

Vlaams Memorandum Gezondheid 2009

Inhoud	p.
Uitgangspunten Vlaams gezondheidsbeleid	2
Sekse/gender/diversiteit en gezondheidsbeleid	6
Data over gezondheid/szorg	8
Preventieve gezondheidszorg	10
- Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid/ontwerpbesluit betreffende Vlaamse werkgroepen	10
- Logo's	10
- Middelengebruik	11
- Kankerpreventie	12
- Osteoporose	21
- Vaccinatiebeleid	21
- Valpreventie bij ouderen	22
- Seksuele gezondheid	22
- Gezonde voeding	25
- Beweging	26
- Gezondheid en milieu	27
Curatieve gezondheidszorg	27
- Gezondheidstoestand Vlamingen	27
- Weesziekten	28
- Mensen met chronische ziekten en werkgelegenheid	28
Eerstelijnsgezondheidszorg	29
Geestelijke gezondheidszorg	29
Handicap en functiebeperkingen	32
Vlaamse zorgverzekering	33
Zorgaanbod	33
Zelfhulp en zelfhulpgroepen	38
Patiëntenrechten	39
Besluitvorming/vertegenwoordiging v/m	39
Beeldvorming en gezondheid	40
Research	40

<p>Stand van zaken</p>	<p>Bedenkingen en aanbevelingen</p> <p>Geel: tien uitdagingen voor een Vlaamse gezondheidszorg, Sociale Staat van Vlaanderen (SSV) 2009</p>
<p>Uitgangspunten Vlaams gezondheidsbeleid</p> <p>http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Beleid/Beleidsnota_Welzijn_Volksgezondheid_en_Gezin.pdf: Gezondheidsbevordering en ziektepreventie is een taak van de Vlaamse Gemeenschap sinds de staatshervorming van 1980.</p> <p>Bij preventieve gezondheidszorg hebben zowel het individu (gedrag/leefstijl) als de gemeenschap hun <u>eigen verantwoordelijkheid</u>. Individuele verantwoordelijkheid mag niet leiden tot individuele aansprakelijkheid.</p> <p>Preventie kan niet verengd worden tot psychologische of medische aanpak, ook factoren buiten de gezondheidszorg hebben een impact, nl. milieu, verkeer, onderwijs, huisvesting, welzijn op het werk en bedrijfsgezondheidszorg, justitie.</p> <p>In het kader van het curatieve beleid wordt gestreefd naar een <u>zorg op maat voor iedere persoon</u>. Elke actor, zowel in de ambulante als in de residentiële sector heeft een eigen rol te spelen. De patiënt moet geen keuze van zorg maken in functie van zijn</p>	<p>De Vrouwenraad bedenkt</p> <p>Ondanks de uitgangspunten van het Vlaams gezondheidsbeleid (preventieve gezondheidszorg: gemeenschap en individu hebben eigen verantwoordelijkheid; curatieve gezondheidszorg: zorg op maat voor iedereen) worden ongelijkheden vastgesteld qua gezondheid van vrouwen en mannen. De vraag is of er voldoende moeite wordt gedaan om daar een verklaring voor te geven of worden er voldoende initiatieven genomen om die ongelijkheden weg te werken?</p> <p>Wat het preventieve luik betreft: Uit de resultaten van de Gezondheidsenquêtes blijkt duidelijk dat vrouwen een betere "leefhygiëne" in acht nemen dan mannen (uitgezonderd lichamelijke inspanningen). Ze houden er een gezondere levensstijl op na, hun gedrag ten aanzien van hun gezondheid getuigt van meer verantwoordelijkheidszin. Ze roken minder, drinken minder, eten gezonder,... ze raadplegen vaker een arts en desondanks zijn ze minder gezond, zowel subjectief als objectief bekeken. De subjectieve ongezondheid: in 2004 beschouwde 21% van de Vlamingen de eigen gezondheid als onbevredigend; vanaf 45 jaar is het percentage vrouwen steeds groter dan mannen. Het uitgangspunt "een gezond gedrag leidt tot een betere gezondheid" blijkt voor vrouwen niet te kloppen.</p> <p>Wat het curatieve luik betreft: Ook op het vlak van de objectieve en subjectieve gezondheidstoestand scoren vrouwen minder goed dan mannen (cfr. Gezondheidsenquêtes). De gezondheid van vrouwen wordt in de eerste plaats beïnvloed door biologische factoren (zwangerschap, gezondheidsproblemen baarmoeder/hals, borsten...),</p>

<p>eigen financiële middelen. <u>Ieder heeft er baat bij de gezondheidszorg te krijgen die hij nodig heeft.</u></p> <p>Om gezond te blijven of gezonder te worden kan de Vlaming volgende wegen uit (SSV, 2009)¹:</p> <p>Preventief:</p> <ul style="list-style-type: none">- een gezonde levensstijl ontwikkelen- gebruik maken van een gamma preventieve initiatieven zoals prenatale diagnoses, vaccinaties, screening op risico's <p>Curatief:</p> <ul style="list-style-type: none">- geconfronteerd met pijn, ziekte en functionele beperkingen op zoek gaan naar professionele zorg om gezondheid te herstellen <p>Gedragwijziging kan het aantal sterfgevallen verminderen: Longkankerpreventie bij mannen en ischemische hartziekten bij mannen en vrouwen; primaire preventie kan het aantal sterfgevallen bij mannen met 25% verminderen en bij vrouwen met 13%.</p> <p>Secundaire preventie (vroegtijdig medisch ingrijpen): bij mannen vooral cerebrovasculaire aandoeningen (25%) en colorectale kanker (23%); bij vrouwen vooral borstkanker (37%) gevolgd door cerebrovasculaire aandoeningen (19%) en colorectale kanker (13%). (SSV, 2009)</p> <p>Overzicht decreten m.b.t. Zorg en Gezondheid</p> <ul style="list-style-type: none">- decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering- decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg- decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen- decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen	<p>het feit dat ze meer lijden aan chronische ziekten, een lagere pijndrempel hebben²,... Maar het gaat ook om de kwetsbaarheid van bepaalde ziekten (bv. bij vrouwen komt een tweede hartinfarct sneller na het eerste dan bij mannen; het roken en gebruik van alcohol heeft een grotere impact op hun gezondheid; het feit dat vrouwen een sterker immuuniteitsysteem hebben maar toch meer auto-immuunziekte ontwikkelen, ook meer allergie) en het feit dat vrouwen en mannen verschillend reageren op medicatie.</p> <p>Ten tweede zijn er kenmerken die sociaal geconstrueerd zijn (gender) en die eveneens een belangrijke invloed hebben op de gezondheid van vrouwen. Bijvoorbeeld op het vlak van de toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen: vrouwen hebben meer financiële problemen (in alle gezinsvormen); oudere vrouwen moeten vaker hun medische zorg uitstellen tot het begin van de volgende maand dan oudere mannen,...</p> <p>Vrouwen zijn ook vaker slachtoffer van geweld met alle gevolgen vandien voor hun gezondheid,...</p> <p>M.a.w. er zijn een hele reeks factoren (vastgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie) die inwerken op de gezondheid (opleiding, kwaliteit huisvesting en omgeving, bestaanszekerheid, inkomen, arbeidsvoorwaarden, combinatie beroeps- en gezinsleven, de hogere zorglast...). In België spelen deze factoren in het nadeel van vrouwen.</p> <p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Op basis van deze vaststellingen dat de Vlaamse overheid in het preventief en curatief beleid rekening houdt met de sekse- en genderverschillen en ook de relevante data verzamelt en bijhoudt.</p> <p>De verspreiding van toegankelijke informatie die niet enkel focust op gedrags/mentaliteitswijziging van de bevolking maar ook het genderspect erin</p>
--	--

¹ Vanderleyden, L., Callens, M. En Noppe, J., De sociale staat van Vlaanderen 2009, Studiedienst van de Vlaamse regering, Brussel 2009.

² Inzake de lagere pijndrempel van vrouwen formuleren we de volgende vaststellingen (Bron: studiedag van Les Femmes Prévoyantes Socialistes van 12 juni 2009 "Femmes&Santé. La santé des femmes, la santé des hommes: des soins adaptés"): vrouwen rapporteren frequenter pijn dan mannen, ze hebben langer pijn, meer chronische pijn, op meer plaatsen pijn (na uitsluiting van gynaecologische pijnen) en dit verergert ook met het ouder worden. Seksuele hormonen spelen een complexe rol, het auto-immuunsysteem van vrouwen speelt een grotere rol en verder hebben ook sociale aspecten bij vrouwen een grotere impact op hun pijndrempel dan bij mannen (armoede, werkloosheid, psychische trauma's die bij vrouwen tot een verstoring van de cerebrale banen leiden,...

- decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid
- decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders
- decreet van 30 april 2004 houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen
- decreet van 16 juni 2006 betreffende het gezondheidsinformatiesysteem
- decreet van 18 juli 2008 betreffende de zorg- en bijstandsverlening
- woonzorgdecreet van 13 maart 2009 ter vervanging van de decreten inzake bejaarden en thuiszorg

meeneemt en de producenten sensibiliseert om gezonde en duurzame producten op de markt te brengen.

De erkenning van het belang van het (vrouwen)middenveld. Vrouwenorganisaties bereiken duizenden vrouwen met infosessies over gezondheid, o.a. KAV, KVLV, Markant, de Liberale Vrouwen en Viva-SVV.

Interculturele bemiddelaars die op basis van aangepast materiaal en in samenwerking met interculturele vrouwenverenigingen informatie geven over specifieke gezondheidsrisico's, bijvoorbeeld borstkanker, baarmoeder(hals)kanker, het HPV-vaccin, vrouwelijke genitale verminking, HIV/AIDS en SOA, anticonceptie, geweld.

5. Grotere rol voor gezondheidswerkers bij gezondheidspromotie

Om voor iedereen nog meer gezondheidswinst te boeken moet de effectiviteit van de primaire en de secundaire preventie verhoogd worden. Dat vereist een betere kennis van de impact van preventieve gezondheidscampagnes, zeker bij kwetsbare groepen; ook bij initiatieven voor gezonde levensstijl verdienen kwetsbare mensen extra aandacht. Bij het bevorderen van gezondheid kunnen gezondheidswerkers en -voorzieningen een grotere rol spelen vooral in de eerste lijn. Een nauwe samenwerking tussen de SEL's (Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijn) en de Logo's (Lokaalregionaal gezondheidsoverleg) kan aanzienlijke gezondheidswinst opleveren.

Vorming van welzijnswerkers (binnen OCMW's, CAW's,...), gezondheidswerkers, huisartsen, personeel van mutualiteiten, ... over hoe ze rechten van mensen in armoede proactief kunnen behandelen, bij voorbeeld over de toegang tot het Omnio-statuu.

- Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen

10. Maatschappelijk debat over de toekomstige Vlaamse gezondheidszorg

Significante verschillen in gemiddelde levensverwachting, in gezonde (en ongezonde) gedragspatronen, in prevalentie en incidentie van ziekten, psychische problemen en handicaps, in zorg- en middelengebruik wijzen op het naast elkaar bestaan van verschillende gezondheidsculturen in België. De Vlaamse gezondheidszorg wordt uitgedaagd een eigen antwoord te ontwikkelen voor de

	<p>specifieke gezondheidsnoden en gedragspatronen van de Vlaming en moet hiervoor de nodige structuren en processen uittekenen. Dat moet gebeuren voor en in solidariteit met alle andere gemeenschappen en rekening houdend met een groeiende Europese regelgeving rond gezondheid en gezondheidszorg. Analoog met de conferenties over gezondheidsdoelstellingen zou een breed maatschappelijk debat over een toekomstige Vlaamse gezondheidszorg zeker niet te vroeg komen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bedenkingen Vrouwenraad - begrip gezondheidsculturen: over welke gezondheidsculturen gaat het? - De vraag is of gezondheidsnoden van burgers communautair ingekleurd moeten worden? - Een breed maatschappelijk debat over een toekomstige gezondheidszorg: zou op voorhand gekaderd moeten worden om te vermijden dat er voorstellen geformuleerd worden die discriminaties inhouden op het vlak van het recht op en de toegang tot gezondheidszorg.
<p>Sekse/gender/diversiteit en gezondheidsbeleid</p>	
<p>De Vrouwenraad bedenkt</p> <p>We verwijzen naar de uitgangspunten van het Vlaamse gezondheidsbeleid en onze bedenkingen over het preventieve en curatieve beleid (zie hoger) en houden rekening met de gezondheidstoestand van (bepaalde groepen) vrouwen (of mannen).</p> <p>Als concrete voorbeelden nemen we:</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>De oprichting van een cel <u>sekse/gender/diversiteit</u> en gezondheidsbeleid bij het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid; deze cel kan volgende opdrachten uitvoeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coördineert/ondersteunt de acties, initiatieven, onderzoeksopdrachten van de Vlaamse overheid, zoals dat nu al gebeurt voor het bevolkingsonderzoek naar borstkanker en de plannen die er zijn in verband met baarmoederhalskanker (zie verder) - overlegt met Gelijke Kansen Vlaanderen, met de wetenschappelijke wereld en met de middenveldorganisaties actief op het vlak van gender/sekse en gezondheid; - waakt over gendermainstreaming en seksespecifieke aspecten en heeft daarbij zeker aandacht voor diverse aandachtsgroepen van vrouwen (zie bv. tabel alleenstaande moeders en moeders in tweeoudergezinnen, vrouwen van andere origine, migrantenvrouwen, vluchtelingenvrouwen, ...) en andere diverse factoren die een rol kunnen spelen, zoals opleidingsniveau, inkomen,...;

Migraine

12 tot 15% vrouwen tussen 18 en 65 jaar wereldwijd lijden aan migraine, gelinkt aan menstruatie. Rond de leeftijd van 40 jaar gaat het om 1 op 4 vrouwen. Migraine wordt beschouwd als een even erge beperking als diabetes en dit omwille van intensiteit van de pijn, de duur van de crisis, de invloed op de spijsvertering, de impact op het werk. Vrouwen ontwikkelen ook een gedrag om migraine-aanvallen te vermijden. Dit heeft een invloed op hun sociaal leven. Migraine bij vrouwen is ondergediagnosticeerd. Vrouwen doen te veel aan zelfmedicatie. Er is sprake van ondergebruik van specifieke behandeling van migraine.

(Bron: studiedag van Les Femmes Prévoyantes Socialistes van 12 juni 2009 "Femmes&Santé. La santé des femmes, la santé des hommes: des soins adaptés")

De gezondheid van alleenstaande moeders in vergelijking met die van moeders in tweeoudergezinnen

Tabel aandoeningen

Alleenstaande moeders lijden meer (+) of minder (-) of evenveel als moeders in tweeoudergezinnen

Aandoeningen	+, - of =	
Slechte subjectieve gezondheidsbeleving	+	153% of 1,5x meer
Diarree met koorts	+	200% of 2x meer
Maagzweer of zweer dunne darm	+	128% of 1,2x meer

- verspreidt aanbevelingen naar betrokken actoren.
- introduceert genderbudgetting in overleg met de bevoegde minister.
Een interessante tool (Canada) is te vinden op www.genderandhealth.ca met introductiemodules over gender en cardiovasculaire ziektes, gender en depressie, gender en longkanker, gender en seksuele diversiteit.
Dit zou verplichte lectuur moeten zijn voor de op te richten cel en voor de opleiding en bijscholingen van artsen. Dergelijke modules kunnen ook voor de Vlaamse/Belgische situatie ontwikkeld worden.

Concreet voor migraine vragen we meer aandacht vanwege artsen voor de diagnose en behandeling van vrouwen.

Ernstige darmstoornissen	+	206% of 2x meer
Bronchitis met koorts	+	141% of 1,4x meer
Chronische bronchitis	+	104% of 1,04x meer
Astma voorbij 14 dagen	-	
Astma voorbij jaar	-	
Allergie	+	104% of 1,04x meer
Migraine	+	147% of 1,4x meer
Duizeligheid met vallen	+	228,5% of 2,2x meer
Chronische vermoeidheid	+	219% of 2,1x meer
Osteoporose	+	300% of 3x meer
Gebroken heup	=	
Arthritis	+	158% of 1,5x meer
Andere vormen van reuma	+	118% of 1,1x meer
Ernstige nierziekte	+	156% of 1,5x meer
Chronische blaasontsteking	+	127% of 1,2x meer
Hoge bloeddruk	+	154% of 1,5x meer
Ernstige hartkwaal of hartaanval	=	
Ernstige huidaandoening	+	151% of 1,5x meer
Diabetes	+	162% of 1,6x meer
Schildklierafwijkingen	=	
Kwaadaardige aandoening of kanker	+	450% of 4,5x meer
Ernstige somberheid of depressie van minstens twee weken	+	167% of 1,6x meer
Depressie in het voorbije jaar	+	257% of 2,5x meer
Recente angstklachten	+	189% of 1,8x meer
Recente psychosomatische klachten	+	173% of 1,7x meer
Recente slaapproblemen	+	144% of 1,4x meer
Eenzaamheidsgevoelens	+	135% of 1,3x meer
Weinig bevredigende sociale omgeving	+	144% of 1,4x meer
Zwakke sociale ondersteuning indien nodig	+	129,9% of 1,2x meer
Ernstig ongeval in het voorbije jaar	+	140% of 1,4x meer
Geweldslachtoffer het voorbije jaar	+	192% of 1,9x meer
Geweld op school/werk	-	
Geweld thuis	+	1240% of 12,4x meer
Geweld buitenshuis	+	546% of 5,4x meer

<p>Bron: Onderzoek naar de gezondheidstoestand van alleenstaande moeders op basis van de gegevens van de Belgische Gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 door Hedwige Peemans-Poullet, Université des Femmes, 2006.</p>	
<p>Data over gezondheid/szorg</p> <p>Data over gezondheid/szorg zijn te vinden op de Website van de Studiedienst van de Vlaamse regering:</p> <p><u>Cijfers over gezondheid:</u> http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Cijfers/Pages/Excel.aspx; rubriek gezondheid</p> <p><u>Onderzoek:</u> http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Onderzoek/Pages/2008-06-kwaliteit-leven.aspx rubriek: Kwaliteit van het leven</p> <p><u>Monitoren:</u> http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Monitoring/Pages/Monitoren.aspx zie: VRIND; Vlaanderen in cijfers.</p> <p><u>Publicaties:</u> http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/Publicaties/Pages/Publicaties.aspx</p> <ul style="list-style-type: none">- Gezondheid en gezondheidsgedrag in Vlaanderen, SVR-Rapport 2009/1- VRIND 2007, Hoofdstuk 06, Gezinnen versterken, zorgen voor mekaar- Stativaria 34 Vlamingen met een handicap of langdurige gezondheidsproblemen. Een verkennende schets van hun sociale positie en hun situatiebeleving aan de hand van concrete onderzoekscijfers <p>en recent:</p> <p>De Sociale Staat van Vlaanderen (SSV) is een overheidsproject dat de leefsituatie van de Vlaming op 7 domeinen in kaart brengt. Eén luik handelt over de gezondheidszorg. De SSV werd op 12 mei 2009 aan het Vlaams Parlement voorgesteld.</p> <p>Bij de analyses wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met:</p> <ul style="list-style-type: none">- persoonsgebonden eigenschappen: leeftijd, geslacht, seksuele oriëntatie, huishoudsamenstelling, sociale status van de ouders, etnich-culturele achtergrond en lichamelijke, psychische en verstandelijke eigenschappen of beperkingen- hulpbronnen (financieel, menselijk, sociaal en cultureel kapitaal) van individuen	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <ul style="list-style-type: none">- De ontwikkeling van een conceptueel datamodel waarin de genderinvalshoek moet opgenomen worden en dit model moet gebaseerd zijn op de definitie/s en het referentiekader van het gezondheid/sbeleid;- Op basis van seksestatistieken en 'evidence-based' materiaal moeten indicatoren bepaald worden voor de vergelijking van ongelijkheden tussen mannen en vrouwen op gezondheidsvlak;- Onderzoeken en onderzoeksprogramma's die worden opgestart/uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse overheid moeten rekening houden met de genderinvalshoek, met sociaal-economische aspecten en met de invloed van milieuaspecten op de gezondheid van vrouwen en mannen en de interculturalisering van onze samenleving.

<p>om in te gaan op de specifieke situatie van verschillende bevolkingscategorieën. De bijdrage over gezondheid is niet thematisch opgesteld, wel gefaseerd: de gezonde Vlaming gisteren, vandaag en morgen. Een inwoner van Vlaanderen die nu geboren wordt, kan bv. rekenen op een levensverwachting van ongeveer 80 jaar, dat wordt afgezet tegenover de gemiddelde levensverwachting van 50 jaar van de Vlaming van gisteren; wat mag zij/hij morgen verwachten? Hoe gezond of ongezond zijn of waren die levensjaren? Deze vragen worden via statistieken ingevuld. Ook het subjectieve gezondheidsgevoel komt aan bod.</p> <p>Tweede uitgangspunt is hoe de Vlaming omgaat met zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid? Wat is zijn levensstijl?</p> <p>Ook de lichamenlijk en geestelijk ongezonde Vlaming wordt objectief en subjectief geïdentificeerd. Andere punten die aan bod komen: de zorgzoekende Vlaming: hoe gaan die om met professionele/formele zorg, alternatieve zorg, medicatiegebruik, zelfhulp/groepen, ombudsgebeuren</p> <p>Bron: De Huisarts, 26 maart 2009</p> <p>Federaal: Gezondheidsportaal: http://www.statbel.fgov.be/port/hea_nl.asp</p>	
<p>Preventieve gezondheidszorg</p>	
<p>Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid/ontwerpbesluit betreffende Vlaamse werkgroepen</p>	
<p>Dit decreet gaat over de mogelijkheid om werkgroepen op te richten ter ondersteuning van de voorbereiding en/of uitvoering van het gezondheidsbeleid.</p> <p>De Vrouwenraad is vertegenwoordigd in volgende werkgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vlaamse werkgroep borstkankerscreening en subwerkgroep sensibilisering borstkankerscreening - Vlaamse werkgroep baarmoederhalskankerscreening <p>Bevolkingsonderzoeken zijn een belangrijke basis voor het preventieve gezondheidszorgbeleid.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Vertegenwoordigd te blijven in de Vlaamse werkgroepen met betrekking tot seksespecifieke gezondheid (vrouwen), ook bij dergelijke Vlaamse werkgroepen die eventueel opgericht worden.</p> <p>Aandacht voor interculturele aspecten van gender en gezondheidszorg bij het uitwerken van het preventiebeleid.</p>
<p>Logo's</p>	
<p>In 1998 richtte de Vlaamse gemeenschap Lokale gezondheidsnetwerken op (Logo's) om coördinatie en overleg inzake ziektepreventie en gezondheidsbevordering te verkrijgen.</p> <p>Het accent ligt vooral op lokaal gerichte acties, netwerkvorming, het op elkaar afstemmen van organisaties en wetenschappelijk gefundeerd en projectmatig werken. Naast deze algemene opdracht hebben de Logo's de specifieke opdracht om de</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Het sectorgerichte overleg uit te breiden naar lokale middenveldorganisaties, zoals vrouwenverenigingen, ouderenverenigingen, allochtone verenigingen,...</p>

