



FEMALE CENTERED CARE MASTERGIDS

Waar de reguliere zorg tekortschiet, wat vrouwen echt nodig hebben en waarom holistische, lichaamsgerichte ondersteuning de noodzakelijke complementaire rol speelt.

DOOR

Sarah Dous

JAAR

2026

WEB:

@wombawakeningvlaanderen
wombawakeningvlaanderen.com

0 • INHOUD

0. Inhoud.....	2
1. Executive Summary.....	3
2. De Vlaamse realiteit in cijfers.....	6
I. Cyclus & hormonale gezondheid – De basisjaren.....	8
II. Cyclische aandoeningen – De ongeziene ziekten.....	10
III. Zwangerschap, bevallen en postpartum – De breuklijn van zorg.....	11
IV. Bekken & orgaanstructuur – Lichamelijkheid doorheen het leven.....	13
V. Overgang & opvolging – De vergeten levensfasen.....	15
3. Waar het gezondheidszorgsysteem tekortschiet.....	19
I. Structurele blinde vlekken in de medische zorg.....	19
II. De onzichtbare druk op medische professionals.....	21
4. De blinde vlek in de holistische sector.....	25
I. Vaagheid en inconsistentie in methodiek en onderbouwing.....	26
II. Doorverwijsbeleid is persoonlijk, niet systematisch.....	28
III. Traumabinding & traumalooping.....	29
5. Waarom de psychosociale sector vrouwenklachten niet volledig opvang.....	32
6. Wat vrouwen echt nodig hebben (female-centered care).....	35
I. Preventie & dagelijkse ondersteuning.....	35
II. Nazorg – vooral na medische ingrepen.....	38
7. De bouwblokken van female-centered care.....	42
I. Uitzoomen en context plaatsen.....	42
II. Cyclisch kijken.....	43
III. Lichaamsgerichte zorg (somatisch & zenuwstelselgericht).....	44
IV. Een klankbord & sociale cohesie.....	45
8. Wat Womb Awakening Vlaanderen bijdraagt.....	48
I. Een duidelijke, zachte en extern reproduceerbare methodiek.....	49
II. Data verzamelen om patronen zichtbaar te maken.....	49
III. Kwaliteitsrichtlijnen die veiligheid en professionaliteit verhogen.....	50
IV. Een netwerkstructuur met een kwaliteitslabel.....	52
9. Casussen uit de praktijk.....	53
Casus I – Postpartum herstel na keizersnede.....	53
Casus II – Endometriose/adenomyose & verlichting van menstruatieklachten.....	54
Casus III – Menopauzale verwerking na herhaalde miskramen.....	56
10. De toekomst van female-centered care in Vlaanderen.....	57
11. Over de auteur.....	59
12. Slotpagina.....	60
13. Bronnenlijst.....	62

1 • EXECUTIVE SUMMARY

Vrouwenlichamen dragen vandaag een onevenredig groot deel van de onzichtbare last in onze samenleving. Chronische pijn, cyclusklachten, fertiliteitsuitdagingen, perimenopauzale problemen, uitputting en bekken-gerelateerde klachten komen massaal voor, maar worden zelden in hun volle complexiteit erkend. De impact ervan reikt verder dan het lichaam: ze tast relaties, werk, mentale gezondheid en de bredere samenleving aan.

In Vlaanderen is de medische zorg sterk uitgebouwd, met een terecht sterke focus op veiligheid, levensreddend en het vroegtijdig opsporen van ziektes. Toch ontstaan er structurele blinde vlekken wanneer het gaat over het dagdagelijkse welzijn bij vrouwen. Consultaties zijn kort, vrouw-specifieke patronen worden te weinig herkend, en er is nauwelijks tijd voor preventie, psychosomatische context of nazorg na ingrijpende gebeurtenissen zoals traumatische bevallingen met of zonder keizersnede, hysterectomie, miskraam, abortus of fertiliteitstrajecten.

Parallel groeit de holistische sector. Steeds meer vrouwen zoeken ondersteuning via massage, lichaamsgerichte therapie, vrouwencirkels en alternatieve zorg. Maar deze sector is ongedefinieerd en functioneert vandaag vaak als een Wilde Westen: veel goede intenties, maar weinig gemeenschappelijke taal, nauwelijks kwaliteitskaders, geen uniform doorverwijsbeleid en weinig mogelijkheden om resultaten objectief te onderbouwen. Dit voedt het wederzijds wantrouwen tussen de medische en holistische wereld, terwijl beide in essentie hetzelfde doel nastreven: dat vrouwen gezond zijn, blijven en zich goed in hun vel voelen.

In dit document pleiten we voor een derde weg: female-centered care of, in het Nederlands, vrouwgerichte zorg.

Een vorm van zorg die:

- vertrekt vanuit de totaliteit van de vrouw (lichaam, psyche, levenscontext, relaties, zingeving)
- het vrouwelijk lichaam cyclisch bekijkt over het hele levensverloop (menarche, vruchtbare jaren, zwangerschap, postpartum, perimenopauze, postmenopauze)
- preventie en dagelijkse ondersteuning even belangrijk vindt als acute zorg
- nadruk legt op zachte, lichaamsgerichte en zenuwstelsel-regulerende technieken
- ruimte maakt voor psychosomatiek, trauma-informering en sociale steun
- expliciet inzet op nazorg na medische ingrepen en ingrijpende levensgebeurtenissen

Deze vorm van zorg is geen vervanging van de medische sector, maar een noodzakelijke aanvulling. Ze kan lichtere tot matige chronische klachten helpen dragen, voorkomen dat klachten escaleren, en zo de druk op een overbelast zorgsysteem verlagen. Female-centered care vraagt wel om professionaliteit: heldere methodiek, veiligheid, ethiek, grenzen, kwalitatieve opleiding én wederzijdse samenwerking met medische partners.

