder bezig zijn met hun gezondheid” (Idem). Het zou daarom simplistisch zijn om deze capaciteiten vanuit een individueel standpunt te bekijken. Moeilijke levensomstandigheden (bijvoorbeeld door een laag inkomen, discriminatie of traumatische gebeurtenissen), kunnen ertoe leiden dat mensen hun gezondheid verwaarlozen door zorg uit te stellen of er geen beroep op te doen.

Bovendien mogen we het feit niet onderschatten dat er een echte kloof bestaat tussen de ervaring van een persoon en de medische kennis. In het eerste geval gaat het om je goed voelen of niet, in het tweede geval gaat het om de uitspraak of er al dan niet een ziekte of gezondheidsprobleem bestaat. Deze discrepantie is ook discursief: de medische taal verwijst naar de symptomen, maar deze zijn niet altijd direct vertaalbaar naar de alledaagse taal die mensen gebruiken om te beschrijven hoe ze zich voelen (Sholokhova, 2021, zie Tabel 1). In het geval van vrouwen is dit discursieve aspect ook lange tijd aangetast door de paternalistische en seksistische verhouding van de wetenschap in het algemeen, die de neiging heeft om de standpunten en gevoelens van vrouwen uit te vlakken (Dorlin, 2008). Studies tonen aan dat klachten van vrouwen door de zorgverleners vaak onderschat worden vanwege de stereotypen dat vrouwen kwetsbaar en emotioneel zijn: vrouwen zouden de neiging hebben om te klagen ‘bij het minste of geringste pijntje’ (wat geen ‘echte’ pijn is) en om situaties te overdrijven waarvoor ‘in werkelijkheid’ geen

medische interventie vereist is. Deze neiging zou geworteld zijn in de veronderstelde psychologische instabiliteit die typisch is voor vrouwen en hun neiging om te lijden aan psychische stoornissen (Hoffmann & Tarzian, 2001). Het risico bestaat bijvoorbeeld dat vrouwen pijnstillers geweigerd worden ten gunste van psychofarmacologische behandelingen (Calderone, 1990).

We kunnen dus een aantal specifieke problemen identificeren op het gebied van het zorgaanbod en de gevoeligheid ervan voor de gezondheid van vrouwen. Ten eerste is er **het verhoogde risico dat bij vrouwen een verkeerde of helemaal geen diagnose wordt gesteld, ook al is er sprake van een ziekte**. Aan de ene kant gaat het om **problemen die specifiek vrouwelijk** zijn, met name de problemen die verband houden met het voortplantingssysteem. Een voorbeeld hiervan is endometriose, waarbij de vertraging in de diagnose kan variëren van zes tot twaalf jaar (Matsuzaki, et al., 2006). Aan de andere kant is het bestaan van **verkeerde diagnose of onderdiagnose van ziekten die zowel bij vrouwen als bij mannen voorkomen** een reëel feit.

Een voorbeeld hiervan zijn **hart- en vaatziekten**, die lang beschouwd werden als een overwegend mannelijke ziekte. Vrouwen met ischemische hartziekte worden vaak ondergediagnosticeerd omdat hun symptomen verschillen van die van mannen, die als referentie dienen. In tegenstelling tot mannen lijden ze meer aan chronische myocardische mie zonder obstructieve coronaire aandoening en vertonen ze meer pijn tussen de schouderbladen in plaats van pijn op de borst, misselijkheid of braken en kortademigheid zoals mannen (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Onderdiagnose gaat vaak gepaard met een **verkeerde behandeling**: uit onderzoek blijkt dat sommige zorgverleners geneigd zijn invasieve behandelingen te vermijden om redenen van ‘welwillend seksisme’, omdat deze behandelingen als zeer belastend voor vrouwen worden beschouwd terwijl ze wel aan mannen worden voorgeschreven (Travis, Howerton, & Szymanski, 2012). Er is ook minder rigoureuze opvolging voor vrouwen gerapporteerd: minder vroegtijdige behandeling met aspirine of bètablokkers of reperfusie (Jneid, et al., 2008).

Hoe is de situatie in België? Laten we de hart- en vaatziekten eens van naderbij bekijken⁶. Voor 2019 noteert de FOD Volksgezondheid de volgende verdeling van het aantal ziekenhuisverblijven voor hart- en vaatziekten: 56,8% voor mannen en 43,2% voor vrouwen, met meer chirurgische opnames voor mannen (FOD Volksgezondheid, 2021).

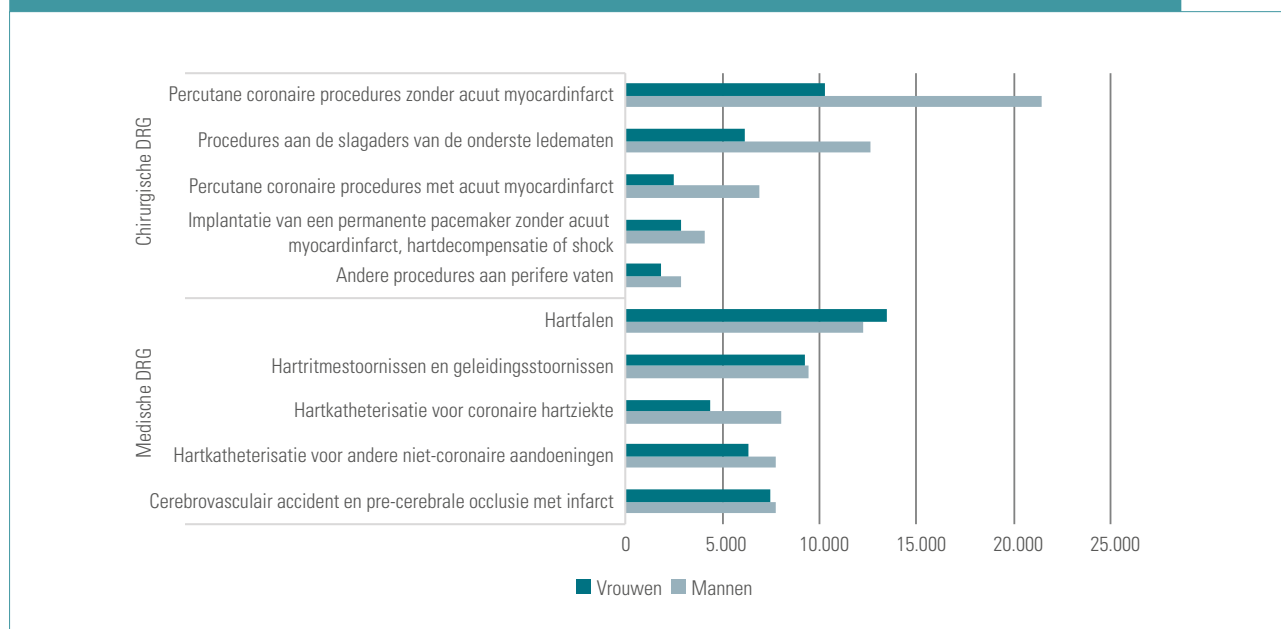
6 We willen professor Jean-Louis Vanoverschelde van de UCLouvain bedanken voor het beantwoorden van onze vragen over dit onderwerp.

De percutane coronaire procedures zonder acuut myocardinfarct voeren de lijst aan: in 2019 werden tweemaal minder vrouwen gehospitaliseerd met deze diagnose (zie Figuur 3). Voor de percutane coronaire procedures met acuut myocardinfarct is de verhouding tussen vrouwen en mannen nog groter: 4/10.

Men kan zich afvragen of deze verschillen te wijten zijn aan de prevalentie van de ziekten of dat er sprake is van onderdiagnose van de coronaire hartziekten bij vrouwen en bij gevolg van onderbenutting van de percutane coronaire interventies. Deze vraag werd al gesteld door het KCE in zijn analyse van de performantie van het Belgisch gezondheidszorgsysteem (Devos, et al., 2019, p. 21). De monitoring van de variaties in medische praktijken op basis van de analyse van de gegevens over het zorggebruik door het RIZIV, waarnaar het KCE verwijst, brengt inderdaad aanzienlijke verschillen aan het licht wat betreft de percutane coronaire interventies voor het jaar 2017. In 2021 hadden vrouwen drie keer minder myocardiale reperfusies dan mannen (127,73 tegenover 445,58 procedures per 100.000 personen, gegevens na standaardisering voor leeftijd)⁷.

