2026D43648

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid[1].

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

[1] Kamerstuk 31 765, nr. 986

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower
II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid en de brief van 25 juni 2026. Deze leden danken ZonMw en de vele betrokken organisaties voor het opstellen van de werkagenda en de Minister voor haar brief. Klachten die lang werden weggezet als iets dat er nu eenmaal bij hoort, krijgen hiermee een naam en een aanpak. Deze leden hebben hierover enkele vragen.

De Minister schrijft in haar voorwoord terecht dat het voor werkende vrouwen veel verschil kan maken als vrouwengezondheid op de werkvloer makkelijker bespreekbaar wordt. Werk loopt dan ook als rode draad door de werkagenda, van de sociale gezondheid tot de rol van werkgevers en de casus over de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), maar het is geen eigen actielijn en geen meetbaar doel.

De werkagenda rekent zelf voor dat goede gezondheidszorg voor vrouwen jaarlijks naar schatting 7,6 miljard euro oplevert door minder verzuim en productiviteitsverlies. Uit de consultatie blijkt dat zes op de tien vrouwen gezondheidsproblemen terugzien in hun werkervaring en dat ruim een kwart daardoor eerder stopte met werken dan gepland. Is de Minister bereid om behoud van werk, het voorkomen van uitval en terugkeer naar werk als expliciet doel aan de werkagenda toe te voegen, naast de drie actielijnen? Welke concrete acties of maatregelen heeft de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aangedragen? Wat is het oordeel van de Minister over de potentiële impact en uitvoerbaarheid van die suggesties? Hoe verhoudt de werkagenda zich tot het emancipatiebeleid van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), waarin de economische zelfstandigheid van vrouwen een aandachtspunt is?

Wat niet wordt gemeten, blijft onzichtbaar. De werkagenda bevat cijfers over de WIA-instroom en de ervaringen van vrouwen, maar deze leden missen nog een systematisch beeld van vrouwen die met klachten doorwerken, minder uren gaan werken of eerder stoppen. Zij kijken uit naar de monitoringssystematiek die de Minister met ZonMw uitwerkt. Welke indicatoren komen in de monitoring, wanneer ontvangt de Kamer deze en deze leden verzoeken de Minister daarin ook verzuim, urenverlies, langdurige uitval, terugkeer naar werk en uitstroom per vrouwspecifieke aandoening op te nemen. Welke gegevens heeft de Minister nu al, bijvoorbeeld bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), TNO, RIVM

en UWV, over de relatie tussen vrouwspecifieke aandoeningen en werk? Is de Minister bereid een nulmeting te laten uitvoeren, zodat de nieuwe normen uit de werkagenda worden vertaald naar meetbare doelen?

Late herkenning kost niet alleen gezondheid, maar ook werk. De werkagenda constateert dat de WIA-instroom van vrouwen onder de 40 tussen 2021 en 2025 met zo'n 50 procent is gestegen en dat lichamelijke klachten bij vrouwen regelmatig ten onrechte een puur psychologische verklaring krijgen. Tegelijk duurt het gemiddeld acht tot twaalf jaar voordat vrouwen de juiste diagnose krijgen bij aandoeningen als endometriose en myomen. Weet de Minister welk deel van de WIA-instroom van jonge vrouwen samenhangt met vrouwspecifieke of laat herkende aandoeningen, en registreert UWV dit? Wordt vrouwengezondheid meegenomen in de vervolgstappen op het IBO Werk aan de WIA? Heeft de Minister per aandoening zicht op de diagnostische vertraging en is het bereid het verkorten daarvan als meetbaar doel in de werkagenda op te nemen?

Zorg en werkvloer zijn nog te vaak gescheiden werelden. Deze leden zijn blij dat de richtlijn «Overgang en werk» voor bedrijfsartsen er nu is. Hoe volgt de Minister de implementatie van deze richtlijn en komen er vergelijkbare richtlijnen of handreikingen voor endometriose, hevig menstrueel bloedverlies, PMDD en bekkenbodemproblemen? Krijgen bedrijfsartsen en arbodiensten een plek in het multidisciplinaire netwerk dat vanuit het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid wordt opgezet? Hoe wordt de kennis van vrouwenpoli's en regionale netwerken gedeeld met huisartsen en bedrijfsartsen, zodat een vrouw met klachten niet eerst hoeft uit te vallen voordat zij ondersteuning krijgt?

Werkgevers zijn geen dokters en moeten dat ook niet worden. Maar de werkagenda vraagt hen wel om vrouwengezondheid expliciet mee te nemen in hun beleid en organisatiecultuur, en stelt zelf dat de beweging ook sociale partners nodig heeft. Uit de consultatie blijkt dat meer dan de helft van de vrouwen die gezondheidsproblemen op het werk bespraken, daarna weinig of geen steun van hun werkgever heeft ervaren. Toch ontbreken in het overzicht van pledges werkgeversorganisaties, vakbonden en arbodiensten. Hoe verbindt de Minister deze partijen alsnog aan de werkagenda en is zij bereid om met sociale partners een structureel overleg over vrouwengezondheid en werk in te richten?

Het spreekuur voor medewerkers van Amsterdam UMC laat zien wat een werkgever kan doen: bij een overgrote meerderheid werd na één bezoek een diagnose gesteld, terwijl 70 procent al eerder bij een zorgverlener was geweest. Hoe wordt deze pilot geëvalueerd op verzuim, werkbehoud en kosten en baten? Is de Minister bereid als werkgever zelf een vergelijkbaar initiatief te starten? In het Verenigd Koninkrijk moeten grote werkgevers vanaf 2027 een actieplan publiceren over de ondersteuning van werknemers in de overgang. Hoe kijkt de Minister naar deze aanpak en heeft het in beeld wat andere landen doen om via werk gezondheid van vrouwen effectief te verbeteren?

Tot slot onderzoek. Het is goed dat begin 2026 de eerste onderzoeken naar endometriose, bekkenbodemproblematiek en de invloed van hormonen zijn gestart vanuit de werkagenda. Worden werkvermogen en arbeidsparticipatie standaard als uitkomstmaat meegenomen in dit onderzoek, zodat we niet alleen weten welke behandeling werkt, maar ook welke behandeling vrouwen aan het werk houdt? Welk onderzoek loopt er nu naar vrouwengezondheid en werk, bijvoorbeeld de dataverzameling die TNO in zijn pledge noemt, en is de Minister bereid dit te bundelen in een eigen onderzoekslijn?

Deze leden zien de werkagenda als een belangrijke stap. Als we klachten eerder herkennen, beter behandelen en de werkvloer daarbij meenemen, hoeven vrouwen niet langer te kiezen tussen hun gezondheid en hun werk. Dat is goed voor hun vrijheid en economische zelfstandigheid, voor werkgevers en voor een land dat iedereen die wil werken hard nodig heeft. Deze leden zien uit naar de beantwoording van de Minister.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid 2026–2030 en de bijbehorende brief van de Minister. Zij danken de Minister voor haar toelichtingen. Genoemde leden hebben echter nog de volgende vragen.

In de financiële paragraaf lezen de leden van de VVD-fractie dat het landelijk netwerk Centrum Seksueel Geweld (CSG) gefinancierd wordt via de gemeente. Kan de Minister aangeven of deze 16 centra voldoende middelen hebben om hun activiteiten uit te voeren? En kan de Minister garanderen dat het CSG via de gemeente voldoende middelen blijft ontvangen?

De leden van de VVD-fractie zien deze werkagenda als een goede stap richting verbeterde gezondheid van vrouwen. Kan de Minister aangeven hoe zij het vervolg voor zich ziet? Welke concrete stappen wil zij de komende tijd zetten op dit belangrijke onderwerp, juist ook om kennis van de wetenschap naar de praktijk te brengen? Kan zij een tijdpad hiervan schetsen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. Deze leden zijn blij dat met deze werkagenda een volgende stap wordt gezet om de gezondheid van vrouwen structureel een plek te geven in onderzoek, beleid en de spreekkamer. Zij hebben hierover nog een aantal vragen aan de Minister.

De leden van de PRO-fractie onderschrijven de centrale boodschap van de werkagenda: de gezondheid van vrouwen is te lang onvoldoende serieus genomen. Te veel vrouwen lopen jarenlang rond met klachten voordat zij de juiste diagnose krijgen. Te vaak blijkt achteraf dat symptomen anders hadden moeten worden geïnterpreteerd, dat kennis ontbrak of dat die kennis er wel was, maar de spreekkamer niet bereikte.