<p>Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te implementeren. Het overleg kan thematisch (tabak, alcohol en illegale drugs; voeding en beweging; borstkanker; ongevallenpreventie; vaccinaties; milieu en gezondheid; geestelijke gezondheid) of sectorgericht samengesteld zijn (onderwijs, bedrijven, lokale besturen, ...).</p>	
<p>Middelengebruik</p>	
<p><u>Cijfers</u> Bron: SSV 2009</p> <ul style="list-style-type: none">- Roken: ongeveer 1 op de 4 Vlamingen ouder dan 15 rookt elke dag (in 1982 was dat 4 op 10). Onder de dagelijkse rokers zijn er meer mannen (26,9% van de mannen) dan vrouwen (18,5% van de vrouwen), meer jongeren en meer lager opgeleiden. De kloof tussen meisjes en jongens verdwijnt.- Alcohol: het regelmatige alcoholgebruik is licht gestegen tussen 1997 en 2004. Dat regelmatig gebruik komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Problematisch alcoholverbruik (6% van de Vlamingen) komt beduidend meer voor bij mannen en bij personen die geen hoger onderwijs volgden.- Druggebruik: gebruik en risicovol gebruik komt het meest voor bij mannen en bij leerlingen uit BSO en TSO <p><u>Beleid</u> Via een convenant werken de Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie aan een structureel duurzaam middelenbeleid.</p> <p>http://www.druglijn.be/info_drugs/veelgevraagd/genderverschillen.html</p> <p>http://www.vad.be/alcohol_drugs/feiten_cijfers/illegale_drugs.html</p> <p>De Vlaamse Regering keurde op vrijdag 6 maart 2009 het actieplan tabak, alcohol en drugs 2009-2015 goed. Deze gezondheidsdoelstelling is specifiek omschreven per middel en omvat een actieplan, met een beleidsvisie, een overzicht van sectoren en doelgroepen, en een lijst van krachtlijnen. Het geheel wordt voorgelegd aan het Vlaams Parlement. Zie: http://www.zorg-en-gezondheid.be/nieuws/actieplan-TAD-goedgekeurd.aspx en http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Preventie/Gezond_leven/Tabak_alcohol_en_drug_s/Actieplan%20tabak%20alcohol%20drugs%202009%202015.pdf</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Gendergevoelige, interculturele, leeftijdsgerichte en holebisensitieve preventieve sensibiliseringscampagnes.</p> <p>Wat de genderinvalshoek betreft stellen we vast dat de beweegredenen om overmatig te drinken anders zijn bij vrouwen dan bij mannen. Vrouwen en mannen grijpen ook naar andere drank. Het komt erop neer dat de marketing wel gendergevoelig is maar de sensibiliseringscampagnes niet.</p>

Kankerpreventie	
<p>Bevolkingsonderzoek naar borstkanker voor vrouwen van 50 tot en met 69 jaar Cijfers: http://www.zorg-en-gezondheid.be/topPage.aspx?id=630</p> <p>De krachtlijnen van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling zijn: meer vrouwen moeten aan het screeningsprogramma deelnemen, meer kankers moeten tijdig gestopt worden, het aantal onderzoeken dat niet conform de internationale aanbevelingen verloopt moet verminderen</p> <p>De Vrouwenraad is vertegenwoordigd in volgende werkgroepen: de Vlaamse werkgroep borstkankerscreening en de subwerkgroep sensibilisering borstkankerscreening</p> <p>De Vlaamse werkgroep borstkankerscreening helpt om het bevolkingsonderzoek te coördineren en organiseert jaarlijks een studiedag in december waar aanbevelingen geformuleerd worden voor de Vlaamse minister van volksgezondheid.</p> <p>De tussentijdse resultaten wijzen op een gunstige evolutie.</p> <p>Leeftijdsgrenzen: Enkel vrouwen van 50 tot en met 69 jaar, zonder klachten, komen in aanmerking voor het bevolkingsonderzoek. Meer precies geldt dit vanaf de eerste dag van het kalenderjaar dat een vrouw 50 jaar wordt tot en met de laatste dag van het kalenderjaar waarin ze 69 jaar wordt. Voor de bepaling van de leeftijdsgrenzen volgt de Vlaamse overheid de Europese aanbevelingen.</p> <p>De mammografie is in die leeftijdsgroep het beste middel om borstkanker in een vroeg stadium op te sporen, lang voordat er zich klachten voordoen.</p> <p>Bij vrouwen jonger dan 50 jaar is röntgenonderzoek minder geschikt voor screening omdat er dan nog vaak veel klierweefsel in de borsten zit, waardoor de röntgenfoto's minder goed beoordeelbaar zijn.</p>	<p>De Vrouwenraad bedenkt</p> <p><u>Is borstkanker een symbolische ziekte, die staat voor ons vervuilde milieu?</u></p> <p>Vrouwen wordt geleerd dat vroege ontdekking (=secundaire preventie) en behandeling dé antwoorden zijn op het borstkankerprobleem. De oorzaken van borstkanker zijn immers nog niet gekend en we kunnen nog niet vermijden om borstkanker te krijgen. Dat houdt in dat primaire preventie nog niet mogelijk is. De Vrouwenraad onderschrijft dan ook zeer sterk het Vlaamse bevolkingsonderzoek voor vrouwen van 50 tot en met 69 jaar.</p> <p>Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid legt nogal sterk de nadruk op de levensstijl, waarbij de verantwoordelijkheid bij het individu komt te liggen. In het geval van borstkanker lezen we over:</p> <ol style="list-style-type: none">1. de <u>geaccepteerde risicofactoren waar we weinig controle over hebben</u>: vroege eerste menstruatie, op late leeftijd in de menopauze komen, leeftijd, medische geschiedenis van de familie/genen BRCA1 of BRCA2), blootstelling aan radioactieve (ioniserende straling), ...2. <u>risicofactoren waarover we wel enige controle kunnen hebben</u> en die dus gelinkt worden aan de levensstijl: dieet, alcoholgebruik, leeftijd van de eerste zwangerschap, wel of niet borstvoeding geven, overgewicht, de pil, hormoontherapie, actief en passief roken... <p>Bron: Helen Lynn, <i>Naar een preventief beleid Borstkanker en milieu</i>, Platform Gezondheid en Milieu en WECF Nederland, z.d.</p> <p>Nochtans blijkt uit de resultaten van de Belgische gezondheidsenquêtes dat vrouwen er een gezondere levensstijl (gezonder eten, matig alcohol drinken,...) op nahouden dan mannen en desondanks toch ongezonder zijn en zich ook zo (subjectief) zo voelen.</p> <p>Bron: Advies nr. 51 van het Bureau van de Raad voor de gelijke kansen van mannen en vrouwen van 15 maart 2002 over de gezondheidsenquête België 2001, bekrachtigd door de Raad op 13 september 2002) http://www.raadvandegelijkekansen.be/downloads/advies51.pdf</p> <ol style="list-style-type: none">3. Ten slotte zijn er ook <u>niet-officieel geaccepteerde risicofactoren</u> (cfr. Helen Lynn): blootstelling aan hormoonverstorende stoffen en

	<p>kankerverwekkende synthetische en natuurlijke oestrogenen, borsttrauma, blootstelling aan licht gedurende de nacht, stress, beroepsmatige blootstellingen, nachtdienst en wisseldiensten.</p> <p>Bepaalde groepen vrouwen zoals verpleegkundigen, vrouwen die werken met oplosmiddelen, gezondheidstechnici, apothekers, leraressen, stewardessen, vrouwen die werken in de landbouw met halfgeleiders, pesticiden, kapsters, schoonheidsspecialisten, bibliothecaressen, schilders, beeldhouwers, precisiewerksters in de textielsector zouden een verhoogd risico op borstkanker hebben. Hierover wordt regelmatig in die zin in de pers gerapporteerd.</p> <p>Ongeveer 30-50% van de borstkankergevallen bij vrouwen, inclusief de 10% die te verklaren zijn door de medische geschiedenis van de patiënte of door erfelijke aanleg, is toe te schrijven aan de geaccepteerde risicofactoren.</p> <p>Wat met de ontbrekende milieu- en beroepsfactoren die ook een aanzienlijk percentage (de resterende 50-70%) van het aantal borstkankergevallen zouden kunnen verklaren?</p> <p>De Vrouwenraad kan zich niet van de indruk ontdoen dat preventie - lees 'de primaire preventie' - van borstkanker niet op de beleidsagenda staat.</p> <p>We vermelden ook dat alleenstaande moeders (resultaten van gezondheidsenquêtes) 4,5 maal zoveel kanker krijgen als moeders in tweeeoudergezinnen en vanuit dit gegeven stellen we ons de vraag of het aantal borstkankers dan ook hoger is bij alleenstaande moeders?</p> <p>Bron: Onderzoek naar de gezondheidstoestand van alleenstaande moeders op basis van de gegevens van de Belgische Gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 door Hedwige Peemans-Poullet, Université des Femmes, 2006).</p> <p>Blootstelling aan giftige stoffen verklaart wellicht een deel van het verhoogd risico.</p> <p>In dit verband willen we vooral aandacht vragen voor het gebruik van bepaalde ingrediënten in cosmetica.</p> <p>Cosmetica bevat vaak ingrediënten die door onderzoekers in verband worden gebracht met borstkanker, astma, allergieën en vruchtbaarheidsstoornissen. Wat</p>
--	---

het gebruik van verzorgingsproducten betreft is er reden tot zorg over het cumulatieve effect dat de combinatie van lage doses en lange termijn blootstelling heeft op onze gezondheid. De cosmeticaproducten geven te weinig informatie aan de consument over ingrediënten in cosmetische producten die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid. De stoffen in onderstaande tabel zijn behalve in cosmetische producten ook in het milieu te vinden, op de werkplek, in voedsel, water en lucht.

stofnaam	werking	gebruik	gevonden in
Ftalaten EHP (verboden) DBP (verboden) BBP DEP	EDC en C	o.a. weekmaker in plastics, diverse toepassingen	Inkt, lijm, plastic, cosmetica, vloerbedekking, schoonmaakmiddelen, parfums, deodorants, aftershave
PCB's (verboden)	EDC en C	Koelen en isolatie van industriële transformatoren	Smeervloeistoffen, inktsoorten, als toevoegingen in lijmstoffen en PVC bedrading
Parabenen - butyl-, ethyl-, methyl- of propylparabenen	EDC	Conserveermid- delen in cosmetica en persoonlijke verzorgingspro- ducten, ter voorkoming van schimmels en gisten in voedsel en drank	Douchegels, shampoo, vochtinbrengende cremes en lotions, jam, bier, toetjes
Pesticides en herbicides			
Atrazine, dichloorvos, diendrin, chlordan,	EDC en C	Pesticiden in landbouw, viskwekerijen, huis en tuin; veel	Residuen zijn te vinden in voedsel en drinkwater, tapijten, kleding,

	cyanazine, captafol, flucythrinaat, ethyleendioxide, DDT, Lindaan, Tributyltin, ethyleenoxide		van deze stoffen zijn al verboden in de EU; sommige zijn slecht afbreekbaar en worden nog steeds aangetroffen	bouwmaterialen, aangroeiwerende verf voor boten
	Bromidehoudende brandvertragers	EDC	vlamvertragers	Computers, meubilair, textiel, TV's, verf, TV's, verf
	Polyaromatische koolwaterstoffen (PAK's)	C	Afvalstof in binnen- en buitenlucht	Ontstaat bij verbranding van koolstofhoudend materiaal door industrie, verkeer, hout- en kolenkachels
	Vinylchloride (VCM)	C	Grondstof voor fabricage van PVC	Bouwmaterialen, vloerbedekking, kunststof, buizen
	Styreen, vinylacetaat	C	Synthetische rubberproductie	Rubber, plastic, isolatie, glasvezel, auto-onderdelen, voedselverpakkingen, stoffering
	Bisphenol A	EDC en C	Hulpstof bij de productie van polycarbonaatpl astics en epoxyhars	Zuigflessen, witte tandvullingen, nagellak, verpakkingen, lijm
	Methyleenchloride	C	Oplosmiddel, verfabijter en ontvetter	Meubels, lijm
	Nonylfenol en alkylfenolen	EDC	Hulpstof bij productie van	Schoonmaakmiddelen, cosmetica,

(verboden)		polycarbonaatplastics en epoxyhars	wasmiddelen en pesticiden
Diverse zware metalen			
kwik	EDC	Chemische industrie, electronica, apparaten	Thermometers, tandvullingen, pesticiden, batterijen
cadmium	C	Electronica, halfgeleiders, tandheekunde, fotografie, chemische industrie	Batterijen, verf en pigmenten, glas, galzuur, kunstmest
benzeen		Oplosmiddel, hulp- en grondstof voor andere producten	Benzine, lijm, bouwmaterialen, stoffering
Dioxinen en furanen	C	Afvalstoffen, bijproducten verbranding van chloorhoudende materialen	Verontreiniging in voedsel en diervoeders

EDC= endocrine disrupting chemical; C= carcinogeen
 Bron: Helen Lynn, *Naar een preventief beleid Borstkanker en milieu*, Platform Gezondheid en Milieu en WECF Nederland, z.d.

