

Dit is Vandaag, de dagelijkse podcast van de standaard. Ik ben Alexander Lippenveld. Voor we aan de podcast beginnen nog even deze boodschap. Want de standaard is er natuurlijk ook nog steeds om te lezen. Voor 4 euro per week krijg je analyse en duiding bij de actualiteit. En je krijgt ook nieuwe inzichten en verhalen achter de feiten. Elke dag in de news app, online en in de krant. Alle info op standaard.be schuinstreep lees. Vandaag is het wereldijerstokkankerdag.

Dat is met 800 gevallen in ons land per jaar een minder vaak voorkomende kanker. Of zo lijkt het toch,

want ijerstokkanker wordt vaak laat opgemerkt en is daardoor heel doodelijk. Ook andere vrouwenziektes blijven lang onder de radar. Hoe komt het dat vrouwenziektes een blinde vlek vormen behandelen, artsen, mannen en vrouwen te verschillend, of net niet verschillend genoeg?

We gaan het over iets heel belangrijk hebben vandaag. Want een juiste diagnose en behandeling is van levensbelang als je ziek wordt. En net daar ligt het knelpunt bij een ziekte als ijerstokkanker. Helena, een vrouw die liever ammoniem blijft en een schuilnaam verkist, werd met deze kanker geconfronteerd en ze deed haar verhaal aan collega Margot de Klerk.

Mijn verhaal is eigenlijk eind 2018 begonnen. Ik ging naar de huisarts en de huisarts studeerde mij door naar de gynecoloog. Mijn gebruikelijke gynecoloog.

Had de eerste gynecoloog wat dacht hij?

Apenisitis.

Wie dacht Apenisitis? En heeft dat dan ook nu verder onderzocht of doorverwezen?

Nee, dus zij besloten eigenlijk af te wachten omdat er ook lange wachtheden waren voor enemherie.

En ik voelde eigenlijk toen al aan mijn lichaam dat er iets serieus aanband was.

En hoelang heeft hij dan nog gewacht om dan ook eens terug naar uw huisarts?

Ja, dus dat was eind november dat ik de eerste keer bij de gynecoloog geweest ben.

Misschien twee weken of drie weken aan de ene.

En die was dan wel alarmerend?

Ik voelde aan mijn lichaam dat er iets serieus aanband was en mijn huisarts zag gelukkig.

Dat ik alleen niet in mijn gewone doen was en dat ik echt ziek was.

Eva Bergmans, journalist van ons weekblad.

We gaan het over vrouwenziektes hebben vandaag om te beginnen wat zijn vrouwenziektes.

Kort samengevat denk ik dat het erop neerkomt.

Dat een vrouwenziekte een ziekte is die een vrouw wel kan hebben maar een man niet.

Ja, oké.

Dus je kan inderdaad aan dingen zoals eierstoekkanker of ziekte die met de baarmoeder te maken hebben.

Ook pre-menstruel-syndroom bijvoorbeeld.

En breder denk ik dat je kan zeggen, pijnlijke maandstonden.

Extreme voorbeeld is ook endometriose.

Waar eigenlijk weinig aan gedacht wordt als mensen ergens last van hebben.

Het lijkt er een beetje op dat dokters die ziektes minder snel herkennen omdat er al eeuwenlang minder aandacht voor is.

Het is simpelweg omdat er een overwicht is van mannen of altijd geweest is toch in de medische sector.

Ja, oké.

Er zijn minder onderzoek, er zijn minder budgetsen.

Het is een soort blinde vlek in de medische wetenschap en dus ook bij dokters.

Ja, oké.

En hebben we daar iets van cijfers van ofzo?

Dat is misschien een moeilijke vraag van ziektes die onontdekt zijn.

Ja, dat is moeilijk he.

Nu eenmaal vrouwenziektes.

Cijfers op een blinde vlek plakken is uiteraard heel moeilijk.

Maar van endometriose bijvoorbeeld.