Het is echter moeilijk om in de populatie de exacte prevalentie van coronaire hartaandoeningen vast te stellen die dit soort ingrepen nodig heeft (zodat deze vervolgens kan worden vergeleken met het daadwerkelijke gebruik van dit soort medische procedures). Dit is moeilijk gezien de mogelijkheid van onderdiagnose bij vrouwen. We kunnen echter wel twee belangrijke risicofactoren voor coronaire hartziekten bestuderen en vergelijken per geslacht: zwaarlijvigheid en het percentage rokers binnen de populatie. Volgens de gegevens van Sciensano was er in 2018 geen significant verschil in de percentages obesitas tussen mannen en vrouwen⁸. Wat het tabaksgebruik betreft, rookten in het verleden meer mannen, maar de kloof wordt al jaren geleidelijk kleiner. Volgens Sciensano is in 2018 het percentage dagelijkse rokers onder mannen 18% en onder vrouwen 12%, terwijl "onder vrouwen het percentage toeneemt met de leeftijd tot 64 jaar, wanneer het bijna 17% bereikt"⁹. De verschillen voor deze twee indicatoren zijn dus kleiner dan die vastgesteld voor het gebruik van cardiovasculaire zorg. Dit suggereert dus dat **de waargenomen verschillen in het gebruik van coronaire zorg door mannen en vrouwen zeer waarschijnlijk niet de werkelijke prevalentie van cardiovasculaire problemen in deze twee groepen weerspiegelen.**

Figuur 3: Aantal klassieke ziekenhuisopnames en dagopnames in 2019 voor de vijf meest frequente medische en chirurgische DRG-groepen, per type diagnose en geslacht (Bron: FOD Volksgezondheid)



7 https://www.gezondbelgie.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf We moeten opmerken dat variaties in medische praktijken per geslacht ook gelden voor het gebruik van pacemakers. In 2021 hebben mannen twee keer zoveel kans om een implantaat voorgeschreven te krijgen als vrouwen (106,18 tegenover 55,79 per 100.000 mensen).

8 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gewichtstoestand#overgewicht-en-obesitas-bij-volwassenen>.

9 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/tabaksgebruik>.

Deze hypothese wordt volgens ons ondersteund door de resultaten van een studie van Gevaert et al. (2014), die het bestaan aantoonde van aanzienlijke ongelijkheden in de ziekenhuissterfte in België tussen mannen en vrouwen die een primaire percutane coronaire interventie ondergaan na een myocardinfarct met ST-segmentstijging (STEMI). Volgens de resultaten van deze studie hebben vrouwen 50% meer kans om te sterven dan mannen, zelfs als rekening wordt gehouden met andere risicofactoren die typisch zijn voor STEMI-patiënten, waaronder leeftijd (vrouwen zijn bij de opname vaak ouder dan mannen) en comorbiditeit (met name diabetes en hypertensie). Met andere woorden, leeftijd en comorbiditeit kunnen de waargenomen verschillen in intramurale mortaliteit tussen mannen en vrouwen niet volledig verklaren. Aan de andere kant hebben de onderzoekers bevestigd dat vrouwen zich aanbieden met verder gevorderde hartproblemen en het langer duurt voor ze worden behandeld dan mannen, wat resulteert in een langere totale ischemische tijd en het myocard meer blootstelt aan het risico op necrose.

Volgens de onderzoekers kan deze vertraging in de behandeling van vrouwen worden verklaard door “een gebrek aan bewustzijn bij de artsen: ze kunnen worden misleid door deze atypische presentatie en/of de mogelijkheid van een acuut coronair syndroom onderschatten, vooral bij jonge vrouwen; dit kan leiden tot vertragingen in de diagnose en de behandeling, en tot een suboptimale behandeling” (Gevaert, et al., 2014, eigen vertaling). Een andere studie, met een nog grotere steekproefomvang en die alle patiënten in België omvat die een percutane coronaire interventie ondergingen (niet alleen de STEMI-patiënten), toont ook een verschil in mortaliteit tussen vrouwen en mannen (35% in het nadeel van de vrouwen). Deze studie sluit uit dat dit verschil volledig kan worden verklaard door leeftijd of comorbiditeitsfactoren en het feit dat “complicaties, zoals ernstige bloedingen, acuut nierfalen of cerebrovasculaire accidenten vaker voorkomen bij vrouwen” (Lempereur, et al., 2014, eigen vertaling).

3.2. Beschikbaarheid van en voor zorg

Om toegankelijk te zijn, moet gezondheidszorg ook beschikbaar zijn. Enerzijds gaat het om de beschikbaarheid van de diensten, die “binnen een redelijke termijn, met

een voldoende breed tijdslot en met gemakkelijke contactname, door de hele bevolking kunnen worden bereikt, zonder discriminatie, en onder omstandigheden die zijn aangepast aan de behoeften van patiënten, bijvoorbeeld door communicatie in de taal van de patiënt te garanderen of door het bestaan van faciliteiten voor mensen met beperkte mobiliteit” (Cès, 2021, p. 9). Anderzijds moeten mensen in staat zijn om de diensten te bereiken: “toegang vereist in de eerste plaats dat men zich beschikbaar kan stellen voor de behandeling, dit is dat men er tijd aan moet kunnen besteden (met inbegrip van vervoerstijd, tijd doorgebracht in de wachtzaal en op de afspraken), die soms moet worden afgetrokken van de tijd besteed aan dwingende activiteiten, zoals werk of kinderopvang, of de zorg voor een afhankelijk familielid, enz.” (Idem). Deze capaciteit hangt van veel factoren af: gezinssituatie, materiële levensomstandigheden, gezondheidstoestand, beschikbare steun van naasten.

Zowel op het vlak van ruimte (bijvoorbeeld de geografische beschikbaarheid van de locaties, de toegankelijkheid van de diensten en de verplaatsingen om ze te bereiken) als op het vlak van tijd (de openingsuren van diensten en de duur van de verplaatsingen om ze te bereiken), lopen vrouwen meer risico op toegangsproblemen dan mannen. Er zijn ook meer vrouwen in de categorie personen met beperkte mobiliteit (PBM¹⁰): naast het hebben van een fysieke of mentale beperking, worden vrouwen ook vaak vergezeld door kleine kinderen in kindervagens. Bovendien maken vrouwen vaker dan mannen gebruik van het openbaar vervoer (Sansonetti & Davern, 2021) en zijn ze dus afhankelijk van de beperkingen ervan en van de mate van toegankelijkheid voor PBM's.

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die al gezondheidsproblemen hebben, met name ziekten en handicaps met fysieke beperkingen, meer belemmeringen ondervinden bij de toegang tot gezondheidszorg (Matin, et al., 2021). Dit heeft bijvoorbeeld invloed op de **toegang tot preventieve zorg zoals screening op borst- en baarmoederhalskanker** (Ramjan, Cotton, Algosó, & Peters, 2016).

Ook in België stellen we dit gebrek aan beschikbaarheid vast. Dit blijkt uit onze analyse van het aantal vrouwen onder de CM-leden tussen 50 en 69 jaar¹¹ die in 2020 of 2021 minstens één diagnostische mammografie en/of mammo-

10 De term ‘persoon met beperkte mobiliteit’ verwijst naar elke persoon wiens bewegingen worden belemmerd door diens grootte, toestand, leeftijd, permanente of tijdelijke handicap of door de apparaten of instrumenten die die nodig heeft om zich te verplaatsen. Zie cawab.be.

11 Het gaat om de doelgroep van de screeningsprogramma's. De leeftijdsgroep 41-49 jaar wordt bijvoorbeeld niet aanbevolen, behalve in specifieke medische situaties.

test hebben ondergaan. Hiervoor vergeleken we het gebruik van deze test door vrouwen die door de Algemene Directie Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid erkend zijn als vrouwen met een fysieke of mentale handicap, met het gebruik van de test door vrouwen zonder dit statuut. Terwijl 64% van de vrouwen zonder handicap onder het screeningsprogramma valt, geldt dit slechts voor 43% van de vrouwen met een handicap. De verschillen zijn aanwezig voor alle leeftijdsgroepen (50-54, 55-59, 60-64 en 65-69). Aangezien de CM-steekproef zeer groot is (en 40% van de mensen met een Belgische ziekteverzekering vertegenwoordigt), kunnen we concluderen dat in België **het hebben van een handicap voor vrouwen systematisch het risico verhoogt om minder vaak gebruik te maken van het screeningsprogramma (zes op de tien vrouwen met een handicap laten zich niet screenen, tegenover vier op de tien vrouwen zonder handicap).**

Volgens de onderzoekers zijn er veel redenen waarom vrouwen geen toegang hebben tot preventieve diensten (zoals kankerscreening) (Ramjan, Cotton, Algosó, & Peters, 2016). Naast financiële moeilijkheden, maar ook de houding en de kennis van zorgverleners (die gehandicapte vrouwen meestal minder adviseren om preventieve tests te ondergaan dan vrouwen zonder handicap), is er ook de fysieke onbeschikbaarheid van diensten (mogelijkheid tot vervoer of aangepaste parking, ruimten of medische apparatuur die niet geschikt zijn voor hun situatie) of personeel (niet opgeleid in de omgang met mensen met een handicap). In België is de mogelijkheid om openbaar vervoer te nemen als je een handicap hebt zeer beperkt. In 2018 waren in Brussel 94,4% van de tramlijnen, 69,4% van de MIVB-buslijnen en 77% van de stations van de Brusselse metro nog steeds niet toegankelijk voor PBM. In Wallonië is dit het geval voor 81,2% van de TEC-lijnen (Femmes prevoyantes socialistes, 2018) en in Vlaanderen voor 90% van de haltes van De Lijn¹².