We verwijzen tenslotte naar de **EU-regelgeving** op het gebied van chemische stoffen, registratie, evaluatie, autorisatie en restrictie (REACH), van kracht sinds 1 juni 2007, gericht op het verbeteren van de **bescherming van de menselijke gezondheid en het milieu** door middel van betere en vroegere identificatie van de wezenlijke eigenschappen van chemische stoffen
www.ec.europa.eu/environment/chemicals/reach/reach_intro.htm

We verwijzen ook naar een resolutie van het Europees Parlement van april 2008 waarin de milieufactoren bij het ontstaan van kanker worden benadrukt en het feit dat deze factoren moeten meegenomen worden in de preventie van kanker.

De Vrouwenraad vraagt

Naar aanleiding van onze bezorgdheid over de risicofactoren

- meer wetenschappelijk onderzoek en onderbouwde bewijzen met het oog op primaire preventie van borstkanker; systematisch onderzoek van populaties waarbij men nagaat of er gemeenschappelijke factoren waren in plaats van enkel bij diegenen die borstkanker kregen te gaan kijken wat zij aan gemeenschappelijke kenmerken hadden. Welke risicofactoren zijn belangrijker: bv. overgewicht na de menopauze versus gebruik van deodorant?
- meer info vanuit de overheid hierover naar vrouwen toe
- toepassing van de Europese regelgeving inzake kankerpreventie, rekening houdend met milieufactoren

Kortom, het Vlaamse gezondheidsbeleid moet zich sterk gaan focussen op een gifvrije toekomst.

Kankerpreventie via beroep of milieu zou moeten erkend worden als een belangrijke volksgezondheidsprioriteit

Intercultureel bemiddelaars

Er is een tekort aan intercultureel bemiddelaars in ziekenhuizen. Het aantal borstkankers is hoog. De Vrouwenraad is vragende partij voor aangepaste informatie, zowel preventief als over de behandeling en over de nazorg. Dit is een taak voor intercultureel bemiddelaars.

Een voorbeeld:

Wat betreft de sub Sahara Afrikaanse vrouwen moeten artsen en hulpverleners ingelicht worden over hoe een aantal onder hen omgaat met tumoren. Ze beschouwen de operatieve verwijdering van tumoren als een verminking van hun lichaam. De sociale gevolgen die daaruit voortvloeien zijn (angst voor) verstoting, angst voor verlies van hun vruchtbaarheid, angst voor verlies van hun vrouwelijkheid. Ook bij vrouwen van Marokkaanse en Turkse origine zijn gynaecologische kankers vaak seksueel gerelateerd, met ingrijpende gevolgen voor hun relatie. Vele vrouwen beschouwen zichzelf dan als 'onvolledig'.

Allochtone vrouwen en vrouwen in armoede

Extra aandacht om deze vrouwen te bereiken voor de gratis

	<p>borstkankerscreening.</p> <p>Het verhogen van de middelen van het Sociaal Fonds van de Vlaamse Liga tegen Kanker waarop vrouwen van diverse origine en vrouwen in armoede een beroep zouden kunnen doen indien borstkanker wordt vastgesteld.</p> <p>Investeren in de begeleiding van vrouwen in armoede bij wie borstkanker is vastgesteld.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen <p><u>Lotgenotengroepen</u> Het systeem/werking van lotgenotengroepen moet bekend en toegankelijk gemaakt worden bij allochtone vrouwen. Er moet steun komen voor de oprichting van lotgenotengroepen voor vrouwen uit verschillende culturen.</p> <p><u>Leeftijdsgrenzen</u> Inzake de leeftijdsgrens van 69 jaar vragen we meer uitleg op de website van de Vlaamse overheid. Nu vermeldt die dat Vlaanderen de Europese richtlijnen volgt. Deze uitleg voldoet niet voor vrouwen vanaf 70 jaar.</p> <p>Ook bij de min 50-jarigen is er sprake van een vrij groot aantal sterfgevallen ten gevolge van borstkanker. Vermits een screeningsmammografie bij de jongere leeftijdsgroepen niet de geschikte oplossing is, zijn we vragende partij om andere adequate manieren te zoeken om deze jongere vrouwen te bereiken.</p>
<p><u>Baarmoederhalskanker</u> Bij iets minder dan 1 op 100 vrouwen wordt baarmoederhalskanker gediagnosticeerd voor ze de leeftijd van 74 jaar bereikt hebben. 3 op 10 van de vrouwen met baarmoederhalskanker in Vlaanderen sterft eraan (mortaliteitsincidentieratio). In 2007 is een Vlaamse werkgroep baarmoederhalskanker opgericht die de opdracht heeft gekregen een advies te formuleren over twee deelthema's:</p> <ul style="list-style-type: none">- de effecten en kosten/baten analyse van een veralgemeende vaccinatie tegen bepaalde stammen van het Humaan Papilloma virus bij meisjes van 10 tot en met	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p><u>Bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker</u> De Vrouwenraad vraagt dat de Vlaamse overheid net zoals voor borstkanker ook een bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker opstart. De registratie per provincie moet op elkaar afgestemd worden.</p> <p><u>Preventie en info op maat van lesbiennes</u></p>

<p>13 jaar (advies afgerond)</p> <ul style="list-style-type: none"> - de optimalisering van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker door het vermijden van over- en onderconsumptie (nog geen advies) <p>De Vrouwenraad is vertegenwoordigd in deze werkgroep.</p> <p>De Vlaamse regering wil vanaf 2010 systematisch alle meisjes van 12 jaar gratis vaccineren tegen het humaan papillomavirus HPV). Het HPV-vaccin zou 70% van de baarmoederhalskankers kunnen voorkomen. Momenteel wordt dit vaccin gedeeltelijk terugbetaald door het Riziv voor meisjes van 12 tot 18 jaar. Met de gratis systematische vaccinaties in de school via de Centra voor Leerlingenbegeleiding en door huisartsen, wil men alle jonge meisjes kunnen vaccineren.</p> <p>Tegelijk zullen de screeningsprogramma's om baarmoederhalskanker vroegtijdig op te sporen, worden verbeterd en versterkt. Bedoeling is dat alle vrouwen tussen 25 en 64 eens om de 3 jaar een uitstrijkje laten nemen.</p> <p>Bron: Nieuwsbrief Sensoa</p>	<p>Omdat ze eerder zelden voorbehoedsmiddelen gebruiken, gaan lesbiennes minder vaak naar de gynaecoloog. Daardoor ondergaan ze minder vaak een opsporingsonderzoek. Lesbiennes moeten daarom aangespoord worden om vaker naar de gynaecoloog te gaan.</p> <p><u>Preventie en info op maat van allochtone vrouwen</u></p> <p>Bij allochtone vrouwen is er vaak onduidelijkheid over de plaats waar het vaccin wordt toegediend. Het vaccin wordt via de arm toegediend en niet via de vagina. Er wordt ook gedacht dat de toediening van het vaccin een vrijegeleide is voor seks en dat roept weerstand op bij allochtone gezinnen. Daarom vinden vele allochtonen dat 12 jaar te vroeg is.</p> <p>Er zijn bovendien allochtone en autochtone huisartsen die de toediening van het vaccin afraden zolang het meisje nog maagd is.</p> <p><u>Preventie en info op maat van vrouwen in armoede</u> Idem borstkanker</p>
<p><u>Darmkanker</u></p> <p>Er loopt een proefproject darmkankerpreventie om de haalbaarheid van de opsporing van dikkedarmkanker te onderzoeken.</p>	
<p><u>Prostaatcancer</u></p> <p>Een Europese studie moet uitsluitsel geven over de wenselijkheid van een screening naar prostaatcancer. De resultaten worden in 2009 verwacht.</p>	
<p><u>Huidkanker</u></p> <p>Jaarlijks wordt in Vlaanderen bij 800 mensen huidkanker vastgesteld. Eén op vijf personen overlijdt eraan.</p> <p>In 2008 is een werkgroep huidkanker opgestart, belast met het uitwerken van concrete voorstellen voor een Vlaams preventief beleid.</p> <p>Roseeuw Diane VUB</p>	
<p>Osteoporose</p>	
<p>De terugbetaling inzake de meting van de botdensiteit is afgeschaft.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Overleg tussen Vlaanderen en de federale overheid om de terugbetaling opnieuw in te voeren zoals voorheen.</p>
<p>Vaccinatiebeleid</p>	
<p>Volgens een studie in opdracht van de Vlaamse overheid, uitgevoerd door drie universiteiten bij jonge kinderen en adolescenten vaccineert Vlaanderen</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p>

<p>plichtsgetrouw. Toch zijn een aantal kinderen onvoldoende gevaccineerd. Tot de risicofactoren behoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. de hoofdvaccinator: als deze de huisarts is of in mindere mate de pediater (wanneer kinderen vaak ziek zijn en zo hun dosissen missen) 5. probleemgezinnen: aanwezigheid van slechts één ouder, de rangorde naar geboortedatum (hoe meer oudere kinderen er zijn, hoe meer kans dat het jongste zijn vaccinaties niet of laattijdig krijgt), een jongere moeder, een niet-Belgische moeder. <p>Bron: De Huisarts, 26 maart 2009; http://www.zorg-en-gezondheid.be/subMenuTabulation.aspx?id=17336</p>	<p>Een betere opvolging van de aanbevolen vaccinatiekalender (aanbevolen leeftijd voor toediening) en de aangetoonde risicofactoren voor onvolledige vaccinatie op de leeftijd van 18 maanden (niet-Belgische of jongere moeder, het jongste kind in een gezin met meerdere kinderen) zijn aandachtspunten voor de toekomst.</p> <p>Voor 23% van de jongeren ontbreken vaccinatiegegevens. Vaccinnet, ontwikkeld door Kind en Gezin, kan dat op termijn oplossen.</p> <p>Er moet rekening gehouden worden met de mogelijke negatieve effecten van vaccinatie en daarom moeten lange termijn follow-up studies worden uitgevoerd, indien relevant met aandacht voor genderverschillen.</p> <p>Wat systematische vaccinatie van jonge meisjes tegen baarmoederhalskanker betreft: 5.000.000 vrouwen vaccineren met eventuele negatieve gevolgen – om een deel van de 700 gevallen kanker (komende uit een risicogroep) te vermijden die wel zouden tijdig gediagnosticeerd zijn mits 3 jaarlijkse baarmoederhalsuitstrijkje.</p> <p>Er moet rekening gehouden worden met de risicofactoren en preventie gevoerd worden op dat niveau.</p>
<p>Valpreventie bij ouderen</p>	
<p>Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KUL is in mei 2007 gestart met de implementatie van de uniforme methodiek voor valpreventie bij thuiswonende ouderen met een verhoogd valrisico. In 2007 heeft de overheid een folder voor professionelen en ouderen en een train-de-trainerspakket ontwikkeld. Vanaf 2008 is er overal in Vlaanderen een opleiding van valpreventietrainers gestart.</p>	
<p>Seksuele gezondheid</p>	
<p>Het beleid is gericht op specifieke doelgroepen en op de globale bevolking, zowel volwassenen als jongeren.</p> <p>Er zijn convenanten afgesloten met Sensoa, Gh@pro, Pasop, Domus Medica.</p> <p><u>Veilig vrijen</u> Nauwelijks iets meer dan de helft van de Belgen met een risico op een SOA gebruikt een condoom. Vlaamse jongeren tussen 15 en 17 jaar vrijen veiliger dan 10 jaar geleden (bijna 11% onder hen gebruikt vandaag nooit een condoom). Ondanks de</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toegankelijkheid van kwalitatieve zorg voor alle meisjes en vrouwen waarborgen. - De economische crisis mag geen voorwendsel zijn om investeringen in seksuele gezondheid van meisjes en vrouwen terug te schroeven. <p>Blijvende verspreiding info over anticonceptie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gezien de toename van het aantal abortussen sinds 1993 en het feit dat de gemiddelde leeftijd op 27,4 jaar ligt in België wat met zich meebrengt dat

preventie-inspanningen is het aantal HIV-besmettingen de laatste 5 jaar gestegen. 3 op de 4 jongeren weten niet hoe ze besmet kunnen worden. Bron SSV, 2009.