Weet we intussen dat het zeker één op de tien vrouwen treft.

Oké, ja.

Endometriose is een ernstige aandoening waarbij de baarmoeder verkleeft geraakt.

Die heel pijnlijke maandstonden geeft.

En vrouwen leven daar vaak al jaren, decennia mee zonder dat dat ontdekt is.

Ja.

We weten nu al één op de tien.

De aandacht ervoor groeit.

We weten hoe spectaculair worden die cijfers nog.

Vandaag op 8 mei wordt er dus aandacht gevraagd voor ijerstokkanker.

Een kanker met een hoogsterfte cijfer van rond de 50 procent.

En die mortaliteit ligt zo hoog omdat het vaak te laat ontdekt wordt.

De ijerstokken worden niet gescreend.

En vaak wordt er eerder aan iets als prikkelbare darmsyndroom gedacht.

Jaarlijks treft ijerstokkanker zo'n 800 vrouwen.

We luisteren nog even naar Helena.

Gelukkig voor mij dus had de huisarts alles een patiënt gezien met ijerstokkanker.

En dat was bij de patiënt zelfs al uitgezaaid.

Zo'n jonge vrouw die daar ook aan overleed is.

Dus ondertussen is die emmerie nog in een andere ziekenhuis genomen.

En het werd mij toen gezegd dat ik na een week zou contacteerd worden

in die uit het patoloos onderzoek zou blijken dat ik een kwataardige aandoening had.

Ik dacht dat hij neurode was.

Ik dacht dat het oké was want ze hadden het niet gebeld.

Een samenleuk van opzandigheden hebben ze gezegd in het ziekenhuis.

Maar Lea, dat is een cruciaal vergetenheid geweest.

Hij kwam dan bij de huisarts en mijn huisarts zat met het verslagverm.

En hij dacht dat ik kwam bespreken.

Waarom zijn er al twee van bezig?

En hij heeft dan gezegd, je moet terug naar de Hinekoloog gaan

en zal er wel echt een operatie volgen.

En dan voor een eerste operatie is hij vastgelegd begin februari.

Dus eigenlijk terug een maand wat er over aan is.

En ondertussen namen die klachten alleen?

De klachten namen eigenlijk altijd maar toe ik nam peinstillers tegen de buikpijn.
Maar ik was zo wat elke dag misselijk.
Maar het komt wel als een oude draad, zo wat terug, dat het te laat is.
Te laat. Misschien had ik wel het geluk nog
dat ik mij van in begin misselijk gevoeld heb.
Ik had ook last van constipatie.
Dat hoorde ik ook eigenlijk van andere vrouwen.
Dus vage buikklachten.
Maar ik hoor ook van andere vrouwen dat zij niks voelen.
Dat zij op een gegeven moment last hadden van ophopend buikvocht.
En dat zij dan naar de dokter trokken.
Het word ook de saagend killer in ons.
Het heeft alle ruimte in een buik om uit te prijden.
In het begin heeft het geen klachten en de tumor prijdt uit.
Maar je voelt het in het begin.
Lea, in het begin, ik had ook vage buikklachten.
En dan denk je ook niet terecht, ik heb hier kanker.
Nee, dat denk je niet.
Daar verwacht u gewoon niet aan.
En als ik niet aan eerst op kanker,
mist al heb je daar al niet veel over gehoord.
En heb je dan het idee dat er te weinig in de collozen
eigenlijk op de hoogte zijn van eerst op kanker?
Te weinig aandacht voor de symptomen.
Alles sinds.
Ik heb veel tijd verloren ook.
Omdat ik in het begin in de kleine ziekenhuizen terugkwam.
En eigenlijk zelfs bij mijn toen gebruikelijke gynecoloog.
Maar eigenlijk, Alia, is bij mij mijn leven even te denken
aan een huisart die daar aandachtig voor was.
Eva, Helena zijn het dat haar gynecoloog de kanker niet had herkend
en dat die eerst aan appendicitis dacht,
het is wel opvallend dat een gynecoloog,
een dokter die gespecialiseerd is in het vrouwenlichaam,
een vrouwenziekte niet herkent.
Ja, dat is echt zwaar symptomaatisch.
Ik denk dat daar ook geldt
dat er gewoon minder kennis is over vrouwenziektes.
Omdat de medische wetenschap even lang gedomineerd is
door mannen en dat er daardoor ook minder onderzoek gebeurt
is naar het vrouwenlichaam en vrouwenziektes.
En het is ook zo dat het vrouwenlichaam
of een vrouw lang beschouwd is door de medische wetenschap
als een mannelichaam, maar dan met borsten

