

# Vrouwengezondheid begint buiten de spreekkamer

Sociale determinanten verklaren mede waarom vrouwen korter in goede gezondheid leven



**KAMG**  
Voor artsen Maatschappij + Gezondheid

# Inhoud

- + Achtergrond
- + Probleem
- + Visie
- + Aangrijpingspunten voor praktijk en beleid
- + Positionering
- + Conclusie en aanbeveling
- + Bronnen

## Achtergrond

Vrouwen leven langer dan mannen, maar ze leven wel korter in goede gezondheid. Dit is niet alleen een probleem voor de vrouwen zelf, maar ook voor de maatschappij. Als samenleving zijn we gebaat bij vrouwen met een goede fysieke, mentale en sociale gezondheid. Daarom lanceerde ZonMw recent het programma *Vrouwengezondheid*<sup>1</sup> als onderdeel van haar campagne over de maatschappelijke opgaven. In het programma wordt onder meer aandacht besteed aan ziekten die vaker of uitsluitend voorkomen bij vrouwen (bijvoorbeeld migraine, psychische aandoeningen, overgangsklachten) of die zich anders presenteren dan bij mannen (bijvoorbeeld hartinfarct). Gelukkig zetten veel van onze klinisch werkzame collega's zich in om de zorg voor vrouwen te verbeteren. We weten echter ook dat dat niet genoeg is: de zorg draagt voor slechts ongeveer 10% bij aan gezondheid.<sup>2,3</sup> Als artsen Maatschappij + Gezondheid richten wij ons niet alleen op individuele klachten, maar hebben we ook expliciet oog voor de determinanten van gezondheid buiten het zorgdomein. Invloeden vanuit de fysieke leefomgeving, gedrag, leefstijl en sociaaleconomische factoren zijn bepalend voor de overige 90% van de gezondheid.

Bij meerdere gezondheidsvraagstukken wordt tegenwoordig expliciet gekeken naar de maatschappelijke context. Zo is een mentaal gezonde maatschappij een van de fundamenteën van de Versterkingsagenda Mentale gezondheid & GGZ<sup>4</sup> en pleitte de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving onlangs voor vertraging, verscheidenheid en verbinding om de 'hypernerveuze samenleving'<sup>5</sup> achter ons te laten. Een weerbare maatschappij is zo ingericht dat de draaglast van de grote meerderheid ruim onder de maximale draagkracht blijft. Op deze manier is er voldoende ruimte om maatschappelijk actief te zijn en kwetsbare mensen te ondersteunen.<sup>5</sup> Ook bij het thema vrouwengezondheid springen de sociaaleconomische factoren het meest in het oog als verklaring voor de lagere gezonde levensverwachting. Wij vinden het dan ook van groot belang dat dit perspectief een voorname rol speelt in het programma en stellen dat het aangrijpen op de sociale determinanten van gezondheid essentieel is voor een betere gezondheid van vrouwen.

## Probleem

Vrouwen hebben een lagere gezonde levensverwachting dan mannen. Traditioneel ligt de focus daarbij op fysieke en mentale ziekten, maar juist sociale determinanten van gezondheid spelen een belangrijke rol.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek signaleerde in de laatste Emancipatiemonitor (2024)<sup>6</sup> de volgende vormen van ongelijkheid:

- + Vrouwen verdienen minder dan mannen in dezelfde situatie
- + Vrouwen zijn in 30% van de gevallen niet economisch zelfstandig
- + Het onbenutte arbeidspotentieel is het grootst onder vrouwen
- + Er zijn meer vrouwen dan mannen met een beperking en zij hebben daar ook meer nadeel van in termen van arbeidsparticipatie en economische zelfstandigheid.
- + Vrouwen hebben vaker last van mentale problemen
- + Vrouwen voelen zich vaker onveilig en zijn vaker slachtoffer van seksueel misbruik.
- + Vrouwen geven vaker mantelzorg dan mannen

Voor de 80% van de vrouwen die moeder wordt, komen daar nog een aantal zaken bij:

- + Ouderschap leidt bij vrouwen tot verlies van 1/3 van het inkomen na de geboorte van het eerste kind, terwijl dit effect bij mannen nauwelijks optreedt.
- + Moeders verrichten meer zorgtaken voor de kinderen dan vaders
- + Zorgtaken zijn vooral voor vrouwen een reden om minder of niet te werken

Wij zouden daaraan nog willen toevoegen dat vrouwen vaker werkzaam zijn in sectoren met een hoge werkdruk en een hoog ziekteverzuim. Onlangs publiceerde het UWV nieuwe cijfers, waaruit blijkt dat het aantal mensen dat in de WIA terecht komt door psychische klachten toeneemt en dat dit het meest uitgesproken geldt voor de groep jonge vrouwen onder de 40 jaar en in de sectoren zorg en onderwijs. Verder zijn vrouwen kwetsbaarder voor geweld in afhankelijkheidsrelaties.