De redenen waarom anticonceptie faalt zijn vooral: verkeerde informatie, de hoge kostprijs (is al wat aangepast), het eerste seksueel contact dat meestal onbeschermd gebeurt en vooral vergetelheid

Bron: Artsenkrant, 3 april 2009

Vrouwelijke genitale verminking (VGV)

Komt in de marge aan bod bij Sensoa en Kind & Gezin

niet enkel de tieners moeten geïnformeerd worden; er zijn ook extra inspanningen nodig naar allochtone meisjes en vrouwen

- in het kader van seksueel overdraagbare aandoeningen en vooral HIV/AIDS.

Naast blijvende informatie over anticonceptie ook meer informatie over **fertiliteit en bevallen, infertiliteit, MBV, donatie en andere**: uit wat volgt is duidelijk dat de vrouw steeds meer afhankelijk wordt en “de beste klant” is van een bloeiende medische activiteit

- zie Vrouwenraadaanbevelingen “Eicellen groeien niet aan de bomen”
- gezien de stijgende “promotie” van eiceldonatie wereldwijd maar ook in België (zie brochure 2009 van UZ Gent bestemd voor wachtkamers huisartsen)
- gezien het stijgend aantal zwangerschappen met medisch begeleide voortplanting (MBV) (5,4 % van alle zwangerschappen)
- gezien het stijgend aantal zwangerschappen bij vrouwen van meer dan 40 jaar
- gezien het stijgend aantal tweelingen ten gevolge van MBV: 1251 in 2008: een record!
- gezien het stijgend aantal keizersneden 19.5 % van alle zwangerschappen in 2008
- epidurale verdoving bij 67.4 % van de bevallingen
- slechts 6% van de vrouwen heeft een natuurlijke bevalling
- al bij al: “Technologie dominant” en “IVF meer populair dan ooit”
- geen enkele vrouw gestorven tijdens bevalling

Bron: Artsenkrant vrijdag 19 juni 2009 en rapport van Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie 2008)

- vormingsessies voor schoolartsen (CLB), huisartsen en Kind en Gezin die genitaal onderzoek moeten doen (vaststellen van de verschillende types van VGV, vooral type I en II);
- detectie in een ruimer kader van seksueel misbruik plaatsen zodat er geen discriminatie kan plaatsvinden op het vlak van religie, levensbeschouwing, ras, sekse of op welke grond dan ook;
- vormingssessies voor gynaecologen;
- ontwikkelen van een protocol voor vertrouwensartsen mbt bescherming van

<p><u>Genitale praktijken bij ons</u></p>	<ul style="list-style-type: none">- meisjes “at risk” (detecteren van risico; doorverwijzing; wetgevend kader);- aandacht voor VGV in de opleiding van professionelen in de gezondheidszorg;- de opvolging van de nationale GAMS-campagne ‘Geen besnijdenis van mijn dochter/vriendin/zus’ en middelen voor evaluatie van de campagne op Vlaams niveau.- samen met allochtone vrouwenverenigingen mogelijke slachtoffers informeren over vormen, gevolgen en wettelijk kader rond VGV;- aandacht voor VGV en wetgeving in cursus maatschappelijke oriëntering in het inburgeringstraject voor nieuwkomers <p>De Vrouwenraad bedenkt</p> <p>De 'genital practices' nemen in de EU toe: geen schaamhaar, Brazilian wax, een schaamhaarkleuring, piercings en tattoos, enz... Genital well-being is overgewaaid vanuit de States. Het laatste nieuwe is de 'Lightening gel for sensitive areas', de uitkomst voor het veilig, effectief en natuurlijk bleken van de huid, speciaal ontwikkeld voor het gebruik op de gevoelige huid zoals de anus, de schaamstreek, de oksels, het gezicht en andere delen van het lichaam, aldus de reclame (zie: http://www.verjonging.nl/Huidverzorging/Lightening-gel-for-sensitive-areas.html)</p> <p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Dat de overheid, eventueel via intermediairen/vrouwenverenigingen, informatie en vorming voorziet over mogelijke gevaren van nieuwe genitale praktijken en cosmetische chirurgische ingrepen. Zij worden voor niet-medische redenen, onder druk van de media of zogenaamd nieuwe ‘vrouwelijke schoonheidsidealen’ (schaamlip-correcties, versmallen van de vagina, ...) gepropageerd.</p>
---	--

<p>HIV/AIDS Sensoa publiceerde een Factsheet over HIV-AIDS³. In deze factsheet ziet men duidelijk de evolutie in België, bij vrouwen en mannen.</p> <p>HIV-besmettingen en AIDS waren oorspronkelijk acute aandoeningen. Door de evolutie in de ontwikkeling van geneesmiddelen zijn ze in de westerse wereld een chronische aandoening geworden. Vanaf 1986 tot 31 december 2007 noteerde België 21.138 personen met een HIV-besmetting en 3.769 AIDS-patiënten. Besmetting komt 1,6 maal meer voor bij mannen dan bij vrouwen. De sterkst vertegenwoordigde leeftijdsgroep op het ogenblik van de diagnose is 30 tot 34 jaar bij mannen en 25 tot 29 jaar bij vrouwen. De evolutie van het aantal HIV-infecties kent een grillig verloop. Na 2000 is er geen daling meer van het aantal nieuwe gevallen. Besmettingen gebeuren voor een groot deel via heteroseksueel contact.</p> <p>De AIDS-problematiek en gender staat op de agenda van de Commissie over de Status van de Vrouw (CSW) van de Verenigde Naties in 2009.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Gendergevoelige aandacht voor (mogelijke feminisering van) HIV/AIDS in Vlaanderen.</p>
<p>Gezonde voeding</p> <p>Vlaanderen promoot de gezondheidsdriehoek. Zie: http://www.vig.be/content.asp?nav=themas_voeding&selnav=205</p> <p>Naast de algemene gezondheidsdriehoek is er ook een voor de Turkse Gemeenschap, de Marokkaanse gemeenschap en voor diabetespatiënten.</p> <p>Het eetpatroon van de Vlamingen wijkt echter sterk af van de aanbevelingen uit de actieve voedingsdriehoek. (SSV, 2009)</p> <p>Door verschillende campagnes weten mensen in armoede wat gezonde voeding is. Ze botsen echter op een aantal structurele hindernissen (financiële, materiële, sociale) zodat ze die kennis niet in de praktijk kunnen toepassen. Sensibiliseren moet gebeuren door mensen in armoede zelf. Dergelijke doe-processen blijken doeltreffender te zijn</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Naast de bestaande voedingsdriehoeken, caloriewijzers, e.d. is er nood aan een volledig didactisch programma, in verschillende fasen en op langere termijn waarmee vaardigheden kunnen aangeleerd worden aan verschillende aandachtsgroepen, bv. 'gezonde' infosessies die aanleunen bij voedingspatronen van allochtone gemeenschappen. Dit programma is tegelijk ook gericht op de preventie van diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none">- gezond eten met een beperkt budget;- middelen voor vrouwenorganisaties die focussen op de sensibilisering m.b.t. gezonde voeding voor kwetsbare doelgroepen (kansarme of alleenstaande vrouwen met of zonder kinderen, allochtone vrouwen of meervoudig kwetsbare vrouwen). <p>Professionele ondersteuning van doe-processen (leer- en vormingsproces) vanuit de leefwereld van mensen in armoede over gezonde voeding en beweging. Hiervoor is ook samenwerking nodig met partners uit het gezondheids-</p>

³ http://www.sensoa.be/pdf/hiv/duiding_hiv_cijfers_2006.pdf

<p>dan grote infocampagnes.</p> <p>Mensen in armoede en organisaties met aandacht voor mensen in armoede doen regelmatig een beroep op voedselbanken en voedselbedeling. De vraag is of dergelijke initiatieven in de caritatieve sfeer de beste oplossing bieden?</p>	<p>welzijnsveld en is een rol weggelegd voor de lokale overheid en de lokaal sociale beleidsplannen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen <p>Een structurele aanpak om voedselbanken en -pakketten overbodig te maken dringt zich op. Een sociaal kruidenierssysteem biedt een antwoord op de vraag naar menswaardige voedselbedeling. Dit mag niet leiden tot winkels 'voor de rijken' en winkels 'voor de armen'. Bijgevolg moeten afspraken gemaakt worden met de voedingsindustrie voor verminderde prijzen, en naar verdeling toe in de landelijke gebieden. Verder kunnen lokale initiatieven zoals de sociale kruideniers gesubsidieerd worden. Meer sociale restaurants en coöperatieven van mensen in armoede zijn ook waardevolle instrumenten voor het toegankelijk maken van gezonde voeding.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen
<p>Beweging</p> <p>Amper 1 op 2 jongens en 1 op 3 meisjes tussen 11 en 17 jaar halen de aanbeveling van 5 keer 1 uur beweging per week. De fysieke fitheid van jongeren gaat erop achteruit. Zowel bij jongens als bij meisjes is er een significante stijging van het onderhuids vetgehalte. Vrouwen bewegen minder dan mannen en ouderen minder dan jongeren. Personen met een lager opleidingsniveau bewegen minder in hun vrije tijd. 32% van de Vlamingen kampt met overgewicht (BMI>25) en 11% heeft obesitas. Overgewicht komt meer voor bij lager opgeleiden. Er is een stijgende trend in alle leeftijdsgroepen. Bron: SVV, 2009.</p> <p>Er zijn socio-culturele vrouwenorganisaties die jaarlijks duizenden uren beweging voor vrouwen in hun afdelingen verzorgen en daarvoor geen enkele subsidies van de overheid krijgen. Toch slagen deze vrouwenorganisaties erin om vele vrouwen op een laagdrempelige manier in beweging te krijgen.</p> <p>De Vlaamse Ouderenraad stelt vast dat het actuele sportbeleid en gezondheidsbeleid niet voldoende op elkaar zijn afgestemd. http://www.vlaamse-ouderenraad.be/file?file=3824</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Middelen voor de bevordering van initiatieven inzake sport en beweging voor meisjes en vrouwen, vermits ze minder bewegen en aan sport doen dan jongens en mannen en meer vrouwen dan mannen een BMI boven 25 hebben.</p> <p>Financiële middelen voor socioculturele vrouwenorganisaties en allochtone vrouwenorganisaties voor initiatieven m.b.t. bewegen/sport, bv. ook meer fietsprojecten voor allochtone vrouwen.</p> <p>Sensibilisering van niet fysiek actieve ouderen en hun sociale omgeving inzake het belang van bewegen. Het bestaande bewegingsaanbod voor ouderen moet behouden blijven. Projecten om ouderen tot bewegen aan te zetten moeten verankerd worden in het aanbod van ouderenorganisaties of sportorganisaties. Projecten om zorgbehoevende ouderen en bewoners van woonzorgcentra tot</p>