Womb Awakening Vlaanderen (WAV) positioneert zich in dit landschap als een opleidings- en netwerkorganisatie die precies daar wil bouwen: aan een onderbouwde, zachte, maar professionele vorm van holistische vrouwenwelzijnszorg. Een zorg die perfect en veilig kan samenlopen met medische zorg voor vrouwen.

In dit document:

- schetsen we de Vlaamse realiteit in cijfers rond vrouwenwelzijn
- benoemen we waar het medische systeem tekortschiet – zonder schuld te leggen bij individuele artsen
- analyseren we de blinde vlekken in de huidige holistische sector
- definiëren we wat female-centered care inhoudt, en welke bouwstenen essentieel zijn
- tonen we welke rol WAV vandaag al opneemt en welke fundamenten we verder willen uitbouwen

We claimen niet dat we “klaar” zijn. Wel dat we de eerste stappen zetten naar een professioneel, onderbouwd en ethisch verantwoord model van female-centered care in Vlaanderen mét respect voor de medische sector en met diep respect voor de vrouwen voor wie we dit willen realiseren.

Om female-centered care te begrijpen, moeten we eerst helder zien wat de situatie vandaag werkelijk is. Niet in intuïtieve indrukken, maar in harde cijfers. Achter elke statistiek schuilt een verhaal, een vrouw, een gezin — en vooral een patroon dat zich herhaalt in heel Vlaanderen. **In het volgende hoofdstuk brengen we de Vlaamse realiteit in kaart: de meest voorkomende klachten, ziekten en levensfases waarin vrouwen ondersteuning missen.** Deze cijfers vormen het fundament waarop de rest van dit document verder bouwt.

2 • DE VLAAMSE REALITEIT IN CIJFERS

Vrouwenlichamen — en de problemen die ermee gepaard gaan — zijn lange tijd een taboe geweest. Tot vandaag blijft voor veel vrouwen dezelfde realiteit bestaan: wie met chronische pijn, hormonale klachten, postpartum-uitdagingen of kinderwens-gerelateerde stress leeft, draagt dat vaak in stilte. En die stilte kost ons iets. Niet alleen op vlak van welzijn, maar ook economisch en maatschappelijk. Ongeplande ziekte-uitval, productiviteitsverlies, mentale belasting, relationele druk, impact op de opvoeding... Het welzijn van een vrouw — en vaak van een moeder — reikt veel verder dan haar lichaam of haar innerlijke wereld.

Deze uitspraken kunnen gelezen worden als:

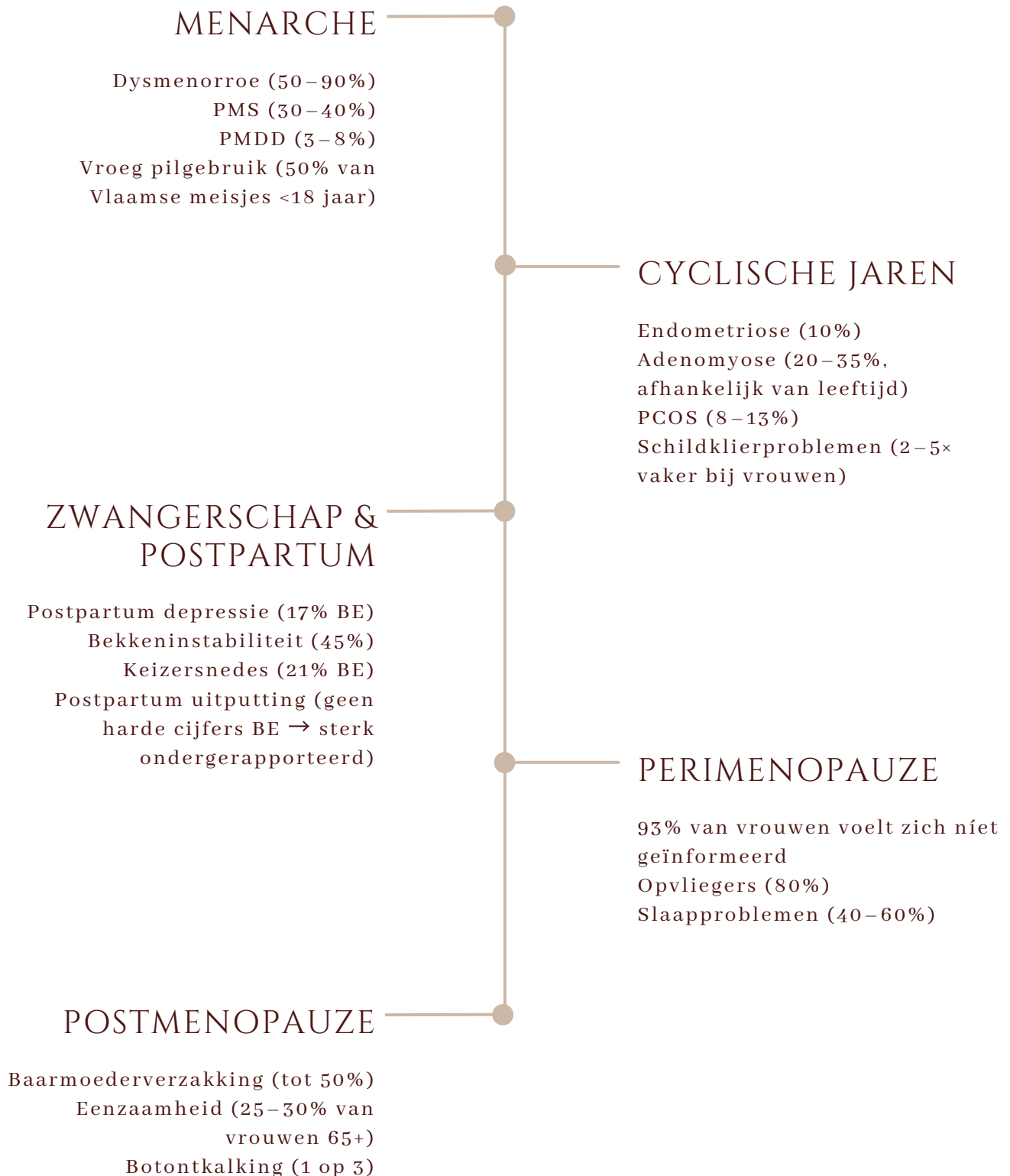
“Is het lijden van vrouwen zelf dan niet genoeg? Moet dit economisch bekeken worden?”