en een vagina in plaats van met een pimo.
Waardoor er een aantal regionen van dat lichaam
onderbelicht gebleven zijn
en waardoor ook andere dingen wel onderbelicht gebleven zijn.
Want het is niet zo,
een vrouwenlichaam functioneert ook anders dan een mannelichaam.
Hij heeft andere verhoudingen, andere hormonen.
Ja, hormonen, ook vetpercentages, spierweefsel.
En dat heeft wel redelijk wat gevolgen.
Ook bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van nieuwe medicijnen.
Tot in de jaren 90 werden medicijnen getest op mannen.
Bij vrouwenlichaam heb je een risico die kunnen zwanger zijn
waardoor de farmaceutische sector het risico niet wil nemen
om dan te testen, feutussen te beschadigen,
want dan krijg je grote claims.
Maar ja, daardoor zijn er ook heel veel vrouwen
die bijwerkingen hebben gehad, of fouten dosissen gekregen,
te hoge dosissen gekregen,
omdat ervan uit werd gegaan
dat alle lichaam eigenlijk hetzelfde reageren.
Tot in de jaren 90, zeg je. Ja, tot in de jaren 90.
Dat is echt nog niet lang geleden.
Dat is pas geleden.
Er is dus een hoge mortaliteit en een hoog herval
ook bij eierstokkanker door de vaak te laten diagnose
en verhoogd bewust zijn.
Ja, dat is erg belangrijk,
want dat zou tot minder ingrijpende operaties,
minder chemotherapie, minder sterfte kunnen leiden.
Nog zo'n onderbelichte ziekte is lichensklerosis,
een ziekte waarmee Marlene Wouters werd geconfronteerd.
Dat is een ziekte die niet veel mensen kennen,
maar veel artsen ook niet.
Lichensklerosis is een huidsziekte,
eigenlijk een ontsteking waarbij de huid
plaatselijk elasticiteit verliest
en ook een zekere witte verkleuring is.
En aanvankelijk geeft Lichensklerosis vooral jeugd
en een branderig gevoel,
en daardoor waren heel veel dokters met een schimmelinfectie
en krijgen ook heel veel vrouwen
het ene middeltje na het andere tegen schimmels.
Maar uiteindelijk blijkt dat niet te helpen
en niet alle artsen hebben dan het idee