Wat de tijd betreft, hebben vrouwen minder tijd dan mannen om voor hun gezondheidsbehoeften te zorgen. Ze verrichten vaak dubbel zoveel werk als mannen: naast hun baan nemen ze nog huishoudelijke taken en zorgtaken op zich (kinderen, ouderen, enz.). Dit staat bekend als de 'dubbele shift' of 'double shift' in het Engels (Federici, 2012). Het verwijst naar de ongelijke verdeling van de taken binnen het gezin, waarbij vrouwen meer tijd besteden dan mannen aan huishoudelijk werk, aan andere personen, en minder vrije tijd hebben (Instituut voor de gelijkheid

van vrouwen en mannen, 2020). De verwachtingen over de beschikbaarheid van tijd voor anderen zijn ook hoger voor vrouwen: "zogenaamde echte mannen moeten doorbijten in geval van ziekte, maar van zogenaamde goede vrouwen verwacht men dat ze voor hun gezinsleden zorgen en prioriteit geven aan hun behoeften ten koste van hun eigen gezondheid" (Heise, et al., 2019, p. 2445, eigen vertaling).

3.3. Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Het meest genoemde aspect van toegankelijkheid is ongetwijfeld het financiële aspect. De financiële toegankelijkheid komt overeen met de persoonlijke bijdragen van patiënten. Door deze te beperken, vermijden we dat mensen ontmoedigd worden om zorg te zoeken wanneer ze die nodig hebben en beschermen we hen tegen het risico om in financiële problemen te komen bij gebruik van zorg (Cès, 2021, pp. 9-10).

De toegang tot gezondheidszorg is daarom sterk afhankelijk van iemands financiële situatie: hoe lager het inkomen, hoe groter het risico dat iemand geen zorg zoekt. De manier waarop financiële middelen verdeeld zijn binnen de samenleving, en meer specifiek binnen het gezin, is dus geen variabele die onafhankelijk is van het gebruik van de gezondheidszorg. In West-Europa zijn vrouwen over het algemeen armer dan mannen (Franklin, Bambra, & Albani, 2021). In België bedroeg de jaarlijkse loonkloof tussen mannen en vrouwen in 2018 nog steeds meer dan 20% (Ghesquière, 2021), evenzo bedraagt het gemiddelde pensioen voor vrouwen slechts 79% van het gemiddelde pensioen voor mannen (Instituut voor duurzame ontwikkeling, 2023). Er zijn ook ongelijkheden in de verdeling van de middelen binnen de gezinnen. Dit geldt in het bijzonder voor koppels waarbij de vrouw financieel afhankelijk is van diens man, maar ook voor huishoudens die moeten kiezen tussen de gezondheidszorg van verschillende gezinsleden, en waar kinderen soms voorrang krijgen op de ouders.

De CM-gegevens bevestigen dat vrouwen een groter risico lopen op financiële problemen: **20,9% van de vrouwelijke CM-leden heeft het VT-statuut**, vergeleken met 17,0% van de mannen (respectievelijk 20,5% en 17,2% na standaardisering voor leeftijd). Deze financiële ongelijkheid heeft gevolgen voor de gezondheid, waardoor mensen gezondheidszorg uitstellen of er geen beroep op doen.

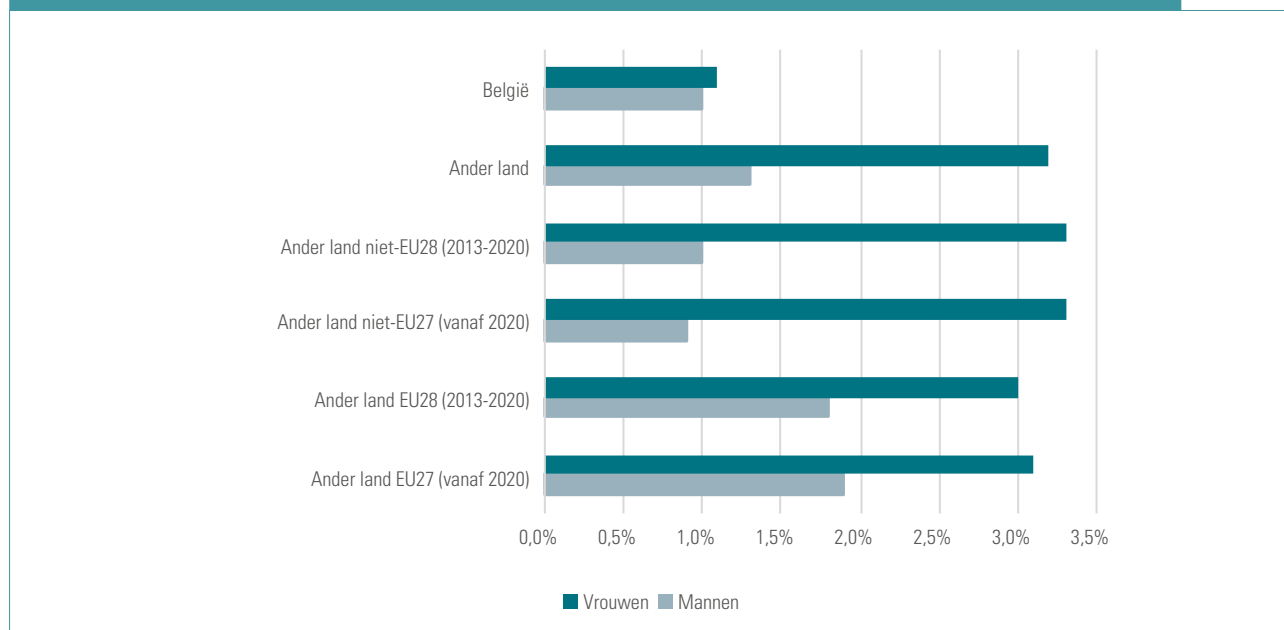
12 <https://www.vlaamsparlament.be/en/parlementair-werk/commissies/commissievergaderingen/1339088/verslag/1341754>.

Om te beoordelen of er in dit opzicht verschillen zijn tussen mannen en vrouwen, kijken we naar de gegevens van Eurostat, dat statistieken bijhoudt over onbeantwoorde zorgbehoeften (*unmet health care needs*)¹³. Volgens de EU-SILC-enquête zou in 2021 1,7% van de Belgische bevolking moeilijkheden hebben ondervonden om hun gezondheidsproblemen te laten opvolgen door een arts om financiële reden en/of de afstand en/of wachtlijsten. Het Europees gemiddelde bedraagt 1,4% voor personen tussen 16 en 44 jaar; 2,1% voor personen tussen 45 en 64 jaar; en 2,8% voor personen van 65 jaar of ouder. De economische gradiënt is duidelijk aanwezig in deze gegevens: hoe armer mensen zijn, hoe meer ze aangeven onbeantwoorde zorgbehoeften te hebben. Bovendien zijn er significante verschillen tussen mannen en vrouwen (verschillen die ook zouden blijven bestaan als de analyse op de hele Belgische bevolking zou worden toegepast): **vrouwen rapporteren meer onbeantwoorde medische (en tandheelkundige) behoeften (in 2021, 1,4% voor vrouwen tegenover 1,0%**

voor mannen)¹⁴. We kunnen nog verder gaan en de gegevens vergelijken volgens geslacht en geboorteland. Daaruit blijkt duidelijk dat vrouwen die buiten België geboren zijn meer moeilijkheden ervaren dan de andere groepen, vooral de mannen (zie Figuur 4), wat het belang aantoont van intersectionaliteit bij het begrijpen van de ongelijkheden in gezondheid.