En precies daarom schrijf ik, Sarah Dousselaere - oprichster van Womb Awakening Vlaanderen, dit document. Ik tracht de situatie vanuit zoveel mogelijk maatschappelijk relevante invalshoeken te bekijken, zodat het jou de taal kan bieden die de snelste beweging brengt.

De realiteit is: de pijn van vrouwen alleen heeft nog nooit volstaan om structurele verandering teweeg te brengen. Dat vraagt eerst erkenning en persoonlijke rouw bij de vrouwen die vaak jarenlang onder structurele verwaarlozing hebben geleden. En daarna vraagt het belichaamde wijsheid, zodat we aan tafel kunnen zitten met een woordenschat die daadwerkelijk iets in beweging zet. In onze huidige maatschappelijke context is economische en maatschappelijke impact de taal die het snelst gehoor vindt. Daarom betrek ik die systematisch doorheen dit document.

Steeds meer onderzoek wordt gepubliceerd over de klachten waar vrouwen in Vlaanderen mee geconfronteerd worden. In dit hoofdstuk schets ik de cijfers van de meest voorkomende ziekten en uitdagingen — in de chronologische volgorde van het vrouwelijk levensverloop: van de menarche (eerste menstruatie) tot en met de postmenopauze.

OVERZICHT • VROUWELIJK LEVENSTRAJECT IN CIJFERS



I. CYCLUS & HORMONALE GEZONDHEID – DE BASISJAREN

Dit deel gaat over wat normaal zou moeten zijn, maar zelden zo voelt. Deze thema's vormen het fundament van wat een vrouw in haar lichaam tot vrouw maakt. Als hier iets structureel scheef zit, heeft dat een negatief rimpeleffect – niet alleen op het fysieke aspect van haar leven, maar ook op het emotionele, sociale en economische vlak.

1. Menstruatiepijn
2. PMS & PMDD
3. Gebruik van hormonale anticonceptie tijdens ontwikkelingsjaren
4. Schildklierproblemen

1. Menstruatiepijn

Definitie:

Met menstruatiepijn (dysmenorroe) refereer ik aan pijn in de onderbuik of onderrug rond de menstruatie, die maandelijks terugkeert. Je hebt primaire dysmenorroe (zonder onderliggende aandoening) en secundaire dysmenorroe (door bijvoorbeeld endometriose of adenomyose).

Wat voor dit document relevant is: pijn die het dagelijks functioneren aantast — school, werk, zorg voor kinderen, sociaal leven.

In cijfers:

- Wereldwijd ervaart ongeveer 71% van de vrouwen menstruatiepijn, waarvan ongeveer één derde matig tot ernstig lijdt en dagelijkse taken moet aanpassen (Arruda et al., 2025).
- Europese adolescenten data tonen dat ongeveer 50% van meisjes van 15–16 jaar dysmenorroe ervaart, vaak met impact op schoolresultaten en aanwezigheid (van Uden et al., 2024).
- Onder studenten lopen prevalenties nog hoger op: tussen 78% en 82%, waarbij 20–30% ernstige pijn rapporteert die concentratie, productiviteit en energie beïnvloedt (Sima et al., 2022).

Omdat Vlaamse cijfers ontbreken, kunnen we op basis van deze Europese en internationale datasets aannemen dat minstens de helft tot mogelijk 2 op 3 vrouwen in Vlaanderen menstruatiepijn heeft die hun functioneren beïnvloedt.

2. PMS & PMDD

Definitie:

Premenstrueel syndroom (PMS) zijn terugkerende emotionele, fysieke en gedragsmatige symptomen in de luteale fase die verbeteren wanneer de menstruatie begint.

PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) is de veel zwaardere variant, met ernstige depressieve symptomen, prikkelbaarheid en een duidelijke beperking in functioneren.

In cijfers:

- Een wereldwijde analyse toont dat 47–48% van vrouwen PMS-symptomen ervaart, waarvan 3–8% ernstige klachten heeft die relaties, werk en mentale gezondheid beïnvloeden (Liu et al., 2024).
- PMDD is kleiner maar impactvol: prospectieve onderzoeken — de strengste vorm van diagnose — tonen dat ongeveer 1,6% van vrouwen voldoet aan de officiële criteria (Reilly et al., 2024).
- Het aantal vrouwen met PMS wereldwijd steeg van 652 miljoen naar 956 miljoen tussen 1990 en 2019, zonder dat de prevalentie daalde — een teken dat dit een structureel en wijdverspreid fenomeen is (Liu et al., 2024).

3. Gebruik van hormonale anticonceptie tijdens de ontwikkelingsfase

Definitie:

Met vroegtijdig gebruik van hormonale anticonceptie bedoel ik het starten van de pil of andere hormonale methoden tijdens de adolescentie, in een fase waarin:

- de menstruatie-ovulatiecyclus nog rijpt,
- de communicatie tussen hersenen en eierstokken zich ontwikkelt,
- hormonale systemen nog zoeken naar een eigen ritme.

De pil *is geen pathologie*, maar de impact van exogene hormonen op een cyclus die nog in opbouw is, is wetenschappelijk onvoldoende onderzocht. Wat wél duidelijk wordt: er verandert iets wanneer een meisje haar hormonale communicatie vanaf het begin kunstmatig moduleert. Dit gesprek wordt vandaag te weinig gevoerd.

In cijfers:

- In België gebruikt 84% van de seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 49 jaar anticonceptie, met de combinatiepil als historisch meest gebruikte methode (Healthy Belgium, 2024).