of de ingeving om door te verwijzen.
De zoektocht naar de juiste diagnose
verliep erg moeilijk.
En ook de timing zat niet mee.
Ik heb de aandoening gekregen in de eerste lockdown
en mocht nergens naar een dokter gaan,
dus ik had dan al zelf met een schimmelproduct geprobeerd.
Dat had dan niet geholpen
en eigenlijk wist ik ook wel ergens dat het dan niet was.
En mijn dokter heeft de aandoening dan wel goed erkend,
maar wel de verkeerde behandeling gegeven.
En dan heeft hij mij iets meegegeven
en na een maand stond ik daar terug van.
Dokter, dat is eigenlijk niet beter.
En hij had ook de juiste aandoening niet opgeschreven,
waardoor ik eigenlijk, ja, hij zei van,
ja, ik ging daar nogal licht over.
Hij zei, dat is iets gelijk ik zeem.
En omdat ik zeem eigenlijk vertrouwd mee was,
was ik eigenlijk niet zo galarmeerd.
En toen ik daar dan terug stond,
had ik natuurlijk wel op zitten googelen
en zei, dokter, is dat lichenskleur roze?
Want u ging er nogal licht over,
maar dat is precies toch wel vrij ingrijpend.
En dan zei hij tegen mij van, ja, maar ja, niemand kent dat,
dus eigenlijk had dat niet veel zin om die juiste term te gebruiken.
En ja, ik zie het zo,
nee, dokter, je ziet ook dat hij hier echt wel gekent,
maar nu toch wel na 25 jaar, ik doe helemaal niet flauwen,
maar ik zit hier nu echt wel met een serieuze probleem.
En ik vond het dan niet fijn dat hij er licht over ging
voor iets wat ik toch wel...
Ik was op dat moment ook maar net 15,
dus toen ik zei wat ja, sex is vervelend,
of pijnlijk, er praten hem over.
En ja, dat vond ik niet zo gepast.
Marlene ging te raden bij een dokter
die je eigenlijk beter niet bezoekt,
dat is dokter Google,
maar die bleek nu net haar redding te zijn.
En dan ben ik zelf begonnen in googelen
en via een patiëntenvereniging
ben ik dan wel bij een juiste dokter

en gynecoloog en dermatoloog terechtgekomen
en ja, had ik eigenlijk na twee maanden,
zal ik zeggen, de juiste behandeling.
Maar er zijn mensen die dus ja,
hun blijven stukelen,
ook van de huisart te horen krijgen van,
ja, maar ja, sex een beetje een ambitant is.
Weet je wat, drink dan een wit wijn,
een ontspantje een beetje,
en dan gaat dat beter gaan.
Terwijl ik het zo groot is,
eigenlijk een aandoening is,
die levenslang onderhoud blijft,
sluimer zal ik maar zeggen,
en je moet die onderdrukken door wekelijks
en een heel zware cortisone zelf te gebruiken.
Eén, al twee keer per week.
Bij sommige mensen iets meer.
Maar wel levenslang.
En ook volgens een bepaald smeerschema.
En zeker daar,
als we met patiënten onder elkaar daarover praten,
dat die smeerschema is ook nog niet zo goed gekend is
en dat, ja,
veel dokters er toch nog licht over gaan.
En dat is ook één van de eerste raten
ik geef als mensen toevallig
met mijn gesprek eraan,
dat ik zeg van,
lees er echt zoveel mogelijk over.
Alles wat je kunt vinden,
waarvan je weet
dat het van een goede bron is,
boven een vereniging.
Zodat jij eigenlijk aan de huisarts,
nadien, kan zeggen waar het over gaat.
Dus er zou eigenlijk eens een dag moeten komen,
een bijscholing voor artsen daarover.
En misschien ook, ja,
vrouwen,
die toch hun eigen lichaam kennen,
iets meer ooster jeun nemen
als ze komen van,
er is een probleem.

Ook Sonja Rademakers zit erbij in dit gesprek dat Margot de Klerk met hen bij de voerde. Zij is de voorzitter van Esperanza. Dat is een lotgenotengroep die patiënten met een gynecologische kanker bijstaat. Ze werd ook geconfronteerd met lichensklerose, maar die heeft geleid tot nog iets, ja, veel ernstigers. Dat is kanker. Ik ben zelf veneig jaar geleden geopereerd van vulvacanker als gevolg van lichenskleroses die dan geleid had tot een vulvacarsinoon. Er wordt vaak gezegd dat LS, dus lichenskleroses, vooral voorkomt rond de men op pauze en vulvacanker rond de 70 jaar, maar ik had op mijn 15 jaar al lichenskleroses. Het grootste deel van de schaamlippen werd dan verwijderd. Daarin boven werden de linveklieren in mijn lichaam opgeruimd om uitzijgingen te voorkomen naar het rest van mijn lichaam. Dat is ook erg belangrijk. Vanuit de lichaam kan het snel, voor het jaar naar het rest van uw lichaam. Door de slechte behandeling van lichensklerose kreeg Sonja dus vulvacanker. In feite wel, ja. Zij kennen die huidszikte wel, die LS kennen ze wel, maar dus de mogelijkheid dat dat tot kanker kan evolueren, dat weten ze. Maar ik denk dat ze ook niet genoeg de symptomen kennen of daar niet genoeg snel op springen als ze dat dus zien. Ik moet wel zeggen dat ik heel vroeg dan dermatologen gaan. Dat was dus probleem, niet van bij de uist, ook toen je dat niet kende.