Deze leden vinden het daarom goed dat de Minister erkent dat het systeem moet veranderen, en niet de vrouw. Maar zij willen voorkomen dat we over een aantal jaar vooral kunnen constateren dat er meer aandacht, meer onderzoek en meer bewustwording is geweest, zonder dat voor vrouwen voldoende merkbaar is dat hun zorg daadwerkelijk beter is geworden.

Kan de Minister daarom aangeven wanneer zij de uitvoering van de werkagenda in 2030 geslaagd vindt? Welke concrete verbeteringen moeten vrouwen dan merken wanneer zij met klachten bij bijvoorbeeld hun huisarts, specialist of bedrijfsarts komen? Welke concrete en meetbare doelen en indicatoren worden hiervoor vastgesteld? Wordt daarbij niet alleen gekeken naar procesindicatoren, zoals het aantal onderzoeken, samenwerkingsverbanden of aangepaste richtlijnen, maar juist ook naar uitkomsten, zoals tijd tot diagnose, kwaliteit van leven, behandeluitkomsten en ervaren kwaliteit van zorg?

De leden van de PRO-fractie vragen daarnaast hoe vrouwen zelf structureel betrokken blijven bij de uitvoering en monitoring van de werkagenda. Hoe wordt voorkomen dat ervaringskennis vooral aan de voorkant wordt opgehaald, maar vrouwen vervolgens onvoldoende zeggenschap hebben over de uitvoering? Hoe wordt uitvoering gegeven aan de eerder door de Kamer uitgesproken wens om de betrokkenheid van vrouwen structureel in te bedden?

De leden van de PRO-fractie vinden het belangrijk dat de werkagenda aandacht besteedt aan aandoeningen die uitsluitend of voornamelijk bij vrouwen voorkomen. Juist op onderwerpen als endometriose en de overgang is jarenlang sprake geweest van onvoldoende kennis, herkenning en passende zorg. Maar vrouwengezondheid houdt daar niet op. Een ziekte hoeft niet uitsluitend bij vrouwen voor te komen om bij vrouwen anders te verlopen. Vrouwen kunnen andere symptomen hebben, anders reageren op geneesmiddelen en andere bijwerkingen ervaren. Ook verschillen in diagnose, behandeling en uitkomsten verdienen aandacht. Deze leden vragen daarom hoe de Minister borgt dat de Werkagenda niet alleen ziet op vrouwspecifieke aandoeningen, maar ook op sekseverschillen bij aandoeningen die zowel vrouwen als mannen treffen. Op welke manier krijgen deze verschillen structureel een plek binnen de drie actielijnen van de Werkagenda? De oncologische zorg is hiervan een belangrijk voorbeeld. Uit klinische kwaliteitsregistraties en de Nederlandse Kankerregistratie kan informatie worden verkregen over verschillen tussen vrouwen en mannen in onder andere stadium bij diagnose, behandeling, uitkomsten en kwaliteit van leven. Kan de Minister aangeven hoe binnen de uitvoering van de werkagenda specifiek aandacht wordt besteed aan sekseverschillen in de oncologische zorg? Wordt daarbij gekeken naar onder andere tijdige diagnose, behandelkeuzes, bijwerkingen, behandeluitkomsten en kwaliteit van leven? En wordt binnen de werkagenda ook systematisch onderzocht bij welke andere aandoeningen die zowel mannen als vrouwen treffen relevante sekseverschillen bestaan, zodat niet pas actie wordt ondernomen wanneer afzonderlijke beroepsgroepen of patiëntenorganisaties hiervoor aandacht vragen?

De leden van de PRO-fractie steunen de ambitie om de achterstand in kennis over vrouwengezondheid in te lopen. Nieuw onderzoek is hard nodig. Tegelijkertijd willen zij ervoor waken dat de oplossing voor ieder kennistekort automatisch een nieuw onderzoek, een nieuwe database of een nieuwe registratiestructuur wordt. Er is immers al veel kennis beschikbaar.

De leden van de PRO-fractie vragen hoe bestaande landelijke registraties en kennisinfrastructuren worden benut bij de uitvoering en monitoring van de Werkagenda. Wordt daarbij expliciet bekeken welke bestaande real-world data kunnen worden gebruikt om verschillen tussen vrouwen en mannen inzichtelijk te maken? Hoe voorkomt de Minister dat nieuwe registratiestructuren worden opgebouwd terwijl relevante gegevens al elders worden verzameld? Kan zij toezeggen eerst in kaart te brengen welke bestaande registraties en databronnen kunnen bijdragen aan de monitoring van de Werkagenda voordat nieuwe registraties worden opgezet? Welke concrete indicatoren gaat de Minister hanteren om vast te stellen of verschillen tussen vrouwen en mannen in bijvoorbeeld diagnose, behandeling, gezondheidsuitkomsten en kwaliteit van leven daadwerkelijk kleiner worden? En hoe zorgt zij ervoor dat bestaande kennis niet alleen wordt gebruikt om verschillen te beschrijven, maar ook om de zorg te verbeteren? Wie is ervoor verantwoordelijk dat een aangetoond verschil uiteindelijk leidt tot bijvoorbeeld aanpassing van een richtlijn, vervolgonderzoek of verandering van de zorgpraktijk?

Een belangrijk onderdeel van het probleem is volgens de leden van de PRO-fractie dat vrouwen historisch onvoldoende zijn meegenomen in medisch onderzoek en dat resultaten niet vanzelfsprekend worden uitgesplitst naar sekse. De gevolgen daarvan kunnen nog jarenlang doorwerken in de kennis waarop zorgprofessionals hun beslissingen baseren. Hoe wordt daarom geborgd dat vrouwen representatief worden geïncludeerd in medisch en gezondheidsonderzoek? Is de Minister van mening dat bij publiek gefinancierd gezondheidsonderzoek standaard moet worden onderbouwd hoe rekening is gehouden met sekse en, waar relevant, gender? Kan de Minister aangeven hoe wordt bevorderd dat onderzoeksresultaten standaard naar sekse worden geanalyseerd en gerapporteerd wanneer dat medisch relevant is? Worden hier voorwaarden aan verbonden bij onderzoeksfinanciering door bijvoorbeeld ZonMw?

Deze leden benadrukken tegelijkertijd dat nieuwe kennis pas waarde heeft als deze terechtkomt bij de mensen die haar nodig hebben. Hoe zorgt de Minister ervoor dat nieuwe inzichten over sekse- en genderverschillen daadwerkelijk en tijdig worden vertaald naar richtlijnen en behandelprotocollen? Hoe krijgen deze inzichten structureel een plek in opleidingen en bij- en nascholing van bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, verloskundigen en andere zorgprofessionals? En minstens zo belangrijk: hoe zorgt de Minister ervoor dat deze kennis vrouwen zelf bereikt? Een vrouw die niet weet dat haar klachten anders kunnen zijn dan de klachten die zij altijd als «typisch» heeft geleerd, kan daar immers ook niet naar handelen.

De leden van de PRO-fractie waarderen dat de werkagenda juist probeert af te stappen van het denken in silo's. Vrouwen zijn immers geen verzameling losse organen en hun leven bestaat niet uit afzonderlijke beleidsdomeinen. Slaap is daarvan een treffend voorbeeld. Slaapproblemen komen veel voor bij vrouwen en kunnen tijdens hormonale transitieperiodes, waaronder zwangerschap en de overgang, toenemen. Tijdens de overgang kunnen hormonale veranderingen, opvliegers en nachtzweten de slaap verstoren. Tegelijkertijd kunnen langdurige slaapproblemen gevolgen hebben voor de mentale en lichamelijke gezondheid, de kwaliteit van leven en het vermogen om te werken of zorgtaken uit te voeren. Toch worden klachten als vermoeidheid, stress, somberheid en concentratieproblemen in de praktijk nog te vaak afzonderlijk bekeken. Daarmee dreigt precies te gebeuren wat de werkagenda probeert te doorbreken: iedere klacht krijgt zijn eigen hokje, terwijl de vrouw die tegenover de zorgverlener zit één geheel is. Deelt de Minister daarom de opvatting dat slaap een belangrijke determinant is van de gezondheid van vrouwen en dat juist tijdens hormonale transitieperiodes extra aandacht voor slaap nodig kan zijn? Waar krijgt slaap concreet een plek binnen de uitvoering van de werkagenda? Is de Minister bereid slaap expliciet te betrekken bij de onderdelen van de werkagenda die zien op preventie, mentale gezondheid en de overgang? Hoe wordt daarbij rekening gehouden met de samenhang tussen slaap en onder andere depressieve klachten, diabetes en hart- en vaatziekten? Herkent de Minister dat klachten rond overgang, slaap en mentale gezondheid niet altijd in samenhang worden herkend, waardoor vrouwen te maken kunnen krijgen met onderdiagnose of versnipperde zorg? Hoe wordt ervoor gezorgd dat onder andere huisartsen, POH's-GGZ, gynaecologen, bedrijfsartsen en verpleegkundigen deze samenhang beter herkennen? Kan de Minister daarnaast aangeven hoe slaap wordt betrokken bij de onderdelen van de Werkagenda die zien op arbeid en ziekteverzuim? En is zij bereid organisaties met expertise op het gebied van slaap en hersengezondheid te betrekken bij de verdere uitvoering van de werkagenda?