Internationale cijfers helpen het Vlaamse gat op te vullen:

- In Denemarken had meer dan 50% van de meisjes tegen 17 jaar al minstens één voorschrift voor hormonale anticonceptie; tegen 20 jaar was dat ongeveer 85% (Løkkegaard et al., 2023).
- Een Europese vergelijking toont dat Noord-Europa wereldwijd tot de hoogste gebruikscijfers van hormonale anticonceptie bij 15–19-jarigen behoort (Hognert et al., 2018).
- Wereldwijd gebruikten in 2019 bijna 30 miljoen meisjes van 15–19 jaar een moderne vorm van anticonceptie — met West-Europa als één van de regio's met de hoogste cijfers (Kantorová et al., 2021).

We zien dus een generatie meisjes en jonge vrouwen die nooit een lange periode een natuurlijke, ongestoorde cyclus heeft gehad. De gevolgen op het vlak van hormonale gezondheid, stemming, libido, fertiliteit en fysiologische ontwikkeling verdienen veel meer onderzoek en openheid dan vandaag het geval is.

4. Schildklierproblemen

Definitie:

De schildklier is een hormonale klier die rechtstreeks invloed heeft op energie, metabolisme, stemming, temperatuurregulatie, cyclusregulariteit en vruchtbaarheid. Hypothyreoïdie (trage schildklier) en Hashimoto (auto-immuunvariant) komen aanzienlijk vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Een ontregelde schildklier kan leiden tot cyclusverstoringen, zware vermoeidheid, koude-intolerantie, gewichtsschommelingen en een vertraagde ovulatie.

In cijfers:

- Wereldwijd worden schildklierproblemen 5 tot 8 keer vaker vastgesteld bij vrouwen dan bij mannen (Dong et al., 2020).
- Hashimoto treft naar schatting 5–10% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd (Chaker et al., 2017).
- Hypothyreoïdie is geassocieerd met cyclusstoornissen bij 30–40% van de getroffen vrouwen (Poppe et al., 2017).
- Onbehandelde hypothyreoïdie verhoogt het risico op miskraam, postpartum-depressie en PMS-achtige klachten (Stagnaro-Green et al., 2012).

II. CYCLISCHE AANDOENINGEN – DE ONGEZIENE ZIEKTEN

Dit zijn de “grote vergeten diagnoses” van het vrouwelijk lichaam. Deze ziekten bepalen de energie, vruchtbaarheid, pijn en het mentaal welzijn van de vrouw. Ze hebben ook een directe impact op haar persoonlijke en professionele relaties.

5. PCOS

6. Endometriose

5. PCOS (Polycysteus Ovarium Syndroom)

Definitie:

PCOS is een hormonale aandoening waarbij de ovulatie onregelmatig of afwezig is, vaak gepaard met insulineresistentie, verhoogde androgenen, acne, haargroei, stemmingsproblemen en cycluslengtes boven de 35 dagen. Het is één van de meest voorkomende oorzaken van subfertiliteit bij vrouwen.

In cijfers:

- PCOS treft wereldwijd 8–13% van alle vrouwen in de reproductieve leeftijd (Bozdog et al., 2016).
- Bij vrouwen met onregelmatige cycli loopt dat op tot 70% (Rosenfield, 2020).er)

- Insulineresistentie wordt vastgesteld bij 50–70% van vrouwen met PCOS (Lim et al., 2019).
- Psychologische impact: vrouwen met PCOS hebben 2–3 keer meer kans op depressie en angst (Dokras et al., 2018).

6. Endometriose

Definitie:

Endometriose is een chronische ontstekingsaandoening waarbij endometriumachtig weefsel buiten de baarmoeder groeit. Vaak gepaard met ernstige menstruatiepijn, bekkenpijn, pijn bij seks, vruchtbaarheidsproblemen en uitputting.

Verschillende varianten:

- oppervlakkige peritoneale endometriose
- ovarium-endometriomen
- diepe-infiltrerende endometriose (DIE)
- adenomyose (verwant, maar binnen de spierwand van de baarmoeder)

In cijfers:

- Endometriose treft 1 op 10 vrouwen wereldwijd (Zondervan et al., 2018).
- Bij vrouwen met chronische bekkenpijn loopt dit op tot 70% (Mechsner, 2022).
- Adenomyose komt voor bij 20–30% van vrouwen, vooral na 35 jaar (Chapron et al., 2020).
- Gemiddeld duurt het 7–10 jaar voordat een diagnose wordt gesteld (Seear, 2021).

III. ZWANGERSCHAP, BEVALLEN EN POSTPARTUM – DE BREUKLIJN VAN ZORG

Hier zit een grote systemische discrepantie tussen wat vrouwen nodig hebben en wat het systeem biedt. In een Westers land zoals België horen we bij de koplopers, en toch is er zeer veel stil lijden in deze doelgroep.

7. Postpartum complicaties

8. Keizersnedes (fysiek & somatisch herstel)

7. Postpartum complicaties

Definitie:

De postpartumfase (de eerste 12 maanden na geboorte) is een intense periode van herstel. Disregulatie van het zenuwstelsel, uitputting, hormonale dalingen en fysieke kwetsbaarheid zijn normaal — maar worden te weinig opgevolgd. Relevante complicaties zijn: postpartumdepressie, angst, bekkeninstabiliteit, prolaps, wonden van bevalling, borstvoedingscomplicaties en algemene uitputting.

In cijfers:

- Postpartumdepressie komt voor bij 10–20% van vrouwen (Howard et al., 2018).
- Postpartum angststoornissen komen voor bij tot zo'n 17% (Fairbrother et al., 2019).
- Tot 50% van vrouwen ervaart bekkenbodemdysfunctie na bevalling (Mørkved et al., 2014).
- Meer dan 80% van vrouwen ervaart “postpartum depletion” (uitputting, brain fog) in de eerste 6 maanden (Bergman et al., 2020).

8. Keizersneden

Definitie & nuance:

Een keizersnede is een levensreddende medische ingreep wanneer nodig — en kan cruciaal zijn voor de veiligheid van moeder en kind.