Die dermatoloog,
toen ik 15 jaar was,
kende dat dus wel.
Maar ja,
het is een hele evolutie
voordat dat uiteindelijk vulvacanker wordt natuurlijk.
En dat wordt niet genoeg
opgevolgd en bekeken van
wat veranderd er hier,
zou dat misschien gevaarlijk kunnen zijn
of niet,
wordt niet genoeg aandacht aan besteed.
Want daar zat dus een bolletje,
maar eerder dat ze mij dan
doorgestuurd hebben.
Het is voor vrouwen dus erg belangrijk
om de stap naar de dokter te zetten
wanneer er iets mis is.
En die stap is volgens Sonja
en Marlene soms moeilijk.
En heel belangrijk is misschien ook
dat heel veel vrouwen zich
over hun schroom zetten
om naar de dokter te gaan
als ze een probleem hebben.
Want er zijn er ook heel veel
die zoiets hebben van
oh nee, ik ga niet naar de dokter
of niet naar de gynecoloog.
Want dan moet ik dat met mijn benen
gaan openleggen.
Dat hangt veel taboer rond,
heel heel veel taboer rond.
Je bent zelf ook dan beschamd
misschien om
verder stappen te zetten.
Het is niet gemakkelijk.
Want borstkanker,
dat is ook al heel erg gekend
maar
ja, vulvakanker
er hangt nog veel meer
negatieve taboer rond
eigenlijk.

Waardoor je minder gemakkelijk
naar buiten de terechtermee.
Het is eigenlijk een drempel
waar je wel over moet
om je omgeving
te vertellen.
Ja, maar over vulvakanker
te spreken met familie
en vrienden
en nieuwe zoon
dat is echt niet evident.
Terwijl ook om dat sommige mensen
misschien denken
dat een sexueel overdraagbare aandoening
is wat helemaal niet is.
Het is helemaal niet waar.
Het is een ontsteking.
Hoogst waarschijnlijk een autoimmuunziekte.
Maar zelfs dat weten ze
nog niet helemaal zeker.
Lichensklerose is nog steeds
een weinig bekende ziekte
bij het brede publiek
maar het is vooral belangrijk
dat artsen de ziekte kennen
natuurlijk
om de juiste behandeling te starten.
Is die kennis
intussen breder ingeburgerd?
Wij hopen dat.
Maar weten het niet.
In 5%
niet behandelde Lichenskleroses
evolueert naar kanker.
En natuurlijk moesten
de aandoening zijn
die misschien veel meer mannen
zou treffen
en niet zo veel vrouwen
dan zou er misschien
ook al veel meer onderzoek
naar gebeurd zijn.
Maar nu is de aandoening
die

de behandeling
kost bijna niks
en het ubezalve kost 8 euro.
De vette zelf
kost ook niet zo veel.
Er is weinig werkverlet.
Mensen gaan er bij
als ze behandeld worden
niet dood van.
Dus waarom zou je
er veel onderzoek naar doen?
Of veel budgettevrij maken
om onderzoek te doen?
Eva, terug naar jou.
We zeiden dan net al
dat de medische kennis
of de wetenschappelijke kennis
over vrouwenziektes
nog te kortschiet
op vele vlakken
wordt die scheeve situatie
nu recht getrokken?
We gaan wel vooruit.
Er zijn
meer en meer vrouwen
die ook de stap naar
de medische sector hebben gezet.
Er zijn een aantal vrouwen
die daar heel erg aan
de kaart trekken.
Bijvoorbeeld in Nederland
heb je iemand
als
Twanlagro Janssen
die als professor
en huisarts
heel erg aan de kaart
heeft getrokken
voor genderbewustigenees
kunnen
en dus meer
onderzoek
ook specifiek voor vrouwen.
Bijvoorbeeld hier in België

zijn we begonnen
aan onderzoek naar
het vaginaal microbiome.