De gezondheidsenquête van Sciensano presenteert ook gegevens over de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In 2018 blijkt dat “meer huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon melden dat ze gezondheidszorg hebben moeten uitstellen om financiële redenen dan huishoudens met een mannelijke referentiepersoon (13,4% tegenover 7,0%). Dit verschil is significant na standaardisering voor leeftijd (van de referentiepersoon)” (Demarest, Charafedinne, Berete, & Drieskens, 2020, p. 14). In het algemeen neemt het percentage huishoudens dat verklaart dat ze gezondheidszorg hebben moeten uitstellen

Figuur 4: Percentage personen dat aangeeft in 2021 een onbeantwoorde behoefte te hebben aan medisch onderzoek in België, per geboorteland en geslacht (Bron: EU-SILC)



13 Deze monitoring is gebaseerd op twee soorten gegevens: enerzijds gegevens over gezondheidszorg in het algemeen en specifieke diensten op het vlak van gezondheidszorg afkomstig uit de Europese gezondheidsenquête (EHIS), en anderzijds gegevens over medische en tandheelkundige zorg afkomstig uit de EU-statistiek van inkomen en levensomstandigheden (EU-SILC). Gezien de verschillende methodologieën van deze twee enquêtes zijn de resultaten niet vergelijkbaar. De EHIS-enquête bevat individuele vragen over de redenen voor onbeantwoorde zorgbehoeften. In de EU-SILC-enquête wordt alleen gevraagd naar de belangrijkste reden voor de onbeantwoorde behoefte aan medische of tandheelkundige zorg. De percentages die in de EHIS worden gerapporteerd, worden berekend in verhouding tot de populatie van 15 jaar of ouder die in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête gezondheidszorg nodig had. De percentages in de EU-SILC-enquête worden berekend voor de hele populatie van 16 jaar of ouder (ongeacht of ze medische of tandheelkundige zorg nodig hadden of niet). In de EHIS-enquête omvatten de redenen waarom mensen moeite hadden om aan hun zorgbehoeften te voldoen drie hoofdcategorieën: financiële redenen, afstands- en/of vervoersproblemen en wachtlijsten. In 2019 gaf een kwart van de Europese oudere bevolking aan dit soort moeilijkheden te hebben ondervonden. In België zijn wachtlijsten (6,9%) en vervoer/afstand de grootste problemen. Voor meer details, zie https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care.

14 De statistische significantie van de verschillen werd bevestigd door Cès & Baeten (2020).

om financiële redenen toe met de leeftijd (van de referentiepersoon) tot de leeftijdsgroep 45-54 jaar. In deze categorie stelt 12,8% van de huishoudens zorg uit, vergeleken met 2,8% van de huishoudens van 75 jaar en ouder. **“De noodzaak om zorg uit te stellen** om financiële redenen treft vooral éénooudergezinnen, waarvan 22,6% zegt zich in deze situatie te bevinden. Dit percentage is ook vrij hoog voor alleenstaanden (10,7%) in vergelijking met koppels (met of zonder kinderen)” (Idem). We merken op dat, volgens de gegevens **voor 2019 in de Federatie Wallonië-Brussel**, het bijvoorbeeld meer dan acht op de tien keer een vrouw is die aan het hoofd staat van een éénooudergezin (in 90% van de gevallen voor personen tussen 15 en 29 jaar) (Berger, 2019).

3.4. Aanvaardbaarheid van de geboden zorg

Een vaak onderschatte dimensie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is die van de aanvaardbaarheid van de zorg, waarmee we bedoelen “ het vermogen om gezondheidszorg te bieden die voldoet aan de minimale waargenomen behoefte aan kwaliteit voor individuen om een beroep te doen op de gezondheidszorg ” (Cès, 2021, p. 11). Dit betreft zowel de kwaliteit van de verstrekte zorg, vanuit medisch oogpunt (veiligheid en geschiktheid van de zorg) en in termen van individuele verwachtingen en keuzes (bijvoorbeeld thuiszorg), als de interpersoonlijke kwaliteit van de relaties tussen de zorgverleners en de patiënten (respect, goede communicatie, afwezigheid van discriminatie, vertrouwensrelatie, enz.). Gezondheidszorg die niet als aanvaardbaar wordt ervaren, brengt extra risico's met zich mee voor individuen, met name het uitstellen van zorg in de toekomst vanwege een slechte ervaring in het verleden. Het aspect 'aanvaardbaarheid' van de zorg is nauw verbonden met het eerder besproken aspect 'gevoeligheid', met dit verschil dat aanvaardbaarheid meer betrekking heeft op de behandeling en gevoeligheid betrekking heeft op de diagnose.

We hebben gezien dat er genderstereotypen doordringen in de medische praktijk: zorgverleners maken hun keuzes niet alleen op basis van hun medische kennis, maar ook op basis van ideeën die impliciet zijn en niet gethematiseerd worden door de zorgverleners zelf (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). Een benadering gebaseerd op gender als sociaal systeem maakt het mogelijk om rekening te houden met de verschillende factoren die de sociale realiteit beïnvloeden. Zo kunnen we in het bijzonder zien dat het niet verrassend is dat de praktijk van zorgverleners *gender-*

based is, aangezien het medische beroep zelf een sterk *gender-based* beroep is. Volgens veel onderzoekers ligt één van de oorzaken van de genderongelijkheid in de gezondheidszorg immers in de opleiding van de zorgverleners. Op dit ogenblik is er in opleidingsprogramma's te weinig aandacht voor verschillen tussen geslachten en genderkwesties, maar ook voor armoede, migratie en structurele discriminatie in het algemeen. Deze aandacht zou zorgverleners helpen zich bewust te zijn van de vooroordelen die onvermijdelijk hun klinische praktijk bepalen (Fitzgerald & Hurst, 2017).

Daarnaast - en dit beïnvloedt de opleiding van de zorgverleners - moet rekening worden gehouden met de situatie binnen het beroepskorps zelf. In de meeste westerse landen zien we inderdaad dat mannen en vrouwen ongelijk vertegenwoordigd zijn in de gezondheidszorgberoepen. Dit heeft vooral betrekking op het horizontale niveau van het medisch systeem, waarbij bepaalde specialismen (zoals chirurgie) voornamelijk door mannen worden beoefend en andere door vrouwen (pediatrie, kinderpsychiatrie) (Riska, 2010). Deze 'verdeling' reproduceert de stereotypen over de aard van de vrouw (zachtaardig, attent) en de man (precies, sterk, autonoom, verantwoordelijk), waardoor het werk van vrouwen gedevalueerd wordt in vergelijking met dat van mannen. Dit kan een directe impact hebben op de aanvaardbaarheid van de zorg, omdat het onmogelijk is om een zorgverlener te kiezen van het geslacht dat beter bij ons past, en betekent ook dat we niet hetzelfde type behandeling krijgen. Een recente Belgische studie toont aan dat vrouwelijke gynaecologen minder consulten hebben dan mannen voor dezelfde hoeveelheid tijd, om redenen van tijd en aandacht voor elke patiënt (Delvigne, Becu, van Wiemeersch, Bossens, & Vandromme, 2018).

Ten tweede manifesteert ongelijkheid zich ook verticaal in de gezondheidszorg, net als meer in het algemeen in de samenleving. Hoe hoger je op de machtsladder komt, hoe minder vrouwen je aantreft, en omgekeerd vormen vrouwen de meerderheid onder verpleegkundigen en zorgkundigen of *community health workers*. Onderaan de machtsladder staan of aangeworven zijn in 'minder prestigieuze' specialismen betekent niet alleen minder inkomen en werkzekerheid, maar ook een groter risico op misbruik en waardevermindering van het verrichte werk. Deze bevindingen hebben gevolgen voor de kwaliteit van de zorg: “deze problemen van werkoverbelasting en misbruik vertalen zich in werkstress, professionele ontevredenheid en professionele uitputting onder verpleegkundigen, wat resulteert in een afname van de kwaliteit van de zorg” (Hay, et al., 2019, eigen vertaling). Aangezien echter meer vrou-

wen aan invaliderende ziekten lijden, lopen ze meer risico op een afname van de kwaliteit van zorg als gevolg van de slechte werkomstandigheden van de zorgverleners.

Laten we eens kijken naar de gegevens over de verdeling volgens geslacht van de werknemers in de gezondheidszorg in België. Als we naar de gezondheidszorg als geheel kijken, zien we dat vrouwen de meerderheid van het personeel in de gezondheidszorg uitmaken: volgens de gegevens van Statbel **maken vrouwen bijna 80% uit van alle zorgverleners** (artsen, verpleegkundigen en zorgkundigen samen)¹⁵. Met 85% en 91% voor respectievelijk de verpleegkundigen en de zorgkundigen (zie Tabel 1).

Deze tabel zou moeten worden aangevuld met gegevens over de hoogste besluitvormingsposities in de gezondheidszorg. In de besluitvormingsorganen zijn vrouwen sterk in de minderheid. Volgens onze berekeningen zijn slechts 5 van de 38 leden van de Nationale Raad van de Orde der Artsen vrouwen, dit is 13% van de leden en plaatsvervangers samen¹⁶. Ook de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België telt 16 vrouwen onder haar 86 effectieve leden, ofwel amper 1 lid op 5¹⁷. Of, van de 159 directeurs van Belgische ziekenhuizen zijn er slechts 33 vrouw (21%) (Bron: gegevens van de FOD Volksgezondheid via UNESSA).