Naast fysieke littekens zijn er vaak stilzwijgende gevolgen:

- gevoelloosheid
- verminderde doorbloeding
- koude onderbuik
- verminderde somatische sensualiteit
- spanning in en rond de littekenzone
- disconnectie met de onderbuik

Dit zijn geen pathologieën, maar veelvoorkomende ervaringen die vrouwen delen binnen de opleidingen van Womb Awakening Vlaanderen én die bij zachte aanraking vaak fysiek merkbaar zijn tijdens mijn sessies. Mijn observaties zijn anekdotisch, maar opvallend consistent. Deze patronen vragen om verdere verdieping via nauwkeurig en wetenschappelijk onderbouwd onderzoek.

In cijfers:

- In België gebeurt ongeveer 1 op 5 geboortes via keizersnede (BelBirth Study, 2023).
- Tot 60% van vrouwen ervaart blijvende gevoelloosheid of spanning rond het litteken (Pinto et al., 2019).
- Postoperatieve adhesies komen voor bij 50–90% van vrouwen, afhankelijk van type ingreep (Ten Broek et al., 2013).

IV. BEKKEN & ORGAANSTRUCTUUR – LICHAMELIJKHEID DOORHEEN HET LEVEN

Het lichaam draagt sporen van geboorte, leven en ouder worden. Die sporen maken deel uit van de identiteit van een vrouw. Hoe die identiteit zich vormt, kan positief of negatief zijn – en vraagt erkenning en verdieping.

9. Baarmoederverzakkingen

10. Kanker (borst, baarmoederhals, eierstokken)

11. Hysterectomie (alle vormen + somatische impact)

9. Baarmoederverzakkingen (Prolaps).

Definitie:

Een prolaps ontstaat wanneer de bekkenbodem onvoldoende steun biedt aan de baarmoeder, blaas of vagina. Kan leiden tot drukgevoel, urineverlies, pijn, verstoring in de cyclus en overgang, moeilijkheden bij seks of een zwaar gevoel in het bekken.

In cijfers:

- Tot 50% van vrouwen ervaart een vorm van prolaps na vaginale bevalling (Slieker-ten Hove et al., 2009).
- 3–11% van vrouwen heeft in hun leven een operatie nodig voor prolaps (Wu et al., 2014).
- Postmenopauzale vrouwen lopen een significant verhoogd risico, voornamelijk door afname van oestrogeen die veranderingen veroorzaakt in bindweefsel en bekkenbodemsteun (Weber et al., 2018).

Verskil in interpretatiekaders: medisch vs. holistisch

In mijn praktijk merk ik dat veel vrouwen van hun gynaecoloog te horen krijgen dat ze een *licht gekantelde baarmoeder* hebben, wat medisch gezien vaak als “normaal” en klinisch niet relevant wordt beschouwd. Binnen inheemse en holistische tradities wordt dit anders geïnterpreteerd: een baarmoeder die niet centraal in de bekkenbodem rust, wordt gezien als een mogelijke factor in verschillende klachten.

Veelvoorkomende klachten die in holistische/inheemse stromingen gelinkt worden aan baarmoederverplaatsing:

(Belangrijk: dit zijn traditionele en holistische observaties, geen medisch vastgestelde causale verbanden.)

- Verminderde vruchtbaarheid / fertiliteitsuitdagingen
- Menstruatiekrampen (dysmenorroe)
- Migraine tijdens de luteale fase
- Moeilijke perimenopauzale en menopauzale overgang
- Pijn of spanning in lage rug, bekken of heupen
- Terugkerende cyclusontregeling

Deze spanning tussen medische interpretatie (“het is normaal”) en holistische observatie (“dit patroon hangt samen met klachten”) toont hoe onderzoeksblinde vlekken ontstaan. Het betekent niet dat een gekantelde baarmoeder *per definitie* problematisch is. Het betekent wél:

- dat er een duidelijke mismatch bestaat tussen wat vrouwen ervaren en wat onderzocht is
- dat holistische patronen vaak consistent opduiken maar zelden wetenschappelijk geëvalueerd zijn
- dat hier een groot potentieel onderzoeksveld ligt voor Vlaamse universiteiten
- dat systematische data-opbouw vanuit WAV een cruciale rol kan spelen

Met andere woorden: dit domein vraagt zorgvuldige, moderne en interdisciplinaire studie — iets wat zowel de medische sector als de holistische sector vooruit kan helpen.

10. Kanker (borst, baarmoederhals, eierstokken)

Borstkanker

Meest voorkomende kanker bij vrouwen.

1 op 8 vrouwen krijgt ermee te maken (Bray et al., 2020).

Baarmoederhalskanker

Sterk gedaald dankzij screening, maar in Vlaanderen nog steeds ongeveer 600 nieuwe gevallen per jaar (Sciensano, 2023).

Eierstokkanker

Minder frequent, maar vaak laat ontdekt.

Levenslang risico: 1 op 75 vrouwen (Coburn et al., 2019).

11. Hysterectomie

Definitie:

Een hysterectomie is het chirurgisch verwijderen van (een deel van) de baarmoeder. Varianten:

- totale hysterectomie
- subtotale (cervix blijft)
- met behoud van eierstokken
- met verwijdering van eierstokken

Psychosomatische impact:

Veel vrouwen rapporteren:

- verlies van verbinding met onderbuik
- rouw of identiteitsverlies
- verandering in libido of seksualiteit
- veranderingen in temperatuur, energie en nervositeit
- complex hersteltraject

Deze impact wordt vaak onderschat.

In cijfers:

- Ongeveer 20% van alle vrouwen ondergaat een hysterectomie tegen de leeftijd van 60 (Carlson et al., 2021).
- Bij vrouwen onder 40 is een veelvoorkomende reden endometriose of adenomyose (Vercellini et al., 2018).
- Tot 35% ervaart psychosociale klachten na de ingreep (Zacher et al., 2020).