Tot slot zijn er fases in het leven die uniek zijn voor vrouwen, zoals zwangerschap en de perimenopauze. Hoewel de sociale implicaties van het ouderschap en het bereiken van de middelbare leeftijd ook voor mannen ingrijpend zijn, gaan deze fases alleen voor vrouwen ook gepaard met grote lichamelijke en mentale veranderingen.

## Visie

Bovengenoemde factoren spelen een belangrijke rol in het verklaren van de lagere gezonde levensverwachting van vrouwen en kunnen elkaar versterken in de loop van het leven. Bij veel vrouwen leidt dit tot een langdurig hoge belasting, resulterend in afnemende belastbaarheid, werkverzuim en chronische gezondheidsproblemen. Deze effecten beperken zich bovendien niet tot de vrouwen zelf: via zwangerschap, opvoeding en leefomstandigheden worden deze gezondheidsverschillen overgedragen op de volgende generatie.

**“Elk sociaal probleem dat niet wordt opgelost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem.”**

De Groningse hoogleraar Economie van de Volksgezondheid Jochen Mierau stelt: elk sociaal probleem dat niet wordt opgelost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem.<sup>7</sup> Als artsen Maatschappij + Gezondheid onderschrijven wij deze stelling volledig. Voor ons is de kernvraag niet hoe we de zorg voor vrouwen verbeteren, maar welke sociale problemen moeten worden aangepakt om te voorkomen dat vrouwen op het spreekuur verschijnen. Als de sociale determinanten van een lagere gezonde levensverwachting worden aangepakt, biedt dit een enorme kans. De helft van de bevolking is immers vrouw. Een effectieve aanpak van deze ongelijkheid is niet alleen belangrijk voor de individuele vrouwen, maar biedt de kans om een groot potentieel aan vrouwelijke arbeidskrachten te benutten die hard nodig zijn in onze vergrijzende samenleving.

## Aangrijpingspunten voor praktijk en beleid

De lagere gezonde levensverwachting van vrouwen ontstaat vaak door structureel hoge belasting in het dagelijks leven. Die belasting wordt niet voor alle vrouwen op dezelfde manier zichtbaar. Juist in de publieke gezondheidspraktijk zien artsen Maatschappij + Gezondheid waar vrouwengezondheid onder druk komt te staan: bijvoorbeeld bij sekswerkers voor wie seksuele gezondheid, veiligheid en toegang tot zorg nauw met elkaar samenhangen; bij moeders in kwetsbare posities, waar bestaansonzekerheid en zorgverantwoordelijkheid kunnen doorwerken in mentale gezondheid van henzelf en hun kinderen; en bij vrouwen en kinderen die te maken hebben met geweld in afhankelijkheidsrelaties, inclusief schadelijke praktijken zoals vrouwelijke genitale verminking. Deze thema's vragen om beleid dat eerder signaleert, beschermende factoren versterkt en de verbinding legt tussen preventie, zorg en de sociale context waarin gezondheidsproblemen ontstaan.

## Positionering

Het feit dat de vrouwen zich met gezondheidsklachten in de spreekkamer melden, betekent niet dat het probleem alleen daar moet worden opgelost. Vrouwengezondheid is voor een belangrijk deel een publiek gezondheidsvraagstuk dat vraagt om samenhangend beleid, ook buiten het curatieve zorgdomein. Artsen Maatschappij + Gezondheid kunnen meedenken over de randvoorwaarden voor een gezondere samenleving en wat ervoor nodig is om daarin specifiek de positie van vrouwen te verbeteren op zowel de korte als de langere termijn. Door onze positionering midden in de samenleving kunnen wij problemen op het gebied van vrouwengezondheid niet alleen signaleren en agenderen, maar ook beleid ontwikkelen en uitvoeren gericht op universele, selectieve en geïndiceerde preventie.