Dat is ook
een soort manier
om een blinde vlek
in te vullen.

Dus
mondjesmaat
wordt er wel
een inhalbeweging
ingezet.

De weg is nog lang.

Ja.

Maar gek genoeg
zijn het ook
ziektes die niet
gender gerelateerd zijn
die bij vrouwen
minder

vaak
of minder snel
ontdekt worden.

En het gaat echt
om evidente dingen
zoals een hartkwaal.

Ja, ja
afschuwelijk.

Dus inderdaad
er zijn
Twanlagro Janssen
ervoor zijn zeker
dode gevallen

door
ook weer
beperkte kennis
die er was
over
het vrouwenhard.

Bijvoorbeeld
een hartaanval
ziet er heel anders
bij een vrouw
dan bij een man.

Bij een man
heb je dat klassieke
syndromangrijpt
naar de armen,
naar de borsttrek
en valt neer.
Bij vrouwen
is het subtieler
en algemeen
slecht voelen.
En dan
wat daar ook in meespeelt
is dat
alle
stereotypen
over mannen
en vrouwen
die in de samenleving leven
leven ook
bij dokters.
Oké.
Dokters
zijn ook maar mensen
met al hun blinde vlekken.
En zo
wordt er bijvoorbeeld
wat er komt.
Vanaf andere patronen
gekeken
er wordt
veel sneller gedacht
van ja,
het is psychosomatisch
het zal wel
stress zijn
waar ze slecht op reageert
en dan krijgen
van die voorbeelden
van mensen
die een
loontsteking hebben
maar
tegen wie de huisart
zegt ja,

nee maar antidepressieve
het zal wel beter gaan.
Oké.
Dus er zijn
naast
hartziektes
heb je bijvoorbeeld ook
al die AD
ja,
is heel lang
onontkend gebleven
omdat er bij jongens
heb je dat typische patroon
van
ja,
druk druk druk
iedereen storen
bij meisjes
is het meer dagedromen
ongefocust zijn
maar
het is even goed
een
ja,
een kwaal
en een patroon
waar mensen last van hebben
en
het
omgekeerd gebeurt
ook.
Oké.
Dus als er
een man bij de dokter komt
dan spelen daar ook
patronen in mee
zoals
mannen zijn stoer
mannen zijn
stabiler
dus
bij mannen
worden bijvoorbeeld
vaak depressie

lang niet ontdekt
dus eigenlijk
moet een dokter
los van die patroon
kunnen kijken naar
de patiënt
die voor hem of haar zit
ja.
Maar dat vraagt
heel veel
bewust zijn
en daar
schort ook nog aan.
Zelfs al
bij kinderen
wordt er anders gekeken naar
jongens
en meisjes
gaat dan over
pijnperceptie
ja,
de samenleving
is er heel vroeg bij
om
gedragingen op meisjes
en jongens te kleven
dus uit een onderzoek
van de Universiteit van Jeel
is gebleken
dat als je
een
huilend kind toont
aan een volwassene
dan volwassene
de ernst van de situatie
veel hoger inschatten
als het om een huilende jongen gaat.
Oké.
Ja.
Dus bij huilende meisjes
is het idee ja
die huilen
een beetje sneller
dat betekent niks