De leden van de PRO-fractie vinden het belangrijk dat vrouwengezondheid niet wordt gereduceerd tot biologische verschillen. Gezondheid wordt ook bepaald door de omstandigheden waarin iemand leeft. Inkomen, werk, woonplaats, opleidingsniveau, migratieachtergrond, zorgtaken en toegang tot zorg kunnen gezondheidsverschillen versterken.

Juist daarom zien deze leden kansen in het verantwoord koppelen en benutten van gegevens. Hoe wordt de data- en kennisinfrastructuur voor vrouwengezondheid verbonden met de implementatie van de European Health Data Space (EHDS) en de inrichting van de Health Data Access Body (HDAB)? Hoe wordt daarbij geborgd dat niet alleen veel data beschikbaar is, maar dat deze gegevens ook betrouwbaar, representatief en voorzien van voldoende context zijn om verantwoorde conclusies te kunnen trekken? Hoe wordt mogelijk gemaakt dat gezondheidsgegevens, binnen de daarvoor geldende privacy- en veiligheidswaarborgen, kunnen worden gekoppeld aan bijvoorbeeld sociaaleconomische en regionale gegevens? Ziet de Minister de meerwaarde hiervan om niet alleen vast te stellen dát bepaalde groepen vrouwen slechtere gezondheidsuitkomsten hebben, maar ook beter te begrijpen waar gerichte interventies nodig zijn? Hoe wordt daarbij voorkomen dat groepen vrouwen die minder goed in bestaande datasets vertegenwoordigd zijn opnieuw uit beeld verdwijnen? Op welke wijze wordt bij monitoring rekening gehouden met intersectionele verschillen en met vrouwen die minder gemakkelijk worden bereikt door onderzoek of reguliere zorg?

Tot slot hebben de leden van de PRO-fractie vragen over de borging van de werkagenda. Vrouwengezondheid is geen project dat in 2030 klaar is. Het inhalen van een kennisachterstand die decennialang is ontstaan vraagt om structurele verandering. Welke structurele financiering is voorzien voor de kennis- en data-infrastructuur die voor de uitvoering van de werkagenda noodzakelijk is? Welke onderdelen worden op dit moment incidenteel gefinancierd en welke structureel? Hoe wordt voorkomen dat succesvolle initiatieven na afloop van tijdelijke projectfinanciering verdwijnen? Wie draagt uiteindelijk de verantwoordelijkheid voor het behalen van de doelen van de werkagenda? Hoe wordt de Kamer tussentijds geïnformeerd over de voortgang? Is de Minister bereid daarbij niet alleen te rapporteren welke acties zijn uitgevoerd, maar ook wat deze acties aantoonbaar hebben veranderd voor de gezondheid en de zorgervaringen van vrouwen?

De leden van de PRO-fractie zien de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid als een belangrijke kans. Jarenlang hebben vrouwen te vaak gehoord dat hun klachten erbij hoorden, tussen hun oren zaten of simpelweg niet goed konden worden verklaard. Het is winst dat inmiddels breed wordt erkend dat niet de vrouw, maar het systeem moet veranderen. Maar erkenning is het begin, niet het eindpunt.

Deze leden willen daarom dat in 2030 niet alleen meer bekend is óver vrouwengezondheid, maar dat vrouwen daadwerkelijk merken dat de zorg beter is geworden: doordat klachten eerder worden herkend, diagnoses sneller worden gesteld, behandelingen beter aansluiten, bestaande kennis wordt gebruikt en nieuwe kennis daadwerkelijk de spreekkamer bereikt. Kan de Minister toezeggen dat zij de uitvoering en monitoring van de Nationale Werkagenda langs die lat zal leggen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid 2026–2030. Deze leden vinden het van groot belang dat gezondheidsklachten van vrouwen

serieus worden genomen, dat aandoeningen eerder worden herkend en dat vrouwen tijdig de juiste diagnose en passende behandeling krijgen. Zij hebben tijdens het commissiedebat over vrouwengezondheid van 10 februari 2026 al aandacht gevraagd voor vrouwen die jarenlang met klachten rondlopen voordat de juiste diagnose wordt gesteld of die zich niet gehoord en serieus genomen voelen. Ook hebben deze leden toen nadrukkelijk gevraagd om een werkagenda met concrete acties, duidelijke doelen en waar nodig tussendoelen, zodat helder wordt wat vrouwen en meisjes daadwerkelijk en op welke termijn van deze aanpak gaan merken.

De leden van de PVV-fractie constateren dat de werkagenda veel ambities, gewenste veranderingen, samenwerkingsverbanden en zogenoemde nieuwe normen bevat. De werkagenda beschrijft drie actielijnen op het niveau van de zorgpraktijk, onderzoek en innovatie en organisatie en samenwerking. Per actielijn wordt een nieuwe norm als stip op de horizon geformuleerd. Deze leden missen echter nog steeds de concrete doelen en tussendoelen waar zij eerder om hebben gevraagd. Kan de Minister daarom per actielijn aangeven welke concrete en meetbare resultaten uiterlijk eind 2027 en uiterlijk in 2030 moeten zijn bereikt? Kan de Minister daarbij aangeven wat de uitgangssituatie is, welke partij verantwoordelijk is voor het behalen van het betreffende resultaat en hoe de voortgang wordt gemeten? Welke concrete verbeteringen moeten vrouwen en meisjes al in 2026 en 2027 in de spreekkamer gaan merken? Welke maatregelen uit de werkagenda kunnen op korte termijn worden uitgevoerd zonder eerst nieuwe structuren, overlegtafels of organisaties op te richten?

Deze leden wezen er tijdens het commissiedebat al op dat moet worden voorkomen dat de werkagenda een soort kerstboom wordt waarin steeds meer onderwerpen worden gehangen, maar uiteindelijk onvoldoende duidelijk is wat daadwerkelijk wordt bereikt. De toenmalige Staatssecretaris erkende deze zorg en gaf aan dat de werkagenda juist concreet moest maken op welke manier zaken zouden worden aangepakt, welke partij wat doet en wat daarvan mag worden verwacht. Is de Minister van mening dat de huidige werkagenda aan die toezegging voldoet? Zo ja, kan zij dan concreet aangeven waar per actie staat wie verantwoordelijk is, binnen welke termijn deze actie moet zijn uitgevoerd en welk meetbaar resultaat daaraan is gekoppeld? Zo nee, wanneer wordt de werkagenda op deze punten alsnog geconcretiseerd?

De leden van de PVV-fractie zijn geschrokken van de constatering dat bijna twee derde van de geraadpleegde vrouwen zich niet altijd gehoord voelt door zorgprofessionals. Bij vrouwen met langdurig onverklaarde klachten die zich bij Voices for Women hebben gemeld, ligt dit aandeel volgens de werkagenda nog aanzienlijk hoger. Ook wordt beschreven dat lichamelijke klachten volgens deze vrouwen te snel psychologisch worden verklaard en dat dit kan leiden tot lange en belastende zoektochten naar een diagnose. Wat zijn volgens de Minister de belangrijkste oorzaken hiervan? Op welke wijze gaat de werkagenda er concreet voor zorgen dat zorgprofessionals vrouwspecifieke klachten eerder herkennen? Hoe wordt gemeten of vrouwen zich over enkele jaren daadwerkelijk vaker gehoord en serieus genomen voelen?

De werkagenda vermeldt dat het bij aandoeningen als endometriose en myomen gemiddeld acht tot twaalf jaar kan duren voordat de juiste diagnose wordt gesteld. De leden van de PVV-fractie vinden dit onacceptabel lang. Welke concrete doelstelling hanteert de Minister voor het terugbrengen van deze diagnosetijd? Worden diagnosetijden voor vrouwspecifieke aandoeningen landelijk bijgehouden? Zo nee, hoe kan de Minister dan vaststellen of de werkagenda daadwerkelijk tot snellere

diagnostiek leidt? Is de Minister bereid te onderzoeken voor welke vrouwspecifieke aandoeningen de grootste vertraging in de diagnose bestaat en welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen?