Feit is dat de medische wereld, en in het bijzonder deze besluitvormingsorganen, niet geregeld zijn in termen van gelijke vertegenwoordiging van mannen en vrouwen. Op politiek vlak bijvoorbeeld bepaalt de wet van 1999 dat het aandeel vrouwelijke parlementsliden (Kamer van volks-

vertegenwoordigers) minstens 25% moet bedragen. Het koninklijk besluit van 2 juni 2012 legt een quotum vast voor vrouwen in de eerste twee niveaus van de federale administratie: minstens één op de drie hogere ambtenaren moet een vrouw zijn. In 2011 werden er quota ingevoerd in Belgische beursgenoteerde bedrijven. De wet bepaalt dat de raad van bestuur van deze bedrijven (onder andere afhankelijk van hun grootte) voor minimaal een derde en voor maximaal twee derde uit leden van één van beide geslachten moet bestaan¹⁸. Met de goedkeuring van de nieuwe richtlijn van de Europese Commissie die is voorgesteld voor 2022, zal dit quotum worden verhoogd tot 40%¹⁹. Vanuit dit oogpunt roept het gebrek aan regulering van de verdeling van mannen en vrouwen in het beheer van de gezondheidszorg vragen op, gezien de huidige ongelijke vertegenwoordiging.

De Jaarlijkse statistieken van de gezondheidszorgbeoefenaars die hun beroep mogen uitoefenen, gepubliceerd door de FOD Volksgezondheid, tellen de beroepsbeoefenaars die gerechtigd zijn om hun beroep uit te oefenen in België²⁰. In 2022 waren er 583.723 gezondheidszorgbeoefenaars gedomicilieerd in België (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, zorgkundigen, apothekers, klinische psychologen, orthopedagogen en paramedici), waaronder 17.914 erkende huisartsen en 31.416 erkende specialisten²¹. Wat de verdeling tussen mannen en vrouwen betreft, is 46% van de huisartsen vrouw. Bij de specialisten is 45% vrouw en 55% man. In beide groepen is er dezelfde trend naar feminisering van het beroep dankzij de jongere generaties (voor huisartsen, zie bijvoorbeeld Figuur 5).

Tabel 1: Verdeling van het personeel in de gezondheidszorg naar geslacht in 2020
(Bron: Statbel)

Geslacht	Totale gezondheidszorg	Artsen	Verpleegkundigen	Zorgkundigen
Vrouwen	78,60%	48,35%	85,40%	90,82%
Mannen	21,40%	51,65%	14,60%	9,18%
Totaal in absolute aantallen	416.038			

15 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/datalab/verzorgend-personeel>.

16 <https://ordomedic.be/nl/nationale-raad/samenstelling>.

17 <https://www.armb.be>.

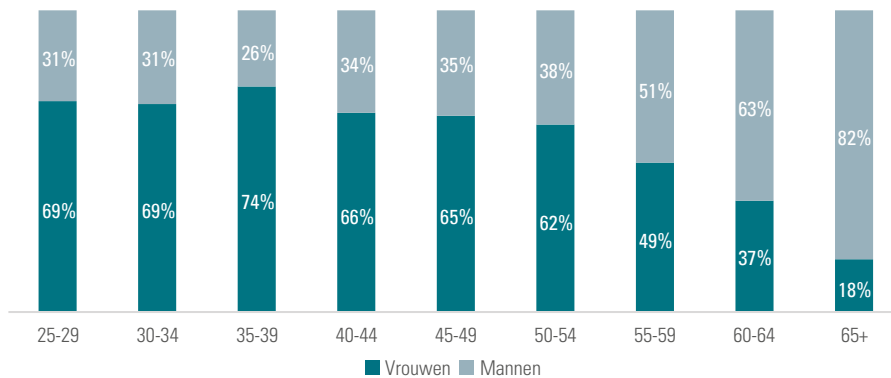
18 [https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,\(17%2C8%20%25\)](https://www.oecd.org/fr/belgique/quotas-egalite-hommes-femmes.htm#:~:text=La%20Belgique%2C%20o%C3%B9%20les%20femmes,(17%2C8%20%25)).

19 <https://www.europarl.europa.eu/news/nl/press-room/20220603IPR32195/women-on-boards-deal-to-boost-gender-balance-in-companies>.

20 Beroepsbeoefenaars die gerechtigd zijn om hun beroep uit te oefenen in België zijn beroepsbeoefenaars met een geldig visum op 31 december, voor de laatste drie jaar en volgens verschillende variabelen. De verschillen tussen de jaarstatistieken van de FOD en die van Statbel zijn te verklaren door verschillen in de berekeningen.

21 <https://5199.f2w.fedict.be/nl/documenten/hwf-jaarstatistieken-2022-detailstatistieken>.

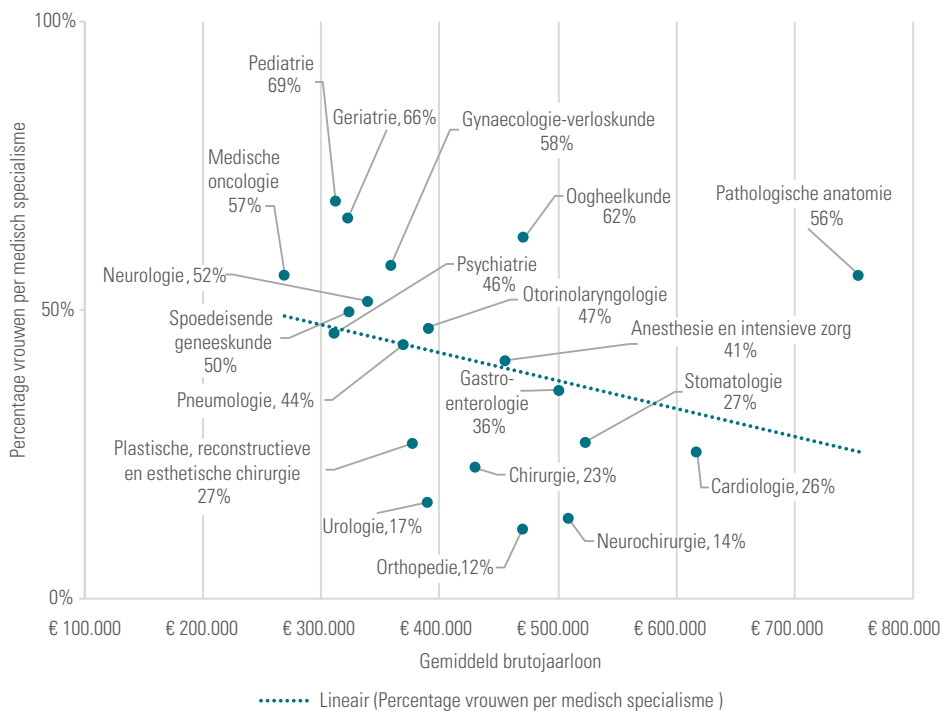
Figuur 5: Huisartsen gerechtigd om hun beroep uit te oefenen in België op 31/12/2022, naar leeftijd en geslacht (Bron: FOD Volksgezondheid)



Achter deze gemiddelde cijfers gaan echter grote ongelijkheden tussen de verschillende specialismen schuil. 65% van de artsen in de pediatrie, geriatrie, dermato-venereologie en kinder- en jeugdpsychiatrie is vrouw. In andere specialismen, zoals orthopedie, neurochirurgie, chirurgie,

neuropsychiatrie, cardiologie, stomatologie en radiodiagnostiek, is het aandeel minder dan 35%. Deze gegevens bevestigen de waarnemingen in de andere landen, waar we het eerder over hadden. Dit suggereert ook dat de genderstereotypen een rol spelen in deze 'verdeling' van

Figuur 6: Percentage vrouwen per medisch specialisme volgens gemiddeld bruto jaarloon in 2022 (Bron: FOD Volksgezondheid en KCE)



vaardigheden tussen meer vrouwelijke specialismen (die meer interactie en emotionele investering vereisen) en meer mannelijke specialismen (precies, technisch, enz.).

Om het onderwerp verder uit te diepen, is het tot slot interessant om de gegevens over het percentage vrouwen per medisch specialisme te vergelijken met de loongegevens om te zien hoe de genderongelijkheden samengaan met en worden versterkt door de economische ongelijkheden. Aangezien loongegevens voor medische specialismen niet gemakkelijk beschikbaar zijn, gebruiken we de KCE-cijfers voor 2010 (Swartenbroekx, Obyn, Guillaume, Lona, & Cleemput, 2012) en indexeren we die²². Uit een analyse van de gegevens blijkt dat **hoe hoger het jaarloon voor een specialisme, hoe waarschijnlijker het is dat mannen in de meerderheid zijn**. Figuur 6 toont het verband tussen de lonen voor bepaalde medische specialismen en het percentage vrouwen per medisch specialisme, waarbij we de gemiddelde brutojaarlonen van meer dan 800.000 euro per jaar, zoals die voor nucleaire geneeskunde (37% vrouwen), radiodiagnostiek (31% vrouwen) of klinische biologie (50% vrouwen), buiten beschouwing hebben gelaten om de grafische voorstelling niet te vertekenen. Er zijn ook aanzienlijke loonverschillen tussen de door mannen gedomineerde specialismen (350.000 - 500.000 euro) en de door vrouwen gedomineerde specialismen (200.000 - 250.000 euro).