V. OVERGANG & OPVOLGING – DE VERGETEN LEVENSFASEN

Hier zien we opnieuw een grote maatschappelijke blinde vlek: het vrouwelijke levenstraject – en de waarde van een vrouw – stopt niet na de laatste menstruatie. In deze fase vallen de perimenopauze, en de post-menopauzale periode waarin isolatie en eenzaamheid vaak op de voorgrond treden.

12. Perimenopauze

13. Isolatie & eenzaamheid in post-menopauze

12. Perimenopauzale problemen

Definitie:

De perimenopauze is de overgangsperiode waarin de hormonale systemen van een vrouw beginnen te verschuiven — soms al vanaf het midden van de dertig. De communicatie tussen hypothalamus, hypofyse en eierstokken verandert, wat leidt tot fluctuaties in oestrogeen en progesteron.

Het gevolg is een instabiele hormonale curve, niet een lineaire daling, waardoor vrouwen last kunnen hebben van:

- intense stemmingswisselingen
- opvliegers
- nachtelijk zweten
- angst en paniekaanvallen
- verstoorde slaap
- gewichtsschommelingen
- brainfog
- cyclusveranderingen
- vermoeidheid
- verminderd libido
- gewrichts- en spierpijn

Veel vrouwen herkennen de signalen niet — artsen vaak ook niet — waardoor ze jarenlang in een medische en emotionele mist leven, zonder taal of begeleiding.

In cijfers:

- 90% van alle vrouwen ervaart perimenopauzale symptomen. (Greendale et al., 2023)
- 59% rapporteert dat deze symptomen hun dagelijks functioneren beperken. (Avis et al., 2022)
- 1 op de 3 vrouwen ervaart perimenopauzale angst of depressieve symptomen. (Mishra et al., 2023)
- Slechts 7% van de Vlaamse vrouwen voelt zich “voldoende geïnformeerd” over perimenopauze. (Women’s Health in Belgium, Sciensano, 2024)
- Gemiddeld duurt de perimenopauze 4 tot 10 jaar — een van de meest onderschatte levensfasen. (Harvard Women’s Health Watch, 2022)

Isolatie en eenzaamheid in de post-menopauze

Definitie:

Op het eerste gezicht lijkt dit thema niet direct verbonden aan vrouwenwelzijn.

Maar binnen een holistisch vrouwelijk levensverloop hoort de volledige cyclus erbij: *menarche* → *vruchtbare jaren* → *perimenopauze* → *post-menopauze* → *de laatste levensfase*.

Daarom neem ik dit mee op in de situatieschetsing. In de post-menopauze valt vaak de rol van “Moeder” weg — kinderen worden zelfstandiger, de zorgrelatie verschuift, partners kunnen ziek worden of wegvallen, en vrouwen verliezen soms hun professionele identiteit.

Dit leidt tot:

- verlies aan zingeving
- sociale isolatie
- afbouw van familiebanden
- weinig intergenerationele informatie-overdracht
- een gevoel van “overbodig zijn”
- emotionele of existentiële eenzaamheid

Vanuit een holistisch perspectief vormt dit een systemische breuklijn: de wijsheid van oudere vrouwen stroomt niet meer door naar jongere generaties — wat de collectieve gezondheidskennis van vrouwen beïnvloedt.

In cijfers:

- 52% van Vlaamse vrouwen 65+ ervaart “regelmatige eenzaamheid”. (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2023)
- 1 op 4 rapporteert “ernstige sociale isolatie”. (Sciensano, Belgian Health Interview Survey, 2023)
- Post-menopauzale vrouwen hebben 2,5× meer kans op depressieve symptomen door verlies van sociale rollen en verbondenheid. (Rasgon et al., 2022)

- Vrouwen leven gemiddeld 6 jaar langer dan mannen, waardoor ze vaker alleen achterblijven. (Belgium Mortality Report, 2024)
- De WHO benoemt eenzaamheid als een even grote risicofactor als roken en obesitas voor ouderen, met disproportionele impact op vrouwen. (World Health Organization, 2023)

Deze cijfers tonen geen losse problemen, maar systemische patronen. Ze wijzen naar een dieper liggend tekort in hoe onze gezondheidszorg vandaag georganiseerd is. Om te begrijpen waarom zoveel vrouwen vastlopen, moeten we kijken naar **de manier waarop het systeem werkt — en vooral naar waar het onmogelijk kan bieden wat vrouwen nodig hebben**. Niet vanuit verwijt, maar vanuit realisme. In het volgende hoofdstuk analyseren we waar het zorgsysteem structureel tekortschiet en waarom dat geen individuele fout van artsen is.