De leden van de PVV-fractie hebben tijdens het eerder genoemde debat eveneens gevraagd waar vrouwen en meisjes die nu klachten hebben terechtkunnen en of de mogelijkheden die al bestaan voldoende bekend zijn. Kan de Minister inmiddels concreet aangeven waar bijvoorbeeld een vrouw met ernstige menstruatieklachten, onverklaarde hormonale klachten of overgangsklachten terechtkan wanneer zij in de reguliere zorg niet verder komt? Is deze informatie volgens de Minister op dit moment voldoende toegankelijk en bekend? Zo nee, wat gaat zij daaraan doen en wanneer?

De leden van de PVV-fractie hechten groot belang aan zorg dichtbij huis en wil regionale ziekenhuizen, inclusief spoedeisende hulp, intensive care en geboortezorg, behouden. Hoe wordt voorkomen dat de verdere ontwikkeling van expertise op het gebied van vrouwengezondheid leidt tot een verdere concentratie van zorg in enkele universitaire centra? Welke rol krijgen regionale ziekenhuizen in de uitvoering van de werkagenda? Hoe wordt ervoor gezorgd dat vrouwen buiten de Randstad eveneens dichtbij huis toegang houden tot goede diagnostiek en behandeling van vrouwspecifieke aandoeningen?

De leden van de PVV-fractie ondersteunen het vergroten van medische kennis over aandoeningen die alleen, voornamelijk of anders bij vrouwen voorkomen. Zij vinden het daarbij van groot belang dat onderzoeksresultaten niet blijven steken in rapporten, maar zo snel mogelijk terechtkomen in de dagelijkse zorgpraktijk. De werkagenda stelt dat nieuwe en bestaande kennis moet worden opgenomen in opleidingen, richtlijnen en behandelprotocollen en dat bestaande richtlijnen moeten worden getoetst op klachten en risicofactoren die bij vrouwen anders voorkomen. Binnen welke termijn verwacht de Minister de eerste concrete aanpassingen in medische opleidingen, bij- en nascholing, richtlijnen en behandelprotocollen? Hoe wordt gevolgd of ontwikkelde kennis daadwerkelijk in de spreekkamer wordt toegepast? Wie is verantwoordelijk voor de vertaling van onderzoeksresultaten naar de praktijk?

Voor het ZonMw Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid is voor de periode 2024–2030 15 miljoen euro beschikbaar. Daarnaast worden in de financiële paragraaf aanzienlijk grotere bedragen genoemd van bredere programma's, terwijl daarbij expliciet wordt vermeld dat deze bedragen niet specifiek voor vrouwengezondheid zijn geoormerkt. Kan de Minister exact aangeven hoeveel geld in 2026 en 2027 daadwerkelijk specifiek beschikbaar is voor vrouwengezondheid? Kan zij daarbij onderscheid maken tussen geoormerkte middelen voor vrouwengezondheid en algemene programma's waarbinnen vrouwengezondheid slechts één van de mogelijke onderwerpen is? Hoeveel van de 15 miljoen euro voor het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid is inmiddels besteed of juridisch verplicht, aan welke projecten en wanneer worden daarvan de eerste resultaten verwacht?

De financiële paragraaf vermeldt daarnaast circa 5,3 miljoen euro voor een alliantie die zich richt op zogenoemde gender- en lhbtiq+-sensitieve zorg. Kan de Minister toelichten waarom het volledige bedrag van dit programma wordt opgevoerd in een financiële paragraaf over vrouwengezondheid? Welk deel van dit bedrag wordt daadwerkelijk besteed aan kennis en zorg voor gezondheidsproblemen en aandoeningen van vrouwen? Kan zij voortaan bij de financiële verantwoording afzonderlijk

inzichtelijk maken welk bedrag daadwerkelijk aan vrouwengezondheid wordt besteed, zodat duidelijk is hoeveel geld hiervoor beschikbaar is?

De leden van de PVV-fractie vinden daarbij dat publieke middelen niet vanzelfsprekend moeten blijven doorlopen wanneer de gestelde doelen niet worden bereikt. Kan de Minister aangeven welke gevolgen het niet behalen van de doelstellingen uit de werkagenda heeft voor de subsidies en andere financiële middelen die aan betrokken programma's en organisaties worden verstrekt? Op welk moment wordt financiering bij onvoldoende resultaten heroverwogen, verminderd of beëindigd? Welke concrete criteria worden hiervoor gehanteerd? Is de Minister bereid vooraf duidelijke stopcriteria vast te stellen en de Kamer hierover te informeren?

De leden van de PVV-fractie lezen eveneens dat vanuit VWS en organisaties als Pharos gezondheidsinformatie over onder andere zwangerschap en gezondheid in verschillende talen beschikbaar wordt gesteld, waaronder Arabisch en Turks. Waarom kiest de Minister binnen deze werkagenda voor meertalige overheidsvoorlichting? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? Welk deel van de middelen voor vrouwengezondheid wordt besteed aan het ontwikkelen en vertalen van voorlichtingsmateriaal? Kan de Minister aangeven hoe zij ervoor zorgt dat middelen zoveel mogelijk terechtkomen bij onderzoek, diagnostiek, behandeling en directe ondersteuning van vrouwen?

De leden van de PVV-fractie constateren dat voor de uitvoering van de werkagenda verschillende nieuwe en bestaande netwerken, platforms en samenwerkingsverbanden worden genoemd. De werkagenda spreekt onder meer over multidisciplinaire overleggen, overkoepelende organen, platforms, leernetwerken en een multidisciplinair netwerk voor vrouwengezondheid. Deze leden willen voorkomen dat een goed doel uiteindelijk resulteert in meer bestuurlijke drukte en bureaucratie. De leden van de PVV-fractie willen juist minder bureaucratie en management in de zorg en meer ruimte voor zorgverleners. Kan de Minister inzichtelijk maken hoeveel overlegstructuren en netwerken inmiddels direct of indirect vanuit de rijksoverheid worden gefinancierd rondom vrouwengezondheid? Hoeveel geld gaat naar coördinatie, organisatie, communicatie en overhead en hoeveel komt daadwerkelijk terecht bij onderzoek, zorgprofessionals en patiëntenzorg? Kan zij garanderen dat uitvoering van deze werkagenda niet leidt tot nieuwe registratie- en rapportageverplichtingen voor zorgverleners?

De werkagenda bevat daarnaast een groot aantal pledges van organisaties. Deze leden constateren dat daar niet uitsluitend medische of organisatorische acties tussen staan, maar ook politieke belangenbehartiging. Zo vermeldt de pledge van de KNOV onder meer politieke lobby om abortus uit het strafrecht te halen. Wat is precies de status van deze pledges binnen de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid? Betekent opname in een door de rijksoverheid gepresenteerde werkagenda op enigerlei wijze dat de Minister de inhoud van dergelijke politieke standpunten onderschrijft? Zo nee, waarom worden deze politieke lobbydoelen dan onderdeel gemaakt van de werkagenda? Ontvangen organisaties vanwege het doen van een pledge rechtstreeks of indirect extra publieke middelen? Zo ja, welke organisaties, welke bedragen en voor welke activiteiten?

De leden van de PVV-fractie constateren verder dat de WIA-instroom van vrouwen jonger dan 40 jaar tussen 2021 en 2025 volgens de werkagenda met ongeveer 50 procent is toegenomen. Daarbij worden onder andere psychische klachten, werkdruk, zorgtaken en vrouwspecifieke klachten

genoemd als mogelijke factoren. Deze leden hebben hier tijdens het commissiedebat van februari al aandacht voor gevraagd. Welke concrete afspraken zijn hierover inmiddels met de Minister van SZW gemaakt? Wordt onderzocht welk deel van de toegenomen WIA-instroom samenhangt met te laat herkende of onvoldoende behandelde lichamelijke klachten? Wordt gemeten of betere diagnostiek en behandeling van vrouwspecifieke aandoeningen daadwerkelijk leiden tot minder ziekteverzuim en arbeidsuitval?

De leden van de PVV-fractie vragen tevens aandacht voor vrouwen met zeer dicht borstweefsel. Zij hebben eerder aangedrongen op voortvarende invoering van aanvullende MRI-screening en erop gewezen dat 2030 nog ver weg is. In de financiële paragraaf staat hiervoor structureel 17 miljoen euro per jaar opgenomen. Wat is de actuele stand van zaken? Welke onderdelen bepalen op dit moment nog het tijdpad tot invoering? Zijn er inmiddels nieuwe mogelijkheden ontstaan om de invoering te versnellen? Kan de Minister aangeven of en hoe de beschikbare middelen al vanaf de jaren voorafgaand aan 2030 worden ingezet?