4. Samenvatting van de resultaten

Het uitgangspunt van onze studie is deze vaststelling: in België bestaan er ongelijkheden op het vlak van gezondheid tussen mannen en vrouwen. Vrouwen lijden vaker aan invaliderende ziekten, dit zijn langdurige ziekten of ziekten die hen zo sterk beperken in hun dagelijkse activiteiten dat hun arbeidsgeschiktheid in het gedrang komt (Sciensano, 2021). Volgens het Federaal Planbureau bedroeg in 2021 het aandeel vrouwen in langdurige arbeidsongeschiktheid 14,7%, terwijl dat van mannen 8% was (alle leeftijden samen). Belangrijker nog is dat deze situatie lijkt te verslechteren: de aanzienlijke toename van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid in de afgelopen jaren wijst op de verslechterende gezondheid van vrouwen, met name bij de groep van 50-plussers (Instituut voor Duurzame Ontwikke-

ling, 2022). Wetende dat de toegang tot gezondheidszorg, die sterk afhankelijk is van sociale factoren, een centrale rol speelt bij het verminderen van de gezondheidsongelijkheden, hebben we onderzocht hoe het gendergegeven – als systeem van waarden en voorstellingen van de geslachten die inherent zijn aan de dominantieverhoudingen ten gunste van mannen (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020) – de medische praktijk doordringt via de vier dimensies van toegankelijkheid (Cès, 2021). Hieruit blijkt dat vrouwen veel obstakels kunnen tegenkomen op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorg.

Vanuit het oogpunt van de gevoeligheid van het gezondheidszorgsysteem voor gezondheidsbehoeften, lopen vrouwen een groter risico om ondergediagnosticeerd te worden, zowel voor gezondheidsproblemen die typisch vrouwelijk zijn (met name die welke verband houden met het voortplantingssysteem, zoals endometriose (Matsuzaki, et al., 2006)), als voor problemen die identiek zijn aan die van mannen. Het geval van hart- en vaatziekten is een goede illustratie van het androcentrisme van de medische wetenschap, waar andere vrouwelijke symptomen leiden tot onderdiagnose (Mauvais-Jarvis, et al., 2020). Dit resulteert ook in verschillen in de behandeling van hart- en vaatziekten, waarvoor weinig andere verklaringen lijken te bestaan dan het gender (Gevaert, et al., 2014; Lempereur, et al., 2014). Volgens de gegevens van het RIZIV bijvoorbeeld, hadden vrouwen in België in 2021 drie keer minder percutane coronaire interventies dan mannen, hoewel de risico's op hart- en vaatziekten momenteel gelijk zijn voor mannen en vrouwen (zie 2.1.).

Vanuit het oogpunt van de beschikbaarheid van en voor behandeling, lijkt de toegang tot gezondheidszorg des te moeilijker voor vrouwen gezien hun ruimte- en tijdsbeperkingen. Ze hebben meer moeite dan mannen om tijd te vinden voor afspraken vanwege de ongelijke belasting van het huishouden en het helpen van andere gezinsleden (Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen, 2020), maar ook om de diensten te bereiken, omdat het openbaar vervoer bijvoorbeeld niet altijd is aangepast aan mensen met een beperkte mobiliteit (Femmes prevoyantes socialistes, 2018). Dit is bijvoorbeeld te zien bij vrouwen met een handicap, die een groter risico lopen op onderdiagnose van borstkanker omdat ze geen gebruik maken van de screening, wat dan weer samenhangt met de onbeschikbaarheid van de diensten (Ramjan, Cotton, Algo-

22 Er zijn enkele belangrijke beperkingen aan de KCE-gegevens: aangezien het aantal ziekenhuizen dat deelnam aan de studie laag is, zouden de cijfers ongetwijfeld nauwkeuriger kunnen zijn en weerspiegelen ze misschien niet alle nuances van de specialismen. Dit zijn echter de enige beschikbare cijfers over dit onderwerp die toelaten een beeld te geven van de financiële situatie van de zorgverleners. CM toonde zich trouwens al ongerust over het gebrek aan transparantie over het loon van artsen en formuleerde aanbevelingen met het oog op het verminderen van de loonspanning tussen artsen (CM, 2021).

so, & Peters, 2016). Volgens de CM-gegevens voor 2020 en 2021 namen in België zes op de tien vrouwen met een handicap niet deel aan het screeningsprogramma voor borstkanker, tegenover vier op de tien vrouwen zonder handicap (zie 2.2.).

Vanuit het oogpunt van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg lopen vrouwen een groter risico op niet-gebruik en uitstel van zorg om financiële redenen. Over het algemeen blijft hun financiële situatie slechter dan die van mannen (loonkloof, risico op éénoudergezinnen, pensioenkloof, enz.) (Franklin, Bambra, & Albani, 2021; Deschietere, et al., 2020). Volgens de gegevens van Eurostat rapporteren vrouwen in België meer onbeantwoorde behoeften aan medische en tandheelkundige zorg, en onder hen zijn het de vrouwen die buiten België geboren zijn die het vaakst niet-behandelde problemen melden (zie 2.3.).

Vanuit het oogpunt van de aanvaardbaarheid van de verleende zorg lopen vrouwen ook het risico om een ongepaste behandeling te krijgen. Dit kan te wijten zijn aan vertragingen in de zorg, maar ook aan stereotypen die de houding van de zorgverleners ten opzichte van vrouwen kunnen veranderen (Chapman, Kaatz, & Carnes, 2013). De prevalentie van gendervooroordelen wordt grotendeels verklaard door het feit dat het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel de genderongelijkheden reproduceert: managementfuncties zijn niet gelijk verdeeld tussen mannen en vrouwen, waarbij vrouwen nog steeds in de meerderheid zijn in specialismen die ofwel vrouwelijk worden genoemd of gewoon slecht worden betaald (Riska, 2010). In België zijn we op weg naar een evenwicht tussen mannen en vrouwen binnen de medische beroepen (huisartsen en specialisten) dankzij de overwegend vrouwelijke jongere generaties, hoewel bepaalde specialismen, vooral de meest lucratieve, nog steeds overwegend mannelijk zijn, net als de leidinggevende functies in de ziekenhuizen (zie 2.4.). Bovendien, voor zover de medische praktijk sterk beïnvloed wordt door het gezondheidsonderzoek, zal het feminiseren van het medisch *beroep* niet leiden tot een vermindering van de ongelijkheden zolang de vermeende 'neutraliteit' van de normen van de medische *wetenschap* niet in vraag wordt gesteld.

Er zijn dus ongerechtvaardigde verschillen in de identificatie van en het antwoord op de gezondheidsbehoeften van mensen van verschillende geslachten in België, op het vlak van preventie, diagnose, behandeling en de samenstelling van het medisch korps, maar ook meer fundamenteel binnen de medische wetenschap zelf. De bron van het probleem ligt ook in het opbouwen zelf van de kennis (Holdcroft, 2007), die de ervaring van vrouwen verwaarloost, zowel bij het formuleren van de hypothesen (veronderstelde en foutieve gelijkenissen of verschillen tussen mannen en vrouwen), als bij de ontwikkeling van de onderzoeksmethodologie (waar de ondervertegenwoordiging van vrouwen een reëel probleem blijft (Daitch, Turjeman, Poran, & et al, 2022)). Tot slot illustreren de voorbeelden van de ongelijkheden in het gebruik van de gezondheidszorg volgens handicap en geboorteland dat het voorbarig zou zijn om vrouwen als een homogene groep te beschouwen. De aanpak van het gezondheidsbeleid moet daarom worden afgestemd op de complexe situaties (het principe van intersectionaliteit) en de behoeften van de mensen (het principe van proportioneel universalisme)²³.

5. Aanbevelingen

Hoe kunnen de genderongelijkheden in de Belgische gezondheidszorg worden verminderd? Er is een combinatie van acties op verschillende niveaus nodig om uiteindelijk – naast het wegwerken van de genderdiscriminatie in kansen, toewijzing van middelen en toegang tot diensten – te streven naar een rechtvaardige verdeling van macht, middelen en verantwoordelijkheid; rekening houdend met de verschillen in behoeften tussen mensen, en in het bijzonder tussen mannen en vrouwen, en het onevenwicht dat kenmerkend is voor de huidige maatschappij (Kuhlmann & Annandale, 2010, p. 21). We doen hier een reeks aanbevelingen op basis van onze analyses en een overzicht van de aanbevelingen van de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie, 2021), de Verenigde Naties (Verenigde Naties, 2016) de Europese Commissie (European Commission, 2016; Franklin, Bambra, & Albani, 2021; European Institute for

23 "Het principe van 'proportioneel universalisme' beoogt universele interventies aan te bieden, maar met modaliteiten of een intensiteit die variëren afhankelijk van de behoeften ("universal solutions with effort proportional to need" (Marmot, 2010)). Met andere woorden, het stelt dat het doel moet zijn om universele gezondheidsresultaten te bereiken voor de hele bevolking. Op basis van deze doelstelling wordt een corrigerend beleid opgezet om de geconstateerde ongelijkheden op het vlak van gezondheid te corrigeren. Dit principe mag niet worden verward met beleid voor gerichte acties. Hoewel ze elkaar in de praktijk kunnen overlappen (dit is betrekking hebben op vergelijkbare groepen) vertrekken ze in de methode van een tegenovergestelde premisse: gericht beleid vertrekt vanuit doelgroepen, terwijl proportioneel universalisme vertrekt vanuit een doelstelling die gemeenschappelijk is voor alle groepen om het specifiek beleid te bepalen dat moet worden ontwikkeld" (Derrotte, 2022, p.2).