3 • WAAR HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM TEKORTSCHIET

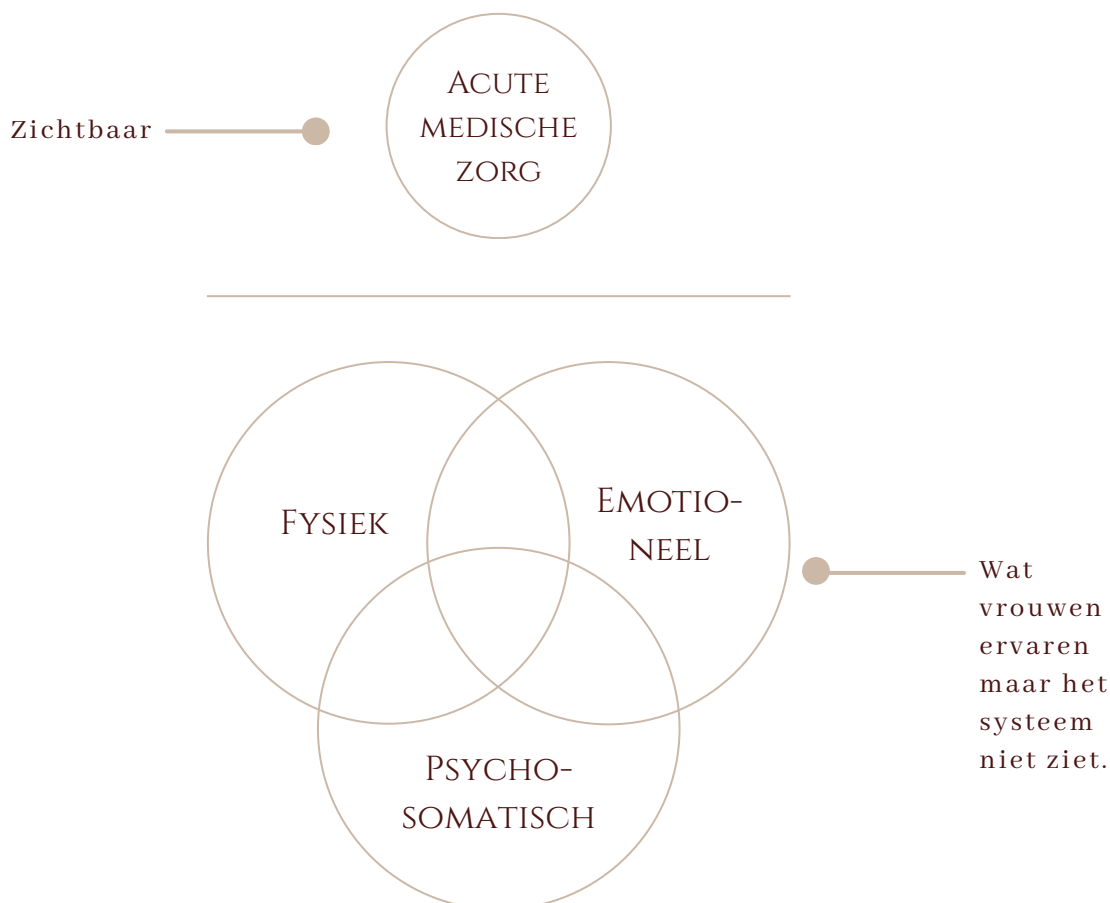
I. STRUCTURELE BLINDE VLEKKEN IN DE MEDISCHE ZORG

Als we kijken naar vrouwenwelzijn in Vlaanderen en daarbuiten, zien we geen gebrek aan medische kennis, middelen of goede wil. Wat we wél zien, zijn blinde vlekken in hoe het systeem werkt. Niet omdat individuele dokters “slechte mensen” zijn, maar omdat het zorgmodel historisch niet afgestemd is op het vrouwelijk lichaam, de vrouwelijke levensloop en de psychosomatische realiteit van chronische klachten.

Die blinde vlekken kan je ruwweg in drie categorieën verdelen:

1. **fysieke blinde vlekken**
2. **emotionele blinde vlekken**
3. **psychosomatische blinde vlekken**

Deze drie overlappen elkaar voortdurend in het leven van echte vrouwen.



1. Fysieke blinde vlekken — wanneer vrouwenpijn onderschat wordt

Veel internationale studies tonen dat vrouwen *systematisch* een andere en minder adequate pijnbehandeling krijgen dan mannen. Chronische pijn bij vrouwen wordt vaker ondergetrieerd, psychologiserend geïnterpreteerd of niet tot in de diepte onderzocht (Samulowitz et al., 2018).

Een duidelijk voorbeeld is endometriose. Ondanks de medische vooruitgang bedraagt de gemiddelde diagnostische vertraging wereldwijd nog altijd 6 tot 8 jaar (De Corte et al., 2024). In Nederland ligt de gemiddelde vertraging rond de 7,4 jaar (van der Zanden, 2019). Voor Vlaamse vrouwen zijn deze cijfers vergelijkbaar volgens ziekenhuisrapporten. Ook menstruatiepijn wordt te vaak als “normaal” gezien, terwijl ernstige dysmenorroe een van de meest voorkomende oorzaken is van schoolafwezigheid en werkafwezigheid bij jonge vrouwen (Sima et al., 2022). De normalisering van pijn zorgt ervoor dat vrouwen niet tijdig hulp zoeken én dat hulpverleners de ernst onvoldoende inschatten (Liu et al., 2024). Perimenopauze wordt dan weer zelden correct herkend of gevolgd. De transitiefase kan grote impact hebben op slaap, stemming, cognitie, seksualiteit en levenskwaliteit, maar vrouwen worden vaak onvoldoende geïnformeerd of krijgen uitsluitend symptoomgerichte oplossingen (Kapoor et al., 2025).

2. Emotionele blinde vlekken — geen tijd voor rouw, angst of verhaal

De meeste consultaties duren tien minuten. Voor complexe vrouwenklachten is dat structureel onvoldoende om een volledig beeld te vormen, laat staan om ruimte te maken voor emoties, rouw of relationele impact. Veel Belgische en Europese gezondheidsrapporten tonen dat vrouwen zich systematisch minder gezien, minder gehoord en minder erkend voelen in de reguliere zorg (Sciensano, 2024).

Psychische belasting komt bovendien vaker voor bij vrouwen, maar hun emotionele noden worden minder vaak meegenomen in de zorgrelatie of geïntegreerd in adviezen en behandelplannen (Rens et al., 2020).

Dat creëert een tweede blinde vlek: vrouwen krijgen wel medische informatie, maar zelden steun in *hoe* ze die informatie emotioneel moeten verwerken. De zorg richt zich op diagnose, niet op de menselijke ervaring van die diagnose.

3. Psychosomatische blinde vlekken — als het lichaam “niets toont”, stopt de zorg vaak

Chronische bekkenpijn, vermoeidheid, fibromyalgie, PMS, spanningspijn en vele andere vrouwelijke klachten vallen regelmatig in het label “somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)”. Vaak volgen dan zinnen als “het is stress” of “het zit tussen de oren”.