De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast aandacht voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Heeft de Minister in het kader van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid onderzocht in hoeverre vrouwen met langdurige of terugkerende klachten vanwege kosten afzien van diagnostiek, specialistische zorg of behandeling? Zo nee, waarom ontbreekt dit aspect in een werkagenda die juist gericht is op eerdere herkenning en behandeling? Is de Minister bereid dit mee te nemen in de monitoring van de werkagenda?

Deze leden lezen dat de Minister nog samen met ZonMw gaat werken aan een monitoringssystematiek om de voortgang en maatschappelijke impact inzichtelijk te maken. Zij vinden het opmerkelijk dat deze systematiek nog moet worden ontwikkeld, terwijl juist tijdens het eerdere debat nadrukkelijk is gevraagd om duidelijke doelen, tussendoelen en monitoring. Wanneer is deze monitor gereed? Welke indicatoren worden daarin opgenomen? Worden in ieder geval diagnosetijden, toegang tot zorg, patiënttevredenheid, regionale beschikbaarheid van zorg, toepassing van nieuwe kennis, ziekteverzuim en daadwerkelijke besteding van middelen meegenomen? Hoe vaak wordt de Kamer over de resultaten geïnformeerd?

De leden van de PVV-fractie benadrukken dat de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid uiteindelijk niet moet worden beoordeeld op het aantal bijeenkomsten, netwerken, convenanten, pledges of beleidsdocumenten, maar op wat vrouwen daadwerkelijk merken wanneer zij zorg nodig hebben. Minder lang rondlopen met klachten, eerder de juiste diagnose, betere behandeling, voldoende kennis bij zorgprofessionals en goede zorg dichtbij huis moeten daarbij centraal staan. Kan de Minister daarom afsluitend aangeven aan de hand van welke concrete resultaten zij in 2030 zal vaststellen of de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid is geslaagd?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid en hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vragen. Deze leden vragen de Minister toe te lichten hoe zij het succes van deze werkagenda gaat meten. Zijn er concrete doelen of is er een monitor verbonden aan de verschillende actielijnen en zo ja, kunnen deze gedeeld worden?

De leden van de CDA-fractie lezen dat er in de werkagenda terecht veel aandacht is voor vrouwspecifieke aandoeningen. Tegelijkertijd lijken vrouwsensitieve aandoeningen minder belicht te worden. Dit zijn aandoeningen die zowel bij mannen als vrouwen voorkomen, maar bijvoorbeeld een ander ziekteverloop hebben of veel vaker bij vrouwen voorkomen. Deze leden vinden het belangrijk dat hier meer aandacht voor is en vragen de Minister hoe dit uitwerking krijgt binnen de werkagenda en de uitwerking ervan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de JA21-fractie

De leden van de JA21-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. De leden onderschrijven het belang van de werkagenda en het doel om de kloof tussen mannen- en vrouwengezondheid te verkleinen. Tegelijkertijd hebben zij vragen over de uitvoerbaarheid en concreetheid van de werkagenda, de financiële paragraaf en het convenant.

Werkagenda vrouwengezondheid

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 6 dat er bij de lancering van de werkagenda 8.000 vrouwen zijn geconsulteerd. Wat is het huidige aantal deelnemers aan het Kieskompas en wanneer verwacht de Minister de definitieve resultaten met de Kamer te delen?

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 18 over vrouwspecifieke aandoeningen. Welke rol ziet de Minister voor zichzelf om de bekendheid van vrouwspecifieke aandoeningen, zoals maar niet uitsluitend, endiometriose, PMOS, schildklieraandoeningen en vitamine B12- en ijzertekorten onder de aandacht kan brengen? In hoeverre worden er maatregelen genomen om binnen het onderwijs op de scholen zelf meer bekendheid te genereren voor vrouwspecifieke aandoeningen en het herkennen van symptomen?

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 18 dat vrouwen vaak te horen krijgen dat pijn en ongemak «erbij horen». Welke concrete maatregelen neemt de Minister om het stigma weg te nemen op het taboe op vrouwspecifieke klachten en «dat alles aan de hormoonhuishouding zou liggen»?

De leden van de JA21-fractie maken zich zorgen over de mogelijkheid om een uitstrijkje te maken op jonge leeftijd. Via het bevolkingsonderzoek krijgen vrouwen pas vanaf het 30^{e} levensjaar een oproep, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Duitsland, waar dit 20 jaar is. Tegelijkertijd constateren de leden van de JA21-fractie dat HPV juist veel voorkomt bij jonge vrouwen en veel vrouwen in de leeftijdscategorie van 30–34 jaar niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Ziet de Minister mogelijkheden om de leeftijd van het bevolkingsonderzoek voor baarmoederhalskanker te vervroegen en de bekendheid hieromtrent verder te vergroten? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom? Zij vragen de Minister haar antwoord uitgebreid te motiveren.

De leden van de JA21-fractie vragen aandacht voor bredere gezondheidsverschillen tussen man en vrouw, los van vrouwspecifieke aandoeningen. Kan de Minister aangeven in hoeverre er aandacht is in de werkagenda voor verschillen tussen mannen en vrouwen in bijvoorbeeld de oncologische zorg, bij diagnoses, behandelingen en bijwerkingen?

De leden van de JA21-fractie vragen om meer aandacht en actie in de werkagenda over geneesmiddelen. Tegenwoordig worden nieuwe geneesmiddelen meer getest op vrouwen, maar het behandeleffect wordt vrijwel nooit apart beschreven. Kan de Minister aangeven welke acties zij onderneemt om er zorg voor te dragen dat er meer nadruk komt te liggen in onderzoek om het behandeleffect wel voor de verschillende geslachten te beschrijven?

De leden van de JA21-fractie hebben vragen over de opleidingsmogelijkheden tot bekkenfysiotherapeut. Zij hebben begrepen dat er slechts twee opleidingsinstituten de studie bekkenfysiotherapie aanbieden. Heeft de Minister hier oog voor en is het in gesprek met de onderwijsinstellingen om op meer locaties de opleiding tot bekkenfysiotherapeut aan te bieden?

De leden van de JA21-fractie missen concreetheid in de uitvoering van de werkagenda. Hoe zorgt de Minister ervoor dat kennis over verschillen tussen mannen en vrouwen, daadwerkelijk wordt vertaald naar richtlijnen, behandelprotocollen, opleidingen en bij- en nascholing van zorgprofessionals?

De leden van de JA21-fractie vragen duidelijkheid over de monitoring en voortgang van de werkagenda. Kan de Minister aangeven wanneer de Kamer hierover geïnformeerd zal worden?

Financiële paragraaf

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 2 van de financiële paragraaf dat er totaal 162 miljoen euro beschikbaar is voor het ZonMw Kaderprogramma Passende Zorg en dat er geen concreet bedrag geoormerkt is voor vrouwengezondheid. Kan de Minister in de monitoring van de werkagenda inzichtelijk maken welke onderzoeken vanuit het Kaderprogramma Passende Zorg concreet hebben bijgedragen aan meer kennis en innovatie over vrouwspecifieke zorg?

De leden van de JA21-fractie vragen de Minister welke concrete nieuwe investeringen zij doet voor de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. Kan de Minister een overzicht verstrekken waarin onderscheid wordt gemaakt tussen financiële bijdragen voor bestaande maatregelen, zoals de bevolkingsonderzoeken, en de nieuwe maatregelen die een financiële bijdrage krijgen door deze werkagenda?

De leden van de JA21-fractie vragen een nadere uitleg over de maatregel op pagina 5 «Vergroten Social Media inzet op het gebied van vrouwspecifieke gezondheid». Kan de Minister aangeven of dit bestaat uit enkel communicatie vanuit de kanalen van de Rijksoverheid of vanuit het brede werkveld? Is de Minister voornemens een bredere communicatiecampagne voor vrouwspecifieke gezondheid op te zetten?

Convenant vrouwengezondheid

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 2 van het convenant dat het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) is aangesloten als partner voor het verbeteren van vrouwengezondheid. Hun belofte in het convenant is om een bijdrage te leveren aan het wetsvoorstel om abortus uit het strafrecht te halen. Wat is het standpunt van de Minister over het halen van abortus uit het strafrecht?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. Zij steunen het doel van de werkagenda, maar missen wel concrete acties en financiering in de werkagenda. Zij hebben daarom nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zien in de werkagenda veel goede ambities. Op de onderwerpen waarvoor actielijnen zijn opgezet zijn namelijk veel verbeteringen nodig. De leden van de SP-fractie zien echter dat er vooral een stip op de horizon wordt gezet, maar dat er in deze werkagenda niet duidelijk wordt hoe hieraan gewerkt zal worden. Daarmee lijkt de werkagenda weinig toe te voegen aan de Nationale Strategie Vrouwengezondheid, waarin ook al goede ambities waren geformuleerd. Waarom staan er zo weinig concrete acties in de werkagenda? Hoe is de Minister van plan om de grote en terechte ambities uit de werkagenda en de nationale strategie werkelijkheid te maken?