	bewegen aan te zetten moeten aangemoedigd en uitgebouwd worden.
Gezondheid en milieu	
<p><u>Biomonitoring</u> Het Vlaams humaan biomonitoringprogramma (VHBP) is een meetnetwerk van milieupolluenten in de mens. De metingen van het eerste programma 2001-2006 zijn afgerond. Het tweede programma loopt van 2007-2011. De Vlaamse regering heeft zich ge-engageerd om via een faseplan haar beleid aan te passen als biomonitoringresultaten de noodzaak daartoe aantonen. Eerst is de pesticidenproblematiek geëvalueerd naar volksgezondheidskundige ernst en voorkombare oorzaken. De actie "zonder is gezonder" is daaruit voortgevloeid. Daarna is het faseplan voor DDE (dichlorodifenyldichloroetheen, een derivaat van DDT gestart).</p>	Zie o.a. Vrouwenraadaanbevelingen m.b.t. borstkanker en de link met cosmetica/milieu.
Curatieve gezondheidszorg	
Gezondheidstoestand Vlamingen	
<p><u>Langdurige aandoeningen</u> Inzake langdurige aandoeningen verklaarde 21% van de Vlamingen in 2004 minstens één langdurige aandoening te hebben. Dat is een daling in vergelijking met de gezondheidsenquête van 1997. Er is een duidelijk verband tussen morbiditeit en leeftijd (hoger bij oudere mensen), ook het opleidingsniveau speelt een rol (hoger bij mensen met een lager opleidingsniveau). Tussen mannen en vrouwen bestaan geen significante verschillen. De twee meest voorkomende langdurige aandoeningen zijn hetzelfde voor beide geslachten: allergie en hoge bloeddruk. (SSV, 2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Op basis van de bevindingen van dokter Carole Sereni, Chef du Service de neurologie de l'hôpital Léopold Bellan in Parijs, trekken wij deze conclusies in twijfel.⁴ <p><u>Mortaliteit</u> In 2006 stierven 3 op de 4 Vlamingen aan kanker, hart- en vaatziekten of ademhalingsziekten. De uitsplitsing naar geslacht en leeftijd toont dat verkeersongevallen een belangrijke rol spelen bij de 10 tot 24-jarigen. Bij de 25-39-</p>	<p>4. Meer aandacht voor de gezondheid in leef- en werkomgeving Het ziekte- en sterfpatroon wordt in zeer grote mate bepaald door sociale, culturele en economische factoren. De Vlaamse gezondheidszorg moet daarom een evenwichtige balans vinden tussen het verder uitbouwen van kwaliteitsvolle en voor iedereen toegankelijke gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, het verbeteren van de algemene leef-, woon- en werkomgeving en het ingrijpen in factoren die een gezond leven van burgers hypothekeren.</p>

⁴ Carole Sereni en Daniel Sereni, On ne soigne pas les femmes comme les hommes, Odile Jacob, 2002

<p>jarigen is zelfdoding de voornaamste doodsoorzaak. Bij vrouwen van 40 tot 69 jaar is borstkanker de belangrijkste doodsoorzaak en longkanker is de grootste 'killer' bij mannen van 50 tot 74 jaar. (SVV, 2009)</p>	
<p>Weesziekten</p>	
<p>Dit zijn zeldzame aandoeningen die bij minder dan 5 op 10.000 personen voorkomen. Er is geen nationaal actieplan, er zijn geen beleidsrichtlijnen. Federaal gaat het over de terugbetaling van geneesmiddelen. In Vlaanderen gaat het over concrete noden van patiënten.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Zie memorandum Vlaams Patiëntenplatform http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,cat_view/Itemid,/gid,33/orderby,dmdate_published/ascdesc,DESC/</p> <ul style="list-style-type: none"> - specifieke opleidingen voor zorgverstrekkers om zeldzame aandoeningen beter en sneller te herkennen; nagaan of de genderinvalshoek relevant is; - nagaan of het neonataal screeningsaanbod nog kan uitgebreid worden (hielprik screent in Vlaanderen naar 11 aandoeningen; ziekenhuizen kunnen zelf bepalen of er nog naar andere aandoeningen gescreend wordt; in Nederland wordt naar meer aandoeningen gescreend); - registratie van weesziekten, rekening houdend met variabelen geslacht, leeftijdsgroep, origine,...
<p>Mensen met een chronische ziekte en werkgelegenheid</p>	
	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Zie memorandum Vlaams Patiëntenplatform http://www.vlaamspatientenplatform.be/www/component/option,com_docman/task,cat_view/Itemid,/gid,33/orderby,dmdate_published/ascdesc,DESC/</p> <ul style="list-style-type: none"> - een duidelijk gedefinieerde doelgroep en een goede monitoring van het beleid; er is nu een grote verwarring over het begrip arbeidshandicap; doelgroepverruiming voor personen die in aanmerking komen voor ondersteuning (BTOM's of bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen); - inclusieve arbeidsmarkt: ondersteuning bij het vinden en uitoefenen van werk (in kader van gelijke kansen op arbeidsmarkt en in de sociale economie); - wegwerpen van inactiviteitsvallen (die grotendeels onder Federale bevoegdheid vallen/financiële onzekerheden die vaak drempels vormen) en Vlaamse overheid kan hier informeren en sensibiliseren. -

Eerstelijnsgezondheidszorg	
<p>Het Vlaams concept gaat uit van het model dat de WHO ontwikkelde voor de organisatie van zorg (Innovative Care for Chronic Conditions). Dit model gaat uit van een zorgorganisatie op 3 niveaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - microniveau dicht bij gebruiker en mantelzorger: hier situeren zich de lokale zorgaanbieders, bij een complexe zorgvraag kan een multidisciplinaire samenwerking opgestart worden; - mesoniveau waar het zorgaanbod gestructureerd wordt: SEL's (samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg); - macroniveau waar het globale gezondheidsbeleid bepaald wordt: Vlaamse werkgroepen en Steunpunt beleidsgericht onderzoek zorgen voor wetenschappelijk onderbouwde en door het werkveld gedragen beleidsaanbevelingen 	
Geestelijke gezondheidszorg	
<p><u>Cijfers</u> Cijfers over het gebruik van diverse vormen van geestelijke gezondheid zijn onvolledig en niet up-to-date. Van de personen die psychische hulp zoeken, gaat 41% naar de huisarts, 18% naar de psycholoog, 12,8% naar de psychiater en 25,9% naar huisarts en psychiater. 34,9% neemt medicatie en 26,9 een psychologische behandeling en 13,8% beide. Voornamelijk laaggeschoolden en personen met een lager inkomen wenden zich tot de huisarts. Vooral jonge mannen, jongeren, ouderen en werklozen raadplegen minder snel professionele zorgverleners. Ook allochtonen brengen hun huisarts niet vlug op de hoogte van psychische klachten.</p> <p>Het WIV becijferde dat 8% van de Belgen ouder dan 15 jaar met depressieve gevoelens te kampen heeft. België behoort tot de middenmoot in Europa met angst en stemmingsstoornissen als meest voorkomende klachten. Er is een opwaartse trend wat betreft depressieve klachten, zowel bij mannen als bij vrouwen. Mogelijke oorzaken zijn de vergrijzing en de oververtegenwoordiging van vrouwen in de oudste leeftijdscategorieën, de toegenomen stress en de stijgende druk om combinatie arbeid en gezin. Tegelijkertijd vermindert de draagkracht om zich aan deze stressfactoren aan te passen, o.a. door gewijzigde gezinsstructuren, ongezonde levensstijl, verandering van sociale rollen. Er zijn risicofactoren/groepen: geslacht, sociaaleconomische status, (hogere) leeftijd, etniciteit, burgerlijke staat (eenzaamheid) en woonplaats hebben een invloed. Vooral</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Cijfers v/m over het gebruik van diverse vormen van geestelijke gezondheidszorg.</p> <p>Maatregelen voor alle aandachtsgroepen, in het bijzonder voor allochtone vrouwen in een socio-economische achtergestelde situatie.</p>

<p>verschillen in geslacht: mannen hebben 2 keer meer een problematisch drinkgedrag en alcoholverslaving (10%) dan vrouwen en vrouwen vertonen meer klachten van depressiviteit dan mannen (10% tegenover 6%). Depressieve klachten komen ook vaker voor bij lager geschoolden, lager inkomen, lagere sociale ladder. Bij allochtonen en etnische minderheden liggen sociaaleconomische achterstelling en stress omwille van discriminatie, verlies van sociaal netwerk, onvervulde jobaspiraties en aanpassingsproblemen aan de basis van psychische problemen. Allochtonen van Turkse of Marokkaanse herkomst lopen meer risico op angst- en depressiesymptomen. Allochtone vrouwen zijn de kwetsbaarste groep. (SSV, 2009)</p>	
<p><u>Ambulant zorgaanbod</u> Er zijn overeenkomsten afgesloten met de 21 Centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en met het CGG Brussel. De werking is gericht op specifieke doelgroepen: kinderen, jongeren, sociaal en financieel zwakkere mensen, ouderen.</p> <p>In Vlaanderen bestaan enkele laagdrempelige projecten met betrekking tot geestelijke gezondheid en armoede (bv. Mikado in Antwerpen, samenwerking tussen De Schakel en St. Jan ziekenhuis in Brussel). Deze projecten slagen een brug tussen gezondheids- en welzijnsdiensten en de expertise van de verenigingen waar armen het woord nemen wordt erin opgenomen.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Aandacht voor het interculturele aspect bij de structurele uitbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (bijvoorbeeld de Medetfoon)</p> <p>Een structurele uitbouw van laagdrempelige initiatieven op vlak van geestelijke gezondheid en armoede en meer outreachende hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg.</p> <p>Wegwerken van de wachtlijsten vermits een toegankelijke ambulante geestelijke gezondheidszorg een belangrijke schakel is in de nazorg en een schakel in de preventie voor residentiële zorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen
<p><u>Residentieel zorgaanbod</u> De psychiatrische ziekenhuizen hebben naast hun algemeen zorgaanbod ook units voor bijzondere doelgroepen, zoals kinderen en jongeren. Andere doelgroepen zijn: project moeder-kind (postpartumdepressie); kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap.</p>	
<p><u>Preventie in de geestelijke gezondheidszorg</u> <u>Zelfdoding</u> In de EU sterven jaarlijks 18 per 100.000 mannen en 6 per 100.000 vrouwen door zelfdoding. In Vlaanderen liggen de cijfers 50% hoger dan het EU-gemiddelde. Bij mannen tussen 25 en 49 jaar en bij vrouwen tussen 25 en 39 jaar is zelfdoding de meest voorkomende doodsoorzaak. Oudere mannen in Vlaanderen (80-plus) zijn ook een belangrijke risicogroep. De zelfmoordpogingen bij mannen lukken vaker dan bij vrouwen.</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Een gendergerichte aanpak. Aandacht voor interculturele aspecten in tele-onthaal (methodiek, verschillende talen,...).</p>

<p>Op 19 juli 2007 is het Vlaams actieplan suïcidepreventie goedgekeurd met als doelstelling: de sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000.</p> <p>Het actieplan bevat 5 strategieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bevorderen van de geestelijke gezondheid; zelfbeoordelingstest VIG (Fit in je hoofd); - telezorg: online hulpverlening is uitgebreid van 1 naar 2 avonden/week; - bevorderen van deskundigheid van professionelen en optimaliseren van netwerking (o.a. is een elektronisch informatief infopakket voor huisartsen ontwikkeld); - herlanceren van aanbevelingen voor pers om uitlokken zelfdoding te vermijden; - risicogroepen: pilootproject personen met schizofrenie; gespreksgroepen voor nabestaanden door Werkgroep Verder; therapeutisch werkboek voor kinderen die iemand hebben verloren;... 	<p>Inclusiviteit in beeldvorming van allochtonen.</p>
<p>Geïntegreerde en gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg</p> <ul style="list-style-type: none"> - projecten voor mensen met een chronische en complexe problematiek met als doelstelling de ontwikkeling van zorgcircuits en -netwerken. Ze zijn onderverdeeld in projecten voor kinderen, volwassenen en ouderen. De partners zijn de CGG's, psychiatrische ziekenhuizen en de diensten in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook patiëntenorganisaties worden betrokken. - beschut wonen en psychiatrische thuiszorg. - vlaamse vereniging voor Geestelijke gezondheidszorg: wetenschappelijke ondersteuning, info en documentatie, beeldvorming; nagaan welke de resultaten zijn van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en hoe deze gemeten kunnen worden. - Trefpunt Zelfhulp: steun aan patiëntenverenigingen; - vermaatschappelijking van de zorg: projecten inzake destigmatisering, bv. project Te Gek!? - forensische psychiatrie: jeugddelinquentie: samenwerking met federale overheid; volwassen geïnterneerden: structurele verankering van zorgcircuits. 	<p>3. Sterkere impulsen voor de geestelijke gezondheidszorg</p> <p>De zeer hoge zelfdodingscijfers, het groeiend aantal depressies, toenemend psychofarmaciegebruik en steeds meer gedwongen opnamen illustreren de steile opmars van milde en ernstige psychische problemen. Daarom heeft Vlaanderen nood aan een kwantitatief en kwalitatief betere geestelijke gezondheidszorg. Dat heeft vele dimensies: een aanbod in functie van behoeften, een doorgedreven de-institutionalisering, een beter evenwicht tussen farmacologische en psychotherapeutische interventies, meer aandacht voor persoonlijk herstel en maatschappelijke rehabilitatie. Essentieel daarbij is de samenwerking met en de integratie in de eerstelijnszorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanvulling Vrouwenraad: aandacht voor seksespecifieke aspecten
<p>Handicap en functiebeperking</p> <p>Bij 5% van de Vlamingen ouder dan 15 jaar brengen handicap en functiebeperking belangrijke mobiliteitsbeperkingen met zich mee.</p> <p>Het aantal zware verstandelijke beperkingen wordt geraamd op 20.000. Er zouden 2 tot</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Een strategisch plan voor de zorg van personen met een handicap.</p>