een meisje
huilt stelt eigenlijk
normaal meisjesgedrag
waar we verder
niet te veel aandacht voor moeten
en bij jongen die huilt
ja,
echte jongens
weten niet
dat weet iedereen
dus ja,
dan moet het wel
heel ernstig zijn
en dokters verschillen
daarin niet van
inderwelke andere volwassenen
ja, oké
hangt het er ook vanaf
of je een mannelijke
of vrouwelijke
dokter voor je
zitten hebt
als patiënt
misschien een
riscante vraag
maar
heel riscant
het maakt verschil
of je bij een man of
een vrouw
op consult gaat
maar
in die zin
dat
een hart ziek
bij een vrouw
sneller ontekt
zal worden door
een vrouwelijke dokter
oké, ja
want ook
ik heb daarover
wel eens een
goed gesprek gehad

met Lydia Ketting-Strewt
die lange voorzitter
was van de
vereniging van
vrouwelijke huisartsen
in Nederland
en die zichzelf
ook al had betrap
op dat soort patronen
dat je
ja,
bij een vrouw
niet meteen denkt
aan een hartaanval
dat dat even duurt
dus dat je een aantal
jaren ervaring
en goed kijken
en een soort
training
nodig hebt
om het ook
bij jezelf te zien
want wel een groot
verschil is tussen
vrouwelijke
en manelijke dokters
is dat
het consult
bij vrouwelijke dokters
gemiddeld
langer duurt
oké,
hoe komt dat?
is dat ook
een cliché
dat hier
bevestigd wordt?
ja
vrouwel
babbelen
zoveel meer
maar
het is eigenlijk

een heel positief gegeven
want
vrouwelijke dokters
gaan over het algemeen
meer in gesprek
met hun patiënten
dus proberen
eerst boven water
te krijgen
van wat speelt hier
zijn er misschien
andere dingen
iemand die
met
fysieke pijnen komt
kan ook
psychisch
mankeren
of met een soort
ja,
Lidia Kettings
noemde dat
een patiënt
komt
met een extense
vraag op consult
dus je ziet
wat zit eronder
dus het is
meer een gesprek
en autoriteit
naar een patiënt
te kijken
en snel te denken
dat ze wel weten
wat er aan de hand is
ja, ok
patiënten zijn
blijkbaar ook
vaak tevreden
over de communicatie
van een vrouwelijke dokter
voelen zich
meer gehoord

en
veel meer
op de hoogte gesteld
en wat
zou een oplossing
kunnen zijn
dat het niet
meer uitmaakt
welke
geslacht of gender
je hebt
als dokter of patiënten
wat kunnen we daar aan doen?
nog een tijd
geduld te hebben
maar
een deel van de oplossing
ligt in de opleiding
waarbij het discussie is
of dat dat dan
een apartfax zou moeten zijn
of niet
over genderbewustige neeskunde
er zijn ook stemmen
die zeggen
het zou goed zijn
bijvoorbeeld in de casussen
die in de opleiding
worden gegeven
al veel aandacht hebben
wat te werken
met veel
verschillende lichamen
en daar ook over te praten
te zorgen
dat die blinde vlek
ook al
aan bod komt
in de opleiding
in gesprekken
bij dokters
ook een soort zelfreflexie
krijgt die hen
meer wapend

tegen de stereotypen
ja, ja, ok
en dat zou voor iedereen goed zijn
daar zouden we vrouwen
bijgebaat zijn
maar mannen net zo goed
ja, inderdaad
want dan krijg je een geneeskunde
die meer opmaat is
van de patiënt
goed, Eva Bergmans
dank je wel
dit was vandaag
de dagelijkse podcast
van de standaard
bedankt voor het luisteren
volg ons
op Spotify, Apple podcast
en er welk ander podcastplatform
en onze gratis FDS podcast
kan je niet alleen ons werk beluisteren
maar ook de beste podcasttips
terugvinden
alle credits van de podcast
die je net hoorde
vind je op standaard.be
Schijne Streep podcast
reageren kan via podcast
adstandaard.be
morgen zijn we er opnieuw