De leden van de SP-fractie zijn daarnaast teleurgesteld over het ontbreken aan financiering voor de nationale strategie en de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. In de financiële bijlage staan enkel posten die al bekend waren. De ongelijkheid in de zorg en het gebrek aan kennis en aandacht voor vrouwengezondheid zijn echter grote uitdagingen die niet worden opgelost met een tabelletje waarin staat opgesomd welke initiatieven al geld krijgen op basis van de huidige financiering. Waarom is de Minister niet bereid om extra financiering vrij te maken, om de grote ambities uit de werkagenda werkelijkheid te maken? Gelooft de Minister werkelijk dat deze grote veranderingen in de gezondheidszorg voor de helft van de bevolking zonder extra geld kunnen worden gerealiseerd?

De leden van de SP-fractie constateren dat de Minister met deze werkagenda zonder concrete plannen wel een oproep doet aan organisaties «om zich actief aan te sluiten bij deze beweging». Daarmee legt zij de bal neer bij de zorg zelf, terwijl daar juist de roep vandaan kwam om als overheid hiermee aan de slag te gaan. Bovendien legt dit kabinet de zorg tegelijkertijd 10 miljard euro aan extra bezuinigingen op, bovenop de miljardenbezuinigingen die vorige kabinetten al hadden ingeboekt. Hoe kijkt de Minister hiernaar? Is het niet logischer dat zij zelf ook extra stappen gaat zetten, in plaats van de uitdagingen rondom vrouwengezondheid vrijwel volledig neer te leggen bij een sector die zij tegelijkertijd megabezuinigingen oplegt?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister tot slot om alsnog te komen met concrete plannen om de ambities uit de werkagenda te realiseren. Is zij bereid om de ambities uit te werken met duidelijke acties, meetbare doelen, tijdslijnen en daarbij duidelijk aan te geven wie waarvoor verantwoordelijk is? Is zij daarbij ook bereid om serieus in kaart te brengen hoeveel aanvullende financiering hiervoor noodzakelijk is en deze vrij te maken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de Nationale Werkagenda Vrouwengezondheid. Deze leden vinden het goed dat vrouwengezondheid steeds nadrukkelijker als specifiek aandachtspunt wordt erkend. Gelukkig groeit zowel in de wetenschap en de samenleving als in politiek en bestuur het besef dat verschillen tussen mannen en vrouwen ertoe doen voor gezondheid, diagnostiek en behandeling. Meer kennis en aandacht hiervoor is niet alleen van groot

belang voor de gezondheid en kwaliteit van leven van vrouwen zelf, maar ook voor de samenleving als geheel, bijvoorbeeld door ziekteverzuim en uitval te voorkomen. De leden van de BBB-fractie hebben vertrouwen in de voorgestelde actielijnen en zien de positieve gevolgen daarvan met belangstelling tegemoet. Zij hebben hierover vooralsnog verder geen vragen of opmerkingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de 50PLUS-fractie

De leden van de 50PLUS-fractie danken de Minister voor de toezending van de Nationale Agenda Vrouwengezondheid en juichen het bestaan van een dergelijke agenda op zich zeer toe.

De uitwerking, met name van de financiële paragraaf, laat echter nogal te wensen over. In de agenda is te lezen dat een goede vrouwengezondheid 7,6 miljard euro kan opleveren, met name vanwege minder productiviteitsverlies en arbeidsverzuim. Desondanks zijn in de financiële paragraaf vooral dingen te vinden die al lopen vanuit ander of eerder beleid, niet nader te specificeren zijn omdat het een onderdeel is van een programma of anderszins niets extra's kosten.

Op deze wijze is het zuiver een document van goede intenties. Ja, het is belangrijk, maar nee, we maken geen extra geld vrij. De leden van de 50PLUS-fractie maken de Minister er, niet voor het eerst, op attent dat de kost voor de baat uitgaat. Als je wil dat het iets oplevert, zal er echt eerst in geïnvesteerd moeten worden. Daar is lef voor nodig, maar het is duidelijk dat dat ontbreekt. Het feit dat dit niet gebeurt, is goed beschouwd illustratief voor het probleem dat ook in de werkagenda wordt beschreven: eeuwenlang is er in de medische wetenschap en gezondheidszorg alleen aandacht geweest voor de man, waardoor de achterstand is ontstaan. «Investeren is vrouwengezondheid loont», zo staat op pagina 5. Maar dat is niet wat er gebeurt. De leden van de 50PLUS-fractie vragen de Minister dan ook duidelijk uit te leggen waarom er niet voor gekozen is om meer te investeren, zodat er bijvoorbeeld meer en sneller onderzoek gedaan kan gaan worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de brief van de Minister van 25 juni 2026 en de overige stukken. De volgende probleemanalyse wordt gedeeld: het mannenlichaam is te lang de norm geweest, en vrouwen betalen daarvoor met gemiste en late diagnoses. In de werkagenda alleen komt niet terug wat daar tegenover zou moeten staan. Betere diagnostiek en het structureel meewegen van biologisch geslacht komen er nauwelijks in voor. Deze leden hebben daarom de volgende vragen en opmerkingen.

Uitvoering van de toezegging van 10 februari 2026

De leden constateren dat de toenmalig Staatssecretaris tijdens het commissiedebat Vrouwengezondheid van 10 februari 2026 heeft toegezegd de door het lid Claassen genoemde elementen op te nemen in deze werkagenda. Dat waren: snellere en betere diagnostiek met harde normen voor wachttijden en doorlooptijden, regionale transparantie, seksespecifieke richtlijnen, inbedding van AI en digitale beslisondersteuning als standaard en niet als pilot, een gerichte investering in diagnostiek, en een ordening van aandoeningen naar impact op de vrouw én op de maatschappelijke kosten.

Deze leden hebben de werkagenda daarop nagelopen. In de doorzoekbare tekst van het document komt het woord «diagnostiek» één keer voor en «diagnostische» twee keer. De woorden «wachttijd», «doorlooptijd», «kunstmatige intelligentie», «beslisondersteuning» en «dementie» komen er geen enkele keer in voor. Het woord «sekse» komt precies één keer voor, in een kader over het subsidiebeleid van de Hartstichting. In de beslisnota bij de Kamerbrief wordt bovendien alleen de toezegging over het financieel overzicht als afgedaan aangemerkt.

Kan de Minister per genoemd element aangeven waar in de werkagenda de toezegging van 10 februari is uitgevoerd? Indien deze elementen er niet in staan, is de Minister dan bereid ze alsnog op te nemen en de Kamer daarover vóór het kerstreces te informeren?

Actielijn 1: van erkennen naar diagnosticeren

De leden lezen in actielijn 1 dat «geen klacht onherkend of onerkend» blijft. Erkenning is echter geen diagnose. De werkagenda meldt zelf dat het gemiddeld acht tot twaalf jaar duurt voordat vrouwen de juiste diagnose krijgen voor aandoeningen als endometriose en myomen. Nederlands onderzoek van Staal, Van der Zanden en Nap, (Gynecologic and Obstetric Investigation, 2016) laat zien waar die tijd zit: van in totaal 89 maanden vertraging zat 7 maanden bij de patiënte zelf, 35 maanden in de huisartsenpraktijk en 5 maanden bij de gynaecoloog. Het probleem zit dus grotendeels in de eerste lijn, in de fase vóór de verwijzing.

Wat gaat de Minister concreet doen om die 35 maanden te verkorten? Is zij bereid om, samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de wetenschappelijke verenigingen, afspraken te maken over maximale doorlooptijden van klacht tot diagnostisch traject bij een aantal aandoeningen met een aantoonbaar lange zoektocht, en die per regio inzichtelijk te maken?

De leden van de Groep Markuszower wijzen erop dat de ESHRE-richtlijn endometriose uit 2022 laparoscopie niet langer als gouden standaard aanmerkt en beeldvorming, echografie of MRI, als eerste stap aanbeveelt. Dat betekent dat een diagnose eerder gesteld kan worden zonder operatie, mits de echografische expertise in de eerste en tweede lijn op orde is. Hoe wordt die richtlijnwijziging in Nederland geïmplementeerd, en wat doet de Minister aan de scholing die daarvoor nodig is?