Gender Equality, 2021) en verschillende internationale onderzoekers (Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2020).

5.1. Aan de verantwoordelijken voor wetenschappelijk gezondheidsonderzoek

5.1.1. Genderbias vermijden in gezondheidsonderzoek

Genderbias kan invloed hebben op de verschillende stadia van zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek: de formulering van de onderzoeksvraag, het uitdenken van de methodologie, het verzamelen van de gegevens, hun analyse en hun implementatie. Onder de verschillende manieren waarop de resultaten tijdens het verzamelen van gegevens vertekend kunnen zijn, vermelden we het ontbreken of niet gebruiken van naar geslacht uitgesplitste gegevens, het uitsluiten van een geslacht tijdens de selectie van de deelnemers of het onderrapporteren van gegevens voor één van beide geslachten. Zo worden vrouwen bijvoorbeeld vaak uitgesloten van klinisch onderzoek of zijn zij in de minderheid, vooral op oudere leeftijd, hoewel hun gezondheid over het algemeen slechter is dan die van oudere mannen.

Toch moet de toegang tot naar geslacht uitgesplitste gegevens nog worden opgevolgd door een analyse van de waargenomen verschillen vanuit een genderperspectief, dit is vanuit het oogpunt van de machtsverhoudingen en -normen tussen mannen en vrouwen en de gevolgen daarvan in gezondheidszorgsystemen. We moeten dus nog begrijpen in welke mate en waarom de waargenomen verschillen onterecht en onrechtvaardig zijn, en dus vermijdbaar. Het gebrek aan gegevens op het gebied van gender is dus verre van onbelangrijk; het weerspiegelt de manier waarop het gezondheidszorgsysteem de *status quo* handhaaft en de ongelijkheden bestendigt: "wat gemeten wordt, weerspiegelt wat impliciet gewaardeerd wordt of gezien wordt als de belangrijkste prioriteiten van een gezondheidszorgsysteem" (Young, Mangwi Ayiasi, Shung-King, & Morgan, 2020, eigen vertaling).

We bevelen aan om bijzondere aandacht te besteden aan de samenstelling van de steekproeven en onderzochte doelgroepen om rekening te houden met hun diversiteit

(in enquêtes, statistische analyses, klinische studies, enz.) en om de verschillen tussen mannen en vrouwen in vraag te stellen. Dit omvat het onderzoeken van gender in relatie tot andere sociale factoren, zoals klasse, afkomst, opleiding, etniciteit, leeftijd, geografische locatie, handicap en seksualiteit, idealiter vanuit een intersectioneel perspectief.

5.1.2. Gegevens verzamelen en analyseren over genderbias in de gezondheidszorg

Er zijn momenteel weinig gegevens uitgesplitst naar geslacht beschikbaar over de performantie van het gezondheidszorgsysteem, en de toegankelijkheid, efficiëntie en kwaliteit ervan. Er bestaan weinig analyses gericht op het begrijpen van "de machtsverhoudingen en -normen tussen mannen en vrouwen en hun gevolgen in de gezondheidssystemen, met inbegrip van de aard van het leven van vrouwen en mannen, de manier waarop hun behoeften en ervaringen verschillen binnen het gezondheidssysteem, de oorzaken en gevolgen van deze verschillen, en hoe programma's, diensten en beleid beter kunnen worden georganiseerd om geslachtsverschillen te verminderen, er rekening mee te houden of ze bij te sturen" (Morgan, et al., 2016, p. 2, eigen vertaling). Bovendien blijft rassendiscriminatie ten opzichte van vrouwen een onderbelicht onderzoeksonderwerp in België. Eén van de redenen hiervoor is het gebrek aan gegevens, vooral op het vlak van de gezondheid. Dit gebrek aan gegevens werd benadrukt in de aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek dat werd uitgevoerd door UNIA in samenwerking met de Cel Gelijke Kansen (FOD Justitie) en medegefinancierd door het REC-programma (Rights, Equality and Citizenship) van de Europese Commissie (UNIA, 2021).

We bevelen alle onderzoeksinstituten die betrokken zijn bij de evaluatie en de voorbereiding van het beleid inzake volksgezondheid (Intermutualistisch Agentschap, KCE, RIZIV, Sciensano) aan, om specifieke genderanalyses te ontwikkelen.

Er moet ook regelmatig toezicht worden gehouden op genderdiscriminatie in gezondheid en gezondheidszorg door de bestaande platformen voor het registreren van klachten, zoals Unia, te versterken.

Tot slot benadrukken we het belang van een betere verzameling en analyse van gegevens over rassendiscriminatie in de gezondheidszorg.

5.2. Aan de verschillende verantwoordelijken in het gezondheidszorgsysteem

5.2.1. Genderbias in de medische praktijk vermijden op het vlak van preventie, diagnose, behandeling en opvolging

De toegang tot de gezondheidszorg garanderen betekent de vier dimensies ervan garanderen: gevoeligheid voor de gezondheidstoestand, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid van de aangeboden zorg. Mensen moeten behandeld worden in overeenstemming met hun gezondheidsbehoeften, die zowel medisch als sociaal zijn. Om te voorkomen dat de genderspecifieke visie op de geslachten de klinische praktijk beïnvloedt, moet de **'gender-sensitiviteit in de gezondheidszorg'** (*gender sensitivity in healthcare*) versterkt worden, dit is het vermogen om een onderscheid te maken in de manier waarop gezondheidszorg de machtsrelaties die inherent zijn aan het gender kan reproduceren (Celik, Lagro-Janssen, Widdershoven, & Abmad, 2011). Het is ook nodig om gendergerelateerde gegevens op te nemen in een *evidence-based* geneeskunde (*evidence based medicine*) (Holdcroft, 2007). Deze bewustmaking moet een combinatie zijn van *top-down* organisatorische benaderingen, die de klinische praktijk reguleren, en *bottom-up* individuele benaderingen, die gebaseerd zijn op de ervaringen van patiënten en zorgverleners uit het echte leven.

Daarom bevelen we aan om medische protocollen in te voeren en/of aan te passen om rekening te houden met verschillen in geslacht en de genderongelijkheid te verminderen.

De methode van proportioneel universalisme moet worden toegepast op de preventieprogramma's, zodat ze kunnen worden afgestemd op de behoeften, levensomstandigheden en heterogeniteit van de doelgroepen.

Daarnaast is het noodzakelijk om verder te gaan met het organiseren van zorg die gericht is op de levensdoelen van mensen, en om dit te bereiken moeten we ervoor zorgen dat patiënten betrokken worden bij het medisch proces en het systeem meer patiëntgericht maken.

5.2.2. Genderevenwicht verplichten in de beheer- en coördinatieorganen van de gezondheidszorg

Ondanks de feminisering van het medisch beroep dankzij de jongere generaties, blijven bepaalde specialismen

overwegend mannelijk. Dit zijn meestal de meest lucratieve specialismen. Vrouwen zijn ook nog steeds in de minderheid in functies met beslissingsbevoegdheid, zoals het ziekenhuismanagement. Onder de verpleegkundigen en zorgkundigen zijn vrouwen echter in de meerderheid.

We bevelen aan om genderquota in te voeren in hoge functies in de gezondheidszorg, van nationale gezondheidscomités tot ziekenhuismanagement.

Bij het nemen van budgettaire beslissingen moet ook rekening worden gehouden met gender- en economische ongelijkheden binnen de medische beroepen.

Zonder bepaalde begrotingsuitgaven transparanter te maken, met name door de informatie over de lonen van de zorgverleners openbaar te maken, is het onmogelijk om een nauwkeurige analyse te maken van de situatie van de beroepsgroep in de gezondheidszorg.

5.3. Aan de verantwoordelijken voor gezondheidsopleidingen

5.3.1. De opleiding in genderkwesties verbeteren voor beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg

Om de voortzetting van genderstereotypen in de medische praktijk te voorkomen, is het nodig om het bewustzijn te vergroten en het zorgpersoneel op te leiden om rekening te houden met de interacties tussen geslacht en gender in pathologieën, maar ook in klinische relaties.