## Conclusie en aanbeveling

**Door vrouwengezondheid te benaderen als een publiek gezondheidsvraagstuk ontstaat de mogelijkheid om gezondheidsverschillen structureel te verkleinen en gezondheid, participatie en maatschappelijke opbrengst te versterken voor huidige en toekomstige generaties. De Nationale Strategie Vrouwengezondheid en de verdere uitwerking daarvan bieden hiervoor een belangrijk momentum. Als artsen Maatschappij + Gezondheid willen wij daarop aansluiten door praktijkkennis uit de publieke gezondheid zichtbaar in te brengen.**

Als praktische vervolgstap werkt de Koepel Artsen Maatschappij + Gezondheid (KAMG) aan de oprichting van een KAMG-expertisegroep Vrouwengezondheid. De leden van de groep zijn (profiel)artsen Maatschappij + Gezondheid. De groep richt zich op het bundelen van signalen uit de praktijk, op het agenderen van urgente kwesties, op het scherper formuleren van kennisvragen en waar mogelijk aansluiten bij en versterken van lopende ontwikkelingen. De groep bouwt

voort op de bestaande beweging rond vrouwengezondheid en voegt daaraan het publieke-gezondheidsperspectief herkenbaar toe.

Daarbij sluiten we graag aan bij bestaande ontwikkelingen, zoals de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid, Kansrijke Start, het Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid, de aanpak van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld, en de recente actualisering van de JGZ-richtlijn vrouwelijke genitale verminking. Ook het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving over een meer ontspannen samenleving blijft hierbij richtinggevend, omdat werk, zorg, veiligheid en bestaanszekerheid onlosmakelijk met gezondheid verbonden zijn. Het verdient aanbeveling om gezondheidsbeleid expliciet te verbinden met beleid gericht op arbeid, bestaanszekerheid en sociale veiligheid.

Naast deze landelijke beweging is een lokale vertaling nodig. Gemeenten en GGD'en kunnen deze opgave vertalen naar integraal preventiebeleid. Ook in de praktijk ligt hier een rol voor onze eigen achterban: signaleren waar de belasting van vrouwen oploopt, deze signalen bespreekbaar maken en ze waar mogelijk verbinden met preventie, ondersteuning en beleid.

De expertisegroep wil starten met het inventariseren van de thema's die spelen op het gebied van vrouwengezondheid binnen de diverse profielen van de artsen Maatschappij + Gezondheid. Van oudsher zijn wij bijvoorbeeld actief op het gebied van seksuele gezondheid en veiligheid van sekswerkers (vanuit de expertise van artsen infectieziektebestrijding), mentale gezondheid van meisjes in de puberteit en moeders in kwetsbare posities (jeugdartsen) en geweld in afhankelijkheidsrelaties en intergenerationele overdracht (vertrouwensartsen). Deze thema's vormen een goede illustratie van de wijze waarop vrouwengezondheid buiten de spreekkamer ontstaat en hoe publieke gezondheidszorg kan bijdragen aan vroegsignalering, preventie en passende ondersteuning. In aanvulling hierop gaan we onderzoeken hoe onze sociaal-medische expertise nog meer ten goede kan komen aan volwassen vrouwen die niet tot een specifieke doelgroep behoren.

Wij vragen ZonMw om het perspectief van de publieke gezondheidszorg herkenbaar mee te nemen in de verdere uitwerking van vrouwengezondheid en het vormen van consortia met partijen buiten het domein van curatieve zorg te stimuleren. Juist door medische kennis, aangrijpen op sociale determinanten van gezondheid en praktijkervaring uit de publieke gezondheidszorg bij elkaar te brengen, kan vrouwengezondheid worden versterkt op de plekken waar gezondheidsverschillen ontstaan: thuis, op school, op het werk en in de wijk.



# Bronnen

1. ZonMw. [Programma Vrouwegezondheid](#).
2. Pharos, [De cijfers achter sociaaleconomische gezondheidsverschillen](#), 2026.
3. Meulman T, Jansen E, Uiters E, et al. Decomposing socioeconomic differences in self-rated health and healthcare expenditure. *Int J Equity Health*. 2025;24:154.
4. Ministerie van VWS. [Versterkingsagenda Mentale Gezondheid en GGZ](#).
5. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. [Op de rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving](#). 2025.
6. Centraal Bureau voor de Statistiek, [Emancipatiemonitor 2024](#).
7. De Medisch Specialist, [Interview Jochen Mierau](#), 2024.

Auteurs:

Dominique Suykerbuyk – de Hoog

Claudia Weller

Karine van 't Land