Deze leden vragen daarnaast aandacht voor afkapwaarden. Bij invoering van seksespecifieke drempelwaarden voor hoog-gevoelig troponine verdubbelde in de studie van Shah e.a. (BMJ, 2015) het aandeel vrouwen bij wie een hartinfarct werd vastgesteld, van 11 naar 22 procent, terwijl dat bij mannen vrijwel gelijk bleef. Van de vrouwen die onder de oude, uniforme drempel vielen, overleed of kreeg een kwart binnen een jaar opnieuw een infarct. Tegelijk laat de High-STEACS-studie (Lee e.a., JACC, 2019) zien dat betere detectie alleen niet genoeg is: deze vrouwen kregen ongeveer de helft van de behandelingen die mannen kregen en de uitkomsten verbeterden niet. Is de Minister bereid het Zorginstituut of de Federatie Medisch Specialisten te vragen systematisch in kaart te brengen bij welke veelgebruikte diagnostische tests seksespecifieke referentie- of afkapwaarden medisch geïndiceerd zijn, inclusief de vraag of het behandeltraject daar dan ook op aansluit?

Actielijn 2: biologisch geslacht als uitgangspunt, en waar het geld heen gaat

De leden van de Groep Markuszower constateren dat de nieuwe norm bij actielijn 2 spreekt over «man-vrouwverschillen» en over eisen aan subsidieverstrekkers, maar dat nergens in het document staat wat die eis precies inhoudt. Dat is geen detail. Het onderscheid tussen biologische sekse en gender bepaalt namelijk wat er gemeten wordt.

Het probleem in het onderzoek is inmiddels verschoven. Vrouwen wórden grotendeels geïncludeerd, maar het verschil wordt vervolgens niet geanalyseerd. In een evaluatie van 574 publicaties uit NIH-gefinancierd onderzoek includeerde 61 procent beide seksen, maar deed slechts 44 procent een sekse-uitgesplitste analyse en gaf 4 procent daar enige verantwoording over (Warden e.a., Communications Medicine, 2026). Bij door de NIH gefinancierde klinische trials met beide seksen ligt dat aandeel op 43 procent (Koch e.a., Journal of Women's Health, 2024). Inclusie zonder uitsplitsing levert simpelweg geen kennis op.

Dat dit geen academische kwestie is, blijkt uit de fase I-trials. Bij Nederlands onderzoek naar 38 geneesmiddelen in FDA-registratiedossiers was slechts 22 procent van de fase I-deelnemers vrouw (Labots e.a., British Journal of Clinical Pharmacology, 2018). Juist in de fase waarin de dosering wordt bepaald, is de vrouw nauwelijks aanwezig. Vervolgens blijkt bij 76 van 86 onderzochte geneesmiddelen de farmacokinetiek bij vrouwen hoger uit te vallen (Zucker en Prendergast, Biology of Sex Differences, 2020). Bij zolpidem halveerde de FDA op grond daarvan de aanbevolen dosis voor vrouwen, twintig jaar na markttoelating. Bij lecanemab bedroeg de vertraging van de cognitieve achteruitgang in een heranalyse 43 procent bij mannen tegenover 12 procent bij vrouwen, waar het gerapporteerde gemiddelde 27 procent was (Andrews e.a., Alzheimer's & Dementia, 2025). Dat is een middel voor een ziekte waarvan de patiëntenpopulatie voor ongeveer twee derde uit vrouwen bestaat.

De Verenigde Staten kennen sinds 2016 de NIH-eis dat sekse als biologische variabele wordt meegenomen in opzet, analyse en rapportage, met een verantwoordingsplicht bij eenzijdig onderzoek. Nederland kent stimulering en handvatten. Is de Minister bereid om, naar dat model, in de subsidiekaders van ZonMw als vóórwaarde op te nemen dat onderzoek met menselijke of dierlijke proefpersonen sekse-uitgesplitst wordt geanalyseerd en gerapporteerd, waarbij afwijken alleen mag met wetenschappelijke motivering? En is zij bereid daarover jaarlijks te rapporteren, zodat de Kamer kan zien of het bij een eis op papier blijft? De leden van de Groep Markuszower wijzen erop dat in Canada, waar een vergelijkbare eis zonder harde toetsing geldt, ruim 91 procent van de gehonoreerde aanvragen tussen 2009 en 2020 sekse of gender in het geheel niet noemde (Stranges e.a., Biology of Sex Differences, 2023).

De leden van de Groep Markuszower hechten eraan dit zuiver te houden. Zij bepleiten geen ideologisch project maar een wetenschappelijk uitgangspunt: waar mannen en vrouwen fysiologisch verschillen, moet dat verschil worden gemeten. Deze leden zien niet-biologische genderthematiek als iets anders dan dat, en vinden dat die geen voorrang hoort te krijgen op harde wetenschap wanneer middelen schaars zijn. Kan de Minister toezeggen dat het onderscheid tussen biologische sekse en gender in het uitvoeringsplan expliciet wordt gemaakt, inclusief welke middelen aan welk van beide worden besteed?

Investeren in minimaal invasieve diagnostiek

De leden van de Groep Markuszower hebben in het commissiedebat gewezen op het aandeel van diagnostiek in de klinische besluitvorming. Wat betreft deze verhouding: de Autoriteit Consument & Markt (ACM) raamde de omvang van de medische diagnostiek in Nederland op circa 3,5 miljard euro, op een zorgbudget van inmiddels ruim 120 miljard euro. Ongeveer drie procent van de uitgaven bepaalt waar de andere 97 procent naartoe gaat.

De leden van de Groep Markuszower pleiten voor een aparte, meetbare investeringslijn voor vroege en minimaal invasieve diagnostiek binnen het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid, met nadruk op validatie. Dat laatste is essentieel. De ESHRE-richtlijn raadt biomarkers in bloed, endometriumweefsel of menstruatievocht voor de diagnose endometriose op dit moment expliciet af, en geen enkele omics-marker heeft onafhankelijke externe validatie bereikt. Er worden ondertussen wel commerciële tests aan vrouwen verkocht. Is de Minister bereid onderzoeksmiddelen expliciet te richten op onafhankelijke, externe validatie van niet-invasieve diagnostiek voor vrouwspecifieke aandoeningen, in plaats van op nog meer verkennend biomarkeronderzoek? En hoe wordt voorkomen dat vrouwen intussen betalen voor tests waarvan de diagnostische waarde niet is aangetoond?

Zeldzame ziekten bij vrouwen en de rol van klinische genetica

De leden van de Groep Markuszower missen in de werkagenda ieder woord over zeldzame aandoeningen. «Zeldzame» en «genetica» komen in het document niet voor. Dat is een gemiste kans, want juist hier komen twee problemen samen: aspecifieke klachten en een systeem dat vrouwen later serieus neemt.

Uit de Rare Barometer van EURORDIS, met 6.507 patiënten met 1.675 verschillende aandoeningen in 41 landen, blijkt dat vrouw zijn een zelfstandige determinant is van diagnostische vertraging, met een odds ratio van 1,22 (95 procent-BI 1,1 tot 1,4), naast misdiagnose (2,48) en het aantal geraadpleegde zorgverleners (Faye e.a., European Journal of Human Genetics, 2024). De gemiddelde diagnosetijd bedroeg 4,7 jaar. Daar komt het probleem van de psychologisering bij: in twee cohorten met systemische auto-immuunziekten gaf ruim 80 procent van de patiënten die een psychosomatische of psychiatrische misdiagnose kregen aan dat dit hun zelfbeeld heeft beschadigd, en bleken zij significant vaker klachten te gaan verzwijgen en zorg te mijden (Sloan e.a., Rheumatology, 2025).

Ook het label «draagster» verdient herziening. Van 29 vrouwelijke Duchenne-draagsters die als asymptomatisch golden, vertoonden alle 29 spierbetrokkenheid op MRI (Vigliano e.a., Neurology: Genetics, 2025). Bij hemofiliedraagsters is bloedingsneiging eerder regel dan uitzondering. Genetisch draagsterschap is geen binaire toestand, onder meer door scheve X-inactivatie, maar wordt beleidsmatig wel zo behandeld.

Sneller doorverwijzen naar de klinische genetica loont bovendien. In het parallelle onderzoek van het Radboudumc leverde whole exome sequencing 29,3 procent conclusieve diagnoses op tegenover 7,3 procent via het reguliere traject, zonder hogere kosten (Vissers e.a., Genetics in Medicine, 2017). Duits declaratieonderzoek laat zien dat de zoektocht vóór verwijzing naar een expertisecentrum gemiddeld 26.999 euro per patiënt kost, tegen 3.561 euro bij gematchte controles (Glaubitz e.a., Orphanet Journal of Rare Diseases, 2025). Tegelijk bedroeg de wachttijd voor de

polikliniek cardiogenetica van het Maastricht UMC+ op 2 september 2026 198 dagen, en voor de algemene polikliniek klinische genetica 111 dagen.