We bevelen aan om de basisopleiding van geneeskundestudenten te herzien en het onderwerp genderbias te introduceren.

Op dezelfde manier is het nodig om bijscholing te organiseren voor alle zorgverleners.

Tot slot stellen we voor om opleidingsprogramma's over Gender en Gezondheid te organiseren voor studenten en beroepsbeoefenaars op het vlak van klinisch en biomedisch onderzoek. Het is ook noodzakelijk om te zorgen voor gendergelijkheid binnen teams, bij het indienen van projectoproepen en in comités voor projectselectie en de toewijzing van financieringen.

Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-31.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*. Brussel: De Boeck.
- Berger, A. (2019). *Famille monoparentale : attention pauvreté*. Réseau Financité.
- Bird, C., & Rieker, P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. New York: Cambridge University Press.
- Bruinvels, G., Burden, R.J., McGregor, A.J., Ackerman, K.E., Dooley, M., Richards, T., Pedlar, C. (2016). Sport, exercise and the menstrual cycle: where is the research? *British Journal of Sports Medicine*, 51, 487-488.
- Calderone, K. (1990). The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles*, 23, 713-725.
- Celik, H., Lagro-Janssen, T., Widdershoven, G., & Abmad, T. (2011). Bringing gender sensitivity into healthcare practice: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 84, 143-149.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg: definities en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels : European Social Observatory.
- Chapman, E. N., Kaatz, A., & Carnes, M. (2013). Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *Journal of general internal medicine*, 28(11), 1504–1510.
- CM. (2021). *Redelijke en verantwoorde verloning voor artsen binnen de gezondheidszorg: Aanzet tot ethische reflectie*. Brussel
- Colard, F. (2019). *Femmes et maladies cardio-vasculaires : Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages*. Bruxelles : Femmes Prévoyantes Socialistes.
- Connell, R., & Messerschmidt, J. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19, 829-859.
- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385–1401.
- Criado Perez, C. (2020). *Invisible Women: Exposing data bias in a world designed for men*. New York: Abrams Press.
- Daitch, V., Turjeman, A., Poran, I., & et al. (2022). Underrepresentation of women in randomized controlled trials: a systematic review and meta-analysis. *Trials*, 23, 1038.
- Delvigne, A., Becu, L., van Wiemeersch, J., Bossens, M., & Vandromme, J. (2018). More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298, 1139-1148.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen*. Rapportnummer: D/2020/14.440/23. Brussel: Sciensano.
- Derroite, E. (2022). Niet iedereen is gelijk. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 2-5.
- Derroite, E., Cès, S., Sholokhova, S. (2023). *Les inégalités de santé, un problème structurel. Policy brief pour le projet Inclusion Egalité Solidarité (INES)*. Bruxelles
- Deschietere, G., Luts, A., Schuller, W., Heymans, J.-P., Germeau, N., Cool, G., . . . Nizet, L. (2020). Ce que la pandémie fait à la psychiatrie : sommes-nous entrés dans une psychiatrie de guerre ? *Louvain Médical*, 139(5-6), 344-348.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., . . . Meeus, P. (2019). *Performance of the Belgian health system – report 2019*. KCE Reports 313. D/2019/10.273/34. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualité : Introduction à la théorie féministe*. Paris : Presses Universitaires de France.
- European commission. (2016). *European handbook on equality data*.
- European commission. (2021). *2021 report on gender equality in the EU*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- European Institut for Gender Equality. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Luxembourg : Publications Office of the European Union.
- Federici, S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*. Oakland : PM Press.
- Femmes prevoyantes socialistes. (2018). *Femmes et transports en commun : des parcours des combattantes ?*
- Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18.
- Franklin, P., Bamba, C., & Albani, V. (2021). *Gender equality and health in the EU*. Brussels: European Commission

- Gevaert, S., De Bacquer, D., Evrard, P., Convens, C., Dubois, P., Boland, J., . . . Claeys, M. (2014). Gender, TIMI risk score and in-hospital mortality in STEMI patients undergoing primary PCI: results from the Belgian STEMI registry. *Eurointervention*, 9, 1095-1101.
- Gillard, P. (2021). Adopter une approche de genre en santé. *Santé conjugée*, 95, 10-12.
- Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2020). *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique*.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., . . . Kharel, C. (2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*, 393(10190), 2535–2549.
- Heise, L., Greene, M., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*, 2440-2454.
- Hoffmann, D., & Tarzian, A. (2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29, 13-27.
- Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine. *Journal of Royal Society of Medicine*, 100.
- RIZIV. (2022). *Variaties in medische praktijken. Myocardiale reperfusie (aangepast). Analyse van de verdeling en de evolutie van de medische praktijk in aantallen en volumes per verzekerde in België*. Opgehaald van https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-NL-Reperfusion_myocardique_Ajuste_2021.pdf
- Instituut voor duurzame ontwikkeling. (2022). La proportion de salarié.e.s du secteur privé en incapacité primaire ou en invalidité. *Brève IDD*, 60.
- Instituut voor duurzame ontwikkeling. (2023). Les pensionnés de 2021: à quel âge ont-ils pris leur pension et quels sont leurs revenus? *Note de l'IDD*.
- Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen. (2020). *Vrouwen en mannen in België. 3e editie*. Brussel.
- Jneid, H., Fonarow, G. C., Cannon, C. P., Hernandez, A. F., Palacios, I. F., Maree, A. O., . . . Committee, & G. (2008). Sex Differences in Medical Care and Early Death After Acute Myocardial Infarction. *Circulation*, 118(25), 2803-2810.
- Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2010). Bringing Gender to the Heart of Health Policy, Practice and Research. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale, *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 1-18). New York: Palgrave Macmillan.
- Lempereur, M., Magne, J., Cornelis, K., Hanet, C., Taeymans, Y., Vrolix, M., & Legrand, V. (2014). Impact of gender difference in hospital outcomes following percutaneous coronary intervention. Results of the Belgian Working Group on Interventional Cardiology (BWGIC) registry. *Eurointervention*, 10.
- Marmot, M. (2010). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London : Bloomsbury.
- Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC women's health*, 21(1), 44.
- Matsuzaki, S., Canis, M., Pouly, J. L., Rabischong, B., Botchorishvili, R., & Mage, G. (2006). Relationship between delay of surgical diagnosis and severity of disease in patients with symptomatic deep infiltrating endometriosis. *Fertility and sterility*, 86(5), 1314-1317.
- Mauvais-Jarvis, F., Merz, N., Brinton, R., Carrero, J.-J., DeMeo, D., De Vries, G., . . . Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*, 396, 565-582.
- Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature reviews. Neuroscience*, 21(7), 353–365.
- Morgan, R., George, A., Ssali, S., Hawkins, K., Molyneux, S., & Theobald, S. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health Policy and Planning*, 1-10.
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Integrating gender data in health information systems: challenges, opportunities and good practices*. Copenhague: WHO Regional Office for Europe.
- Porta, M. (Éd.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology. 6th Edition*. Oxford : Oxford University Press.
- Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., & Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women & Health*, 56(2), 141-156.
- Riska, E. (2010). Women in the Medical Profession: International Trends. Dans E. Kuhlmann, & E. Annandale (Éds.), *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 423-438). New York: Palgrave Macmillan.
- Rudic, J., Poropat, G., Krstic, M., Bjelakovic, G., & Gluud, C. (2005). Hormone replacement for osteoporosis in women with primary biliary cirrhosis. *The Cochrane Library*, 2.

- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, M. M., Miqueo, C., . . . Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, *61*(Suppl 2), ii46–ii53.
- Sansonetti, S., & Davern, E. (2021). *Women and transport*. European Union.
- Sciensano. (2021). *Analyse van de oversterfte in 2021*. Opgehaald van <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/analyse-van-de-oversterfte-2021>
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy. Dans G. Sen, A. George, P. Östlin, & (ed), *Engendering International Health. The Challenge of Equity* (pp. 1-34). London : MIT Press.
- Sen, G., Ostlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. WHO.
- Sholokhova, S. (2021). Preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*, *283*, 42-57.
- FOD Volksgezondheid. (2021). *Prevalentie van hart- en vaatziekten. MZG 2019*. Opgehaald van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_nl.pdf
- Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. (2012). *Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts*. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE).
- Travis, C., Howerton, D., & Szymanski, D. (2012). Risk, Uncertainty, and Gender Stereotypes in Healthcare Decisions. *Women & Therapy*, *35*, 207-220.
- UNIA. (2021). *Rapport Final : Improving Equality Data Collection in Belgium*. Bruxelles.
- United Nations. (2016). *Integrating a Gender Perspective into Statistics*.
- Young, R., Mangwi Ayiasi, R., Shung-King, M., & Morgan, R. (2020). Health systems of oppressions: applying intersectionality in health systems to expose hidden inequities. *Health Policy and Planning*, *35*(9), 1-3.