<p>3 keer meer mensen zijn met een lichtere verstandelijke handicap. Meestal zijn beperkingen als gevolg van handicaps en langdurige aandoeningen uitgesproken bij vrouwen dan bij mannen. Ook oudere leeftijd speelt een rol, vooral vanaf 55 jaar. Het opleidingsniveau heeft ook een significante invloed.</p>	<p>(zie actiefiches 14 en 16 in het document van de Vlaamse overheid, Bijdrage Vlaamse administratie aan het regeerprogramma van de aantredende regering. Beleidspecifieke bijdrage. Deel 3.7. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, mei 2009; http://www.vlaanderen.be/w3vlaanderen/Bijdrageregeerakkoord2009/37WVG.pdf)</p> <p>Realisatie van het streefcijfer van de Vlaamse overheid (gelijke kansen- en diversiteitsbeleid) met betrekking tot tewerkstelling.</p>
<p>Vlaamse zorgverzekering</p>	
<p>De Vlaamse zorgverzekering biedt een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg. Vlamingen moeten zich aansluiten bij een zorgkas en een jaarlijkse bijdrage betalen (25 euro vanaf 26 jaar; in sommige gevallen 10 euro). Zorgbehoevenden kunnen een uitkering bekomen voor thuiszorg of residentiële zorg.</p> <p>Mensen in armoede hebben het vaak moeilijk om deze bijdrage te betalen en bij niet-betaling worden ze het slachtoffer van hoge geldboetes.</p> <p>Aandachtspunten vanuit de overheid zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - optimale toegankelijkheid en rechtsverkrijging - voorbereiding maximumfactuur voor zorg 	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>De mogelijkheid te onderzoeken de bijdrage voor de zorgverzekering via algemene Vlaamse middelen te regelen.</p> <p>Een maximumfactuur voor niet-medische zorgen met gedifferentieerde tegemoetkomingen.</p>
<p>Zorgaanbod</p>	
<p>Het zorgaanbod heeft de laatste 30 jaar een expansie en differentiatie gekend. Er is een verschuiving bezig van de extramurale zorg (huisarts) en de intramurale zorg (ziekenhuis) naar een zorgcontinuüm waar voorzieningen bij elkaar aansluiten. Thuisverpleging zit in de lift. Hetzelfde heeft zich voorgedaan bij de geestelijke gezondheidszorg. Ook bij de ouderenzorg is er een evolutie: van het rusthuis als gezinsvervangende omgeving naar rust- en verzorgingstehuizen met een sterke klemtoon op de verzorging, vervolgens het ontstaan van woon- en zorgcentra met een autonomiebevorderend evenwicht tussen wonen en zorg krijgen. Het intramurale domein zoekt steeds aansluiting bij het extramurale en bij het transmurale (= zorg die in principe in een ziekenhuis of thuis kan gegeven worden maar waarvoor kleine tussenoplossingen</p>	<p>1. Simultane en gecoördineerde acties voor de opvang van de vergrijzing: op verschillende beleidsdomeinen: meer werkgelegenheid, betere ondersteuning van de gezinnen, immigratie en integratie van allochtonen, verhoging van de economische productiviteit, gezonde publieke financiën.</p> <p>6. Uitbouw van dwarsverbindingen tussen intramurale en ambulante zorg Met betere diagnostische en therapeutische inzichten bracht de toename van chronische ziekten een proces van vraaggestuurde, continue en flexibele zorgtrajecten op gang. Het adagio is zorg op maat voor specifieke doelgroepen geworden. De uitdaging is om deze flexibele trajecten niet enkel binnen het intramurale of extramurale domein op te zetten maar ook via de transmurale</p>

<p>gezocht worden zoals dag- en nachtopvang, kortverblijf buitenhuis, lokale dienstencentra, serviceflats, dagkliniek, nachthotel).</p> <p><u>Vlaanderen in Actie VIA - pact 2020</u> http://www.vlaandereninactie.be/nlapps/docs/default.asp?id=417</p> <p>Domein Levenskwaliteit van hoog niveau: Doelstelling 12 Zorg</p> <ul style="list-style-type: none">- In 2020 voorziet Vlaanderen in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.- Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan in 2020 efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.- Eerstelijnszorg- en thuiszorg zijn in 2020 versterkt.- Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.- In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er in 2020 voldoende aanbod gecreëerd.- Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden in 2020 formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.	<p>zorg systematisch op elkaar te doen inspelen en te integreren. De aanpak van palliatieve zorg is daarvan een goed voorbeeld.</p> <p>Het zorgaanbod in functie van een betere gezondheidszorg zowel intramuraal en extramuraal moet inspelen en afgestemd worden op de toenemende vraag van vrouwen en mannen en dit in een multiculturele samenleving met aandacht voor gender in combinatie met interculturele accenten. Deze gender/intersectorale benadering moet toegepast worden op de eerste zes punten van Doelstelling 12.</p> <ul style="list-style-type: none">- Bij het eerste puntje moet het begrip toegankelijkheid in de meest brede zin, nl. voor alle aandachtsgroepen (vrouwen, allochtone vrouwen, vrouwen met een handicap of functiebeperking, vrouwen beperkt door hun seksuele voorkeur of transgenderidentiteit).- Bij het tweede puntje: de kwaliteit van een multiculturele gebruiker m/v staat centraal in het volledig hulp- en zorgcontinuüm tegen 2020 door een intercultureel, seksespecifiek en genderaanbod.- Derde punt: dezelfde bedenking als bij punt 2 maar dan voor de uitbouw van de eerstelijnszorg in al haar facetten.- Vierde punt: idem punt 2 en 3- Vijfde punt: voldoende aanbod op maat van interculturele noden op basis van sociaaldemografische ontwikkelingen in Vlaanderen.- Zesde punt: zie Vrouwenraadaanbevelingen/memorandum Kinderopvang 2009
<p><u>Betaalbaarheid</u></p> <p>We geven steeds meer geld uit voor gezondheid en gezondheidszorg: 8,2 % van het BNP in 1995 naar 9,5% in 2006. De overheidsuitgaven voor gezondheidszorg daalden in die periode van 79% naar 71,1% en de private uitgaven namen toe van 21% naar 28,9%. De Vlaming moet dus steeds meer uitgeven voor zijn gezondheidszorg. Een aantal Vlamingen hebben betaalproblemen, vooral inkomensarmen (56%), zieken of invaliden (63%), eenoudergezinnen (35%), alleenstaanden (26%) en allochtonen (45%). Deze categorieën scoren ook onder het gemiddelde op het vlak van aanvullende hospitalisatieverzekeringen. Steeds meer mensen moeten hun gezondheid uit- of afstellen.</p>	<p>2. Iedereen dezelfde toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg: dringend gerichte maatregelen voor kwetsbare Vlamingen die hun gezondheidszorg niet meer kunnen betalen, efficiënte toegang tot volledig zorgaanbod garanderen zonder financiële of culturele belemmeringen. Allochtonen en vooral allochtone vrouwen hebben extra aandacht nodig.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ook rekening houden met vluchtelingenvrouwen en vrouwen in een asielprocedure.

<p>(SSV, 2009)</p> <p><u>Wijkgezondheidscentra</u> In Vlaanderen zijn er 16 wijkgezondheidscentra en er gaan er nog 5 bijkomen. In Vlaanderen worden ze niet officieel erkend. Er bestaat enkel de mogelijkheid tot subsidiëring via de VIPA-regeling (bouwsubsidies).</p>	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Een Vlaamse subsidieregeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voor het opstarten van nieuwe centra, rekening houdend met blinde vlekken en de multiculturele samenleving; - voor initiatieven om artsen (50/50 v/m-verhouding) te stimuleren om in deze wijkgezondheidscentra te gaan werken; - voor de vorming van multidisciplinaire teams en bijgevolg de aanwerving van psychologen, diëtisten, interculturele medewerkers; - voor het opzetten van preventie-initiatieven in samenwerking met andere relevante actoren zoals de Logo's. <p>Een decretale erkenning van de wijkgezondheidscentra.</p> <p>Onderzoek naar methodieken voor wijkgezondheidscentra in niet-stedelijke gebieden.</p> <p>➤ Geïnspireerd op het memorandum Vlaamse verkiezingen 2009 Gezondheid van het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen</p>
<p><u>Kwaliteit</u> In België en in Vlaanderen ontbreken objectieve indicatoren over de kwaliteit van de zorgverlening. De Euro Health Consumer Index 2008 plaatst België op de 12^{de} plaats van 27 EU-landen (daling van 8 plaatsen t.o.v. 2005). Deze index bevat 6 kernindicatoren: patiëntenrechten en info, e-health, wachttijden, resultaten, reikwijdte van aangeboden diensten en geneesmiddelen. We scoren vooral slecht op kwaliteit van de zorgverlening, bv. ziekenhuisinfecties, management van diabetespatiënten, hoge zelfdodingsratio's. (SSV, 2009)</p> <p><u>Vlaanderen in Actie VIA - pact 2020</u> http://www.vlaandereninactie.be/nlapps/docs/default.asp?id=417</p> <p>Domein Levenskwaliteit van hoog niveau: Doelstelling 17 Gezondheidsbevordering</p> <ul style="list-style-type: none"> - In 2020 scoort Vlaanderen op diverse aspecten van de levenskwaliteit bij de 	