Is de Minister bereid zeldzame aandoeningen bij vrouwen als expliciet thema in het uitvoeringsplan op te nemen, en daarbij een lage drempel voor verwijzing naar de klinische genetica als uitgangspunt te hanteren bij langdurig onverklaarde klachten? Wanneer verwacht zij het Nationaal Plan Zeldzame Aandoeningen, en wordt daarin het sekseverschil in diagnostische vertraging meegenomen? Kan zij daarnaast een landelijk beeld geven van de wachttijden bij de afdelingen klinische genetica?

Actieve preventie en vroegopsporing

De leden van de Groep Markuszower constateren dat het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in 2024 een deelnamegraad van 54,4 procent kende, waarbij 63 procent van de deelnemers gebruikmaakte van de zelfafnameset (RIVM-monitor 2024). Uit de meta-analyse van Arbyn e.a. (BMJ, 2018) blijkt dat het ongevraagd toesturen van een zelfafnameset de deelname meer dan verdubbelt (relatieve deelname 2,33), terwijl het laten aanvrágen ervan geen significant effect heeft ten opzichte van een gewone uitnodigingsbrief (1,22). Waarom wordt de set dan nog steeds op aanvraag verstrekt in plaats van standaard meegestuurd, en is de Minister bereid dat te laten doorrekenen?

Deze leden komen daarnaast terug op het dichte borstweefsel. In het genoemde commissiedebat is bevestigd dat de borstdensiteit bij het bevolkingsonderzoek niet wordt gemeten, terwijl de apparatuur dat in theorie kan. Een vrouw die na een mammografie vraagt of zij dicht borstweefsel heeft, krijgt te horen dat het niet gemeten is. Vanuit het beginsel van informed consent achten deze leden dat onhoudbaar. Wat kost het om die meting alsnog uit te voeren, en welke stappen zet de Minister om de aanvullende MRI eerder beschikbaar te hebben dan 2030?

Toxicologische en omgevingsinvloeden

De leden van de Groep Markuszower constateren dat de werkagenda geen enkel woord wijdt aan chemische blootstelling. «Blootstelling», «chemisch» en «hormoonverstorend» komen niet voor. Dat is opvallend voor een agenda die zegt naar de hele leefwereld van vrouwen te kijken, en die de instroom van jonge vrouwen in de WIA als casus opvoert.

Deze leden overvragen dit dossier bewust niet. Veel van het bewijs is associatief en een deel is ronduit zwak. Maar niet alles. Voor dioxine en endometriose is via het NTP/OHAT-raamwerk de conclusie «known hazard for endometriosis in humans» getrokken (Matta e.a., Environmental Health Perspectives, 2021). In de Amerikaanse Sister Study, met bijna 34.000 vrouwen en ruim tien jaar follow-up, was frequent gebruik van chemische haarontkrullers geassocieerd met baarmoederkanker (HR 2,55; 95 procent-BI 1,46 tot 4,45), met een dosis-responsrelatie en zonder vergelijkbaar effect bij haarverf (Chang e.a., JNCI, 2022). Voor beroepsmatige blootstelling aan schoonmaakmiddelen, in sectoren waar overwegend vrouwen werken, is de associatie met astma (RR 1,50) en COPD (RR 1,43) stevig onderbouwd (Archangelidi e.a., Occupational and Environmental Medicine, 2021), en blootstelling die al vóór de conceptie begon hangt samen met astma bij het kind (Tjalvin e.a., JACI, 2022). Voor micro- en nanoplastics geldt het omgekeerde: de aanwezigheid in placenta, moedermelk en follikelvloeistof is aangetoond, schade niet, en de meetmethoden kampen met valse positieven doordat afbraakproducten van polyetheen niet zijn te onderscheiden van lichaamseigen vetzuren.

Juist die ongelijkmatigheid is het punt. Het veld is niet gevaarlijk gebleken, het is ongelijk onderzocht. Daar komt bij dat de EU-cosmeticaverordening elk product afzonderlijk beoordeelt en geen aggregatie over producten kent, terwijl een consument er dagelijks meerdere gebruikt. Nederland heeft met PACEM, ontwikkeld met het RIVM, wel het rekeninstrument voor gecombineerde consumentenblootstelling.

Het RIVM heeft op 2 juli 2026, in opdracht van VWS, een voorstel gedaan voor structurele humane biomonitoring: elke vijf jaar honderd stoffen meten bij 1.500 inwoners, voor circa 20 miljoen euro per meetronde. Gaat de Minister dit voorstel uitvoeren? Zo ja, worden vrouwspecifieke uitkomsten daarin als aparte analyselaag opgenomen, en worden beroepsgroepen met een hoge blootstelling en een overwegend vrouwelijk personeelsbestand, zoals kappers, nagelstylisten en schoonmakers, als aparte groep meegenomen? Kan de Minister verder aangeven in hoeverre bij de afleiding van wettelijke grenswaarden voor gevaarlijke stoffen rekening wordt gehouden met sekseverschillen in lichaamssamenstelling en toxicokinetiek? En wat is er gebeurd met de aanbeveling van de Gezondheidsraad uit 2014 om een systeem van post-marketing surveillance voor stoffen op te zetten, naar analogie van de geneesmiddelenbewaking?

Financiële paragraaf

De leden van de Groep Markuszower danken de Minister voor de financiële paragraaf, maar constateren dat die vooral bestaand beleid inventariseert. Van de 162 miljoen euro voor het Kaderprogramma Passende Zorg en de 30 miljoen euro voor het ZonMw-onderzoeksprogramma ggz is, blijkens de voetnoten, geen euro geoormerkt voor vrouwengezondheid. Wat is dan de informatiewaarde van die posten in dit overzicht?

Voor de alliantie Gezondheidszorg op Maat, gericht op gender- en lhbtiq+-sensitieve zorg, staat ondertussen circa 5,3 miljoen euro in het overzicht. Deze leden bestrijden niet dat scholing van zorgprofessionals nut heeft, maar zij stellen wel de prioriteitsvraag: hoe verhoudt dat bedrag zich tot de 2,25 miljoen euro die in zeven jaar beschikbaar is voor kennisontwikkeling over niet-gynaecologische somatische aandoeningen bij vrouwen?

Over het Kennisprogramma Vrouwspecifieke Gezondheid is in het genoemde commissiedebat gemeld dat van de 15 miljoen euro 7,5 miljoen naar gynaecologische aandoeningen gaat, 2,25 miljoen naar niet-gynaecologische somatische aandoeningen en ruim 2 miljoen naar netwerk, infrastructuur, implementatie en bewustwording. Daarmee resteert ongeveer 3,25 miljoen euro aan «ondersteuning van de programma's». Kan de Minister die post uitsplitsen? Deze leden vinden ruim een vijfde van een toch al bescheiden programma veel voor overhead.

De taakopdracht Gender en Gezondheid, 4,05 miljoen euro, loopt volgens de tabel tot de zomer van 2026 en is dus afgelopen. De vraag die het lid Claassen op 10 februari stelde, hoe die middelen zijn verdeeld tussen biologische sekse en genderaspecten, is toen niet beantwoord. Kan de Minister dat alsnog doen, nu het programma is afgerond? En wordt de taakopdracht voortgezet, en zo ja, met welk bedrag en welke opdracht?

Ten slotte constateren deze leden dat de beslisnota bij de Kamerbrief onder «financieel-economische gevolgen» niet meer vermeldt dan «N.v.t.», terwijl de werkagenda zelf stelt dat betere vrouwengezondheid jaarlijks 7,6 miljard euro kan opleveren. Als die 7,6 miljard serieus wordt genomen, hoort daar een businesscase bij. Is de Minister bereid die maatschappelijke baten door te laten rekenen en aan het uitvoeringsplan toe te voegen, zodat de Kamer bij de begroting 2028 kan zien wat investeren en niet-investeren kost?

Tot slot

De leden constateren dat ook het veld, in de gezamenlijke brief van de NVOG, het H3-netwerk, WOMEN Inc. en anderen van 2 september 2026, vraagt om een uitvoeringsplan met meetbare doelen, verantwoordelijkheden en een tijdpad. Deze leden sluiten zich daarbij aan, en voegen daar de eigen punten aan toe. Is de Minister bereid toe te zeggen dat het uitvoeringsplan uiterlijk eind 2026 aan de Kamer wordt gezonden, en dat daarin in ieder geval expliciet worden opgenomen: het biologisch geslacht als uitgangspunt in onderzoek en richtlijnen waar dat medisch relevant is, een aparte lijn voor vroege en minimaal invasieve diagnostiek, zeldzame aandoeningen bij vrouwen en snellere verwijzing naar de klinische genetica, en toxicologische en omgevingsblootstelling als kennisthema?

II. Reactie van de Minister