<p>hoogste van Europa. Dat blijkt uit een hoog geluksgevoel bij de bevolking, een hoge globale tevredenheid met de eigen leefsituatie, de levensstandaard en langer leven in goede gezondheid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiertoe voert Vlaanderen in 2020 een inclusief beleid dat transversaal doorheen de verschillende beleidsdomeinen wordt uitgebouwd, in het bijzonder in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg. - Mede door ziektepreventie daalt de vermijdbare sterfte tot 35% door de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, o.a. door een terugval van het aantal zelfdodingen. 	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Met aandacht voor gender en allochtone vrouwen, intersectionele discriminatiegronden.</p>
<p><u>Gebruik van geneesmiddelen</u></p> <p>In 2006 waren de toppers volgens het RIZIV geneesmiddelen tegen hart- en vaatlijden en tegen hoge bloeddruk, antidepressiva, psychotrope geneesmiddelen, middelen tegen maagzweer, maagzuur, darmproblemen, diabetes. Er is een toename van middelen tegen een hoog cholesterolgehalte in het bloed. Middelen tegen dementie en ADHD zitten in de lift.</p> <p>Er is een verschillend gebruik tussen mannen en vrouwen en naargelang de leeftijd en opleidingsniveau. In Vlaanderen gebruiken meer vrouwen dan mannen geneesmiddelen. Vrouwen hebben een hoger verbruik van pijnstillers, slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva. Ook contraceptiva verhogen de verbruikcijfers bij vrouwen. Mannen nemen meer cardiovasculaire geneesmiddelen en producten tegen astma. Kinderen nemen vooral geneesmiddelen tegen aandoeningen van de luchtwegen. Jongeren gebruiken anticonceptiemiddelen, middelen tegen acne en ADHD.</p> <p>Laaggeschoolden nemen aanzienlijk meer geneesmiddelen dan hogeropgeleiden. Volgens de apothekers zijn overconsumptie en misbruik het grootst bij pijnstillers, koortswerende middelen, slaapmiddelen en kalmeer middelen.</p> <p>Soms is er sprake van onderconsumptie, bv. wanneer een ziekte niet of te laat wordt vastgesteld zoals diabetes of wanneer bepaalde geneesmiddelen niet bereikbaar zijn voor financieel kwetsbare groepen. (SSV 2009)</p> <p>Artsen hebben een ander voorschrijfgedrag ten opzichte van vrouwen en mannen. Bovendien zijn er ook verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen.</p>	<p>9. Dialoog met alle betrokkenen over het geneesmiddelengebruik</p> <p>Het geneesmiddelengebruik wordt beïnvloed door een aantal factoren, zoals de demografische structuur, het morbiditeitsprofiel, diverse sociaalculturele factoren, marketing en overheidsregulering. Het wordt gestuurd door een aantal actoren, zoals individuele burgers, voorschrijvende artsen, apothekers, ziekenfondsen, farmaceutische industrie en overheid. Deze complexe realiteit vereist een samenspraak van alle betrokkenen. Via een breed maatschappelijk debat zal de Vlaamse gezondheidszorg een uitspraak moeten doen over de spanningsbogen rond innovatie en toegevoegde waarde, gedeelde risico's en noden en de organisatie van maatschappelijke solidariteit.</p> <p>Bedenking Vrouwenraad</p> <p>Op basis van: http://www.raadvandegelijkekansen.be/downloads/advies91.pdf Advies nr. 91 van het bureau van de Raad van de Gelijke kansen van 21 december 2004 betreffende de pijnstillers</p> <p>Uit dit advies blijkt dat vrouwen veel meer dan mannen lijden aan pijnlijke aandoeningen en bovendien dat een zeer groot gedeelte van de vrouwen boven 65 jaar lijden aan verschillende types permanente of terugkomende pijnen. Proportioneel gezien nemen vrouwen inderdaad meer pijnstillers dan mannen. Maar wanneer de frequentie van de aandoeningen en het medicijnenverbruik dat daarmee gepaard gaat met elkaar vergeleken wordt, wijst niets erop dat vrouwen overconsumeren, in tegendeel. Dezelfde situatie doet zich voor inzake slaapmiddelen en kalmeer middelen.</p>

	<p>De Vrouwenraad vraagt</p> <p>Aandacht voor de pijnbestrijding van vrouwen, zie voetnoot 2, p. 3. Aandacht voor deze aspecten in de artsenopleidingen en in wetenschappelijke onderzoeken. Sensibilisering van artsen om rekening te houden met deze sekseverschillen en om bij vrouwen gericht naar de oorzaken van hun klachten te zoeken.</p>
<p><u>Alternatieve gezondheidszorg</u> De niet-conventionele geneeswijzen zitten sinds de laatste 30 jaar in de lift (homeopathie, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie,...). 20% van de Belgische bevolking zou nu zijn toevlucht nemen tot de alternatieve zorg. Vermits de niet-conventionele geneeswijzen heel gevarieerd zijn is het quasi onmogelijk een gebruikersprofiel te maken. De SSV 2009 onderscheidt daarom een aantal determinanten voor het gebruik van deze zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposing factors: omvatten kennis, attitudes, opvattingen, verwachtingen van personen i.v.m. ziekte, gezondheid/szorg. Ze hangen samen met sociaaldemografische determinanten zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Belgische vrouwen (23%) maken er meer gebruik van dan mannen (14%). Vrouwen richten zich meer tot homeopathie en osteopathie; voor acupunctuur zijn er geen significanten verschillen; mannen kiezen meer voor chiropraxie. Jongere mensen en personen van de middenleeftijd zijn grotere gebruikers dan ouderen. Hoger opgeleiden maken er meer gebruik van dan lager opgeleiden. - Need factors: gaat over de omschrijving van de gezondheidstoestand door de betrokken persoon. De stereotiepe hypothese dat gebruikers van niet-conventionele geneeswijzen vaker aan psychische aandoeningen lijden dan niet-gebruikers; kan tot nu toe niet hard gemaakt worden. Naarmate gebruikers meer chronische aandoeningen rapporteren, doen ze vaker een beroep op de niet-conventionele geneeswijzen. - Enabling factors: zijn de kosten van de behandeling (behandeling, verplaatsing, tijd en opschorting van werk). De Gezondheidsenquête peilt niet naar de link tussen inkomen en gebruik van niet-conventionele geneeswijzen. 	<p>7. Beter wisselwerking tussen professionele zorg en andere hulpverlening Er bestaan parallelle zorgcircuits (niet-conventionele geneeswijzen, zelfhulpgroepen) waaraan de Vlaming vaak deelneemt naast de reguliere professionele gezondheidszorg. Deze parallelle zorgcircuits leveren gezondheidswinst op. Dat is empirisch bewezen. Daarom moet de Vlaamse gezondheidszorg initiatieven overwegen om de wisselwerking en de samenwerking tussen niet-conventionele zorgcircuits en de professionele zorg te verbeteren en te ondersteunen. Een eerste aanzet daartoe is het selectief opnemen van alternatieve zorgvormen in de opleiding van professionele hulpverleners.</p>
<p>Zelfhulp en zelfhulpgroepen</p>	
<p>Het aantal zelfhulpgroepen is sterk gestegen sinds het eind van de jaren 1960. Trefpunt Zelfhulp doet sinds 1988 systematisch aan registratie en telde 184 groepen in 1988 en</p>	<p>De uitdagingen zijn dat de zelfhulpgroepen het lotgenotencontact op een</p>

<p>382 in 2008. Er bestaan diverse verklaringen voor de opkomst: ontevredenheid over het bestaande zorg- en hulpverleningsaanbod; afbrokkeling van steunsystemen zoals familie, buurt; democratiseringsgolf en bewustere opstelling van leken als deelnemers in hun eigen behandeling. De groepen zijn heterogeen: van groot en gestructureerd naar klein en informeel, soms lokaal en tijdelijk actief. Patiëntenverenigingen (rond fysieke aandoeningen) nemen de prominentste plaats in. De registratie van de contacten van Treftpunt Zelfhulp toont dat hoofdzakelijk vrouwen (75%) zelfhulpgerelateerde vragen stellen. Bij zelfhulpgroepen en hun ondersteuners leeft de indruk dat het vooral autochtone vrouwen van middelbare leeftijd zijn en uit de middenklasse. In Vlaamse zelfhulpgroepen zijn weinig allochtonen actief. Een mogelijke verklaring is dat hun sociale netwerken voldoende ondersteuning bieden. (SSV, 2009)</p>	<p>flexibele en gepersonaliseerde manier moeten organiseren. Ze moeten gate-keeper zijn in de informatiestroom, desinformatie voorkomen of bijstellen en wetenschappelijke informatie toegankelijk maken. Ze moeten reflecteren over de maatschappelijke perceptie over zelfhulp, de relatie met de professionelen en de samenwerking met onder meer ziekenhuizen, ziekenfondsen en de geneesmiddelenindustrie. (SSV, 2009)</p>
<p>Patiëntenrechten</p>	
<p>De notie <u>informed consent</u> (bekrachtiging door de patiënt van de voorgesteld diagnose en behandelingstraject) is algemeen aanvaard. Een onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform meldt dat huisartsen communicatieproblemen ervaren met allochtone (68%) en lager opgeleide patiënten (59%).</p> <p><u>Ombudsdiensten</u> De federale ombudsdienst rechten van de patiënt is gelinkt aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. In 2007 waren er 530 klachten, tweemaal zoveel als in 2005. De meeste Nederlandstalige klachten handelen over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, het recht op inzage van het medisch dossier en het recht om vrij in te stemmen met een voorgestelde behandeling.</p> <p>Sinds 2003 hebben ook algemene ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en centra voor geestelijke gezondheidszorg gratis een ombudsdienst. In 2006 waren er 6.467 Nederlandstalige klachten, ze hebben vooral te maken met kwaliteitsvolle dienstverlening, net als in de ambulante sector.</p>	<p>8. Effectieve participatie van de patiënt Er zijn dringend gepaste en effectieve kanalen nodig om het proces van de evolutie van de passieve naar de actieve patiënt te onderbouwen. Klachten, eisen, rechten en plichten moeten omgebogen worden naar dialoog, participatie en medeverantwoordelijkheid. Vlaanderen moet scenario's, methodieken en structuren ontwikkelen om een mondiger Vlaming in de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid aan het woord te brengen. Een herziening (= aangekondigd) van de wet op de patiëntenrechten kan een goede invalshoek zijn.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ook de inspraak van vrouwen, allochtone vrouwen, migrantenvrouwen, vluchtelingenvrouwen moet gegarandeerd worden.
<p>Besluitvorming/evenwichtige vertegenwoordiging v/m</p>	
<p>In 2007 voerde de Vrouwenraad een actieonderzoek naar de vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de beslissings- en adviesorganen van de gezondheids/zorg/sector</p> <p>In de bevroegde</p> <ul style="list-style-type: none"> - colleges, commissies, raden van Federale overheidsdiensten zijn vrouwen voor 	<p>De Vrouwenraad pleit voor het opnemen van het principe van de paritaire vertegenwoordiging (50%) van vrouwen en mannen. Er moeten ook omkaderende maatregelen genomen worden die leiden tot pariteit v/m.</p>

<p>23,68 % vertegenwoordigd;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vlaamse raden en werkgroepen zetelen 47,36 % vrouwen; - mutualiteiten maken 21,69 % vrouwen deel uit van de besturen - artsensyndicaten besturen 6,69 % vrouwen; - de orden van de gezondheidsberoepen zijn er 17,12% vrouwelijke bestuurders; - de Belgische beroepsgroepen en verenigingen zetelen 27,48% vrouwelijke bestuursleden in verhouding tot 50,42% vrouwelijke leden; - de Vlaamse beroepsgroepen en verenigingen zijn er 45,80% vrouwen bestuurslid en 68,40% vrouwen lid. <p>Algemeen totaal vrouwelijke bestuursleden: 27,11%</p> <p>In de sectoren die te maken hebben met de reproductieve gezondheid, verpleegkunde en psychotherapie zijn vrouwelijke bestuurders ruim in de meerderheid.</p> <p>Allochtone vrouwen en mannen zijn niet of nauwelijks vertegenwoordigd.</p>	
<p>Beeldvorming en gezondheid</p>	
<p>Studies wijzen uit dat er vooroordelen zijn vanwege de medische wereld, de media en het grote publiek ten opzichte van vrouwen en hun gezondheid. Je leest vaak "ze overdrijven", "een vrouw heeft altijd pijn, dat is normaal".</p> <p>(Bron: Carole en Daniel Sereni, On ne soigne pas les femmes comme les hommes,...)</p> <p>Ondanks de objectieve parameters en het feit dat artsen er toch van op de hoogte zijn, spelen vooroordelen hen parten met als gevolg dat de toediening van medicatie en pijnstillers niet op de specifieke gezondheidstoestand van vrouwen wordt afgestemd.</p>	<p>Wij vragen wetenschappelijk onderzoek over de situatie in Vlaanderen/België om de reproductie van stereotiepen tegen te gaan.</p>
<p>Research</p>	
	<p>Er moet met meer overtuiging geëist worden dat in research, vanaf de meest fundamentele stappen, aandacht wordt besteed aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de specifieke vrouwelijke fysiologie - de specifieke pathogenese bij vrouwen - de specifieke symptomatologie en diagnosestelling bij vrouwen - de specifieke farmacologie