Onderzoek toont dat vrouwen disproportioneel vaak een psychosomatische uitleg krijgen voor

lichamelijke pijnklachten, zelfs wanneer deze objectief bestaan of nadien biologisch verklaard blijken (Claréus et al., 2019; Samulowitz et al., 2018). Het probleem is niet dat psychosomatiek bestaat — maar dat er geen degelijk kader is rond trauma, zenuwstelsel, emotieregulatie of body-based herstel binnen de standaard medische opleiding (Guthrie et al., 2008). Zonder een psychosomatische bril ontstaat er een vacuüm waarin vrouwen blijven hangen: hun pijn wordt niet serieus genoeg genomen, en tegelijk onvoldoende psychisch ondersteund.

II. DE ONZICHTBARE DRUK OP MEDISCHE PROFESSIONALS

De problemen waar vrouwen tegenaan lopen zijn slechts één kant van het verhaal. Over de andere kant wordt er veel minder gesproken. Artsen, gynaecologen, vroedvrouwen, en huisartsen dragen een enorme mentale, emotionele en fysieke last. Die druk, waaronder de medische professionals elke dag moeten werken, beïnvloedt rechtstreeks wat zij kunnen bieden en daar moet ook begrip voor zijn vanuit de holistische sector.

Burn-out, depressie & suïcide in de medische wereld

Burn-out is een structureel probleem in de zorgsector. Ongeveer 1 op 3 huisartsen ervaart burn-out of ernstige emotionele uitputting (Luyckx et al. 2024). De combinatie van hoge werkdruk, tijdsgebrek, administratieve last en emotionele confrontatie met lijden zet een zware druk op hun mentale gezondheid.

Internationale cijfers zijn zelfs alarmerender:

- Artsen hebben 2,5 tot 4 keer meer kans op suïcide dan de algemene bevolking (Gerada et al. 2018; Dutheil et al. 2019).
- Voor vrouwelijke artsen is het risico 76% hoger dan bij niet-artsen (Zimmermann et al. 2023).
- In de VS sterven naar schatting 300–400 artsen per jaar door suïcide — een cijfer dat al decennia stabiel blijft (Leung et al. 2020).

Deze cijfers zijn niet zomaar statistieken — ze tonen hoe zwaar de emotionele last van medische zorg is.

Voor België bestaat er weinig recente, verfijnde data, deels door onderrapportering en het aanhoudende taboe op mentale gezondheidsproblemen in de medische sector. Maar ook hier erkennen organisaties zoals Domus Medica dat suïcideproblematiek bij artsen reëel én structureel is (Domus Medica 2016).

Dit alles toont één ding: dit systeem kost niet alleen patiënten hun gezondheid — maar ook zorgverleners.

Tijdsdruk & het consultatiesysteem

Artsen hebben gemiddeld 7 tot 12 minuten per patiënt (Belgische Huisartsenvereniging, 2023).

In die tijd moeten ze (naar iedereen, met dezelfde aandacht):

- luisteren
- diagnosticeren
- behandelen
- doorverwijzen
- administratie verwerken
- en troost, educatie of cycluskader aanbieden

Dit is structureel onmogelijk. Female-centered care vraagt tijd, vertraging en ademruimte. Het huidige systeem biedt die tijd niet aan haar medische professionals.

De emotionele last van “alles moeten weten”

Artsen dragen de maatschappelijke projectie van de alwetende expert.

Ze mogen niet twijfelen, niet falen, niet traag zijn — terwijl geneeskunde steeds complexer wordt. Patiënten verwachten onmiddellijke oplossingen voor omstandigheden die vaak diep verweven zijn met stress, hormonen, cyclus, trauma of levensstijl. Artsen erkennen zelf dat vrouwenklachten complex en gelaagd zijn (Claréus et al., 2019).

Veel dokters geven aan dat ze:

- te weinig ruimte hebben om hun menselijke kant te tonen
- onder grote prestatiedruk staan
- zich verantwoordelijk voelen voor onmiddellijke oplossingen
- emotioneel uitgeput raken door de combinatie van complexiteit + tijdsdruk

Volgens Europese onderzoeken kampen zorgverleners steeds vaker met burn-out en secundaire traumatisering, vooral in disciplines waar veel emotioneel beladen casussen voorkomen (Rens et al., 2020).

Daarnaast verwachten veel mensen dat hun arts de volledige verantwoordelijkheid draagt voor hun gezondheidsprobleem (op te lossen). Dat legt een onnatuurlijke — en in feite onmogelijke — druk op zorgverleners. Gezondheid zou in de eerste plaats een gedeelde verantwoordelijkheid moeten zijn, waarbij het individu een actieve rol speelt. Maar die cultuur is in België nauwelijks ingebed. We zien wel een trage verschuiving door de groei van de holistische sector en de opkomst van de fitness- en welzijns cultuur, waar mensen uitgenodigd worden om die verantwoordelijkheid terug (mee) in eigen handen te nemen. Voor artsen verandert dit echter weinig aan hun dagelijkse realiteit: zonder ruimte voor kwetsbaarheid, reflectie of samenwerking ontstaat professionele eenzaamheid. Het systeem laat hen amper toe om mens te zijn in hun rol — en dat weegt.

Gaten in de opleiding

De geneeskunde is opgebouwd rond acute zorg. Levens redden is het fundament. Maar het leven tussen die acute momenten — menstruatie, postpartum, perimenopauze, hormonale regelgeving — krijgt nauwelijks aandacht in het curriculum (Fitzgerald et al. 2022; Ahmed et al. 2023).

In de meeste opleidingen ontbreekt:

- trauma-informed care
- somatische intelligentie
- diepgaande cyclusfysiologie
- zorg voor chronische vrouwenklachten
- ondersteuning rond verlies, rouw en fertiliteit
- langetermijnopvolging van postpartum- of perimenopauzale klachten

Niet omdat artsen dat niet willen leren — maar omdat het systeem hen vormt tot specialisten in levensredding, niet in dagelijkse levenskwaliteit voor vrouwen. De vraag die ik hier wil stellen, is of dit überhaupt de taak kán zijn van de medische sector om op te nemen in hun curriculum. Of moet er net een nieuwe sector komen, met erkende opleidingen die zich wél richten op fysiologie, preventie, nazorg en psychosomatische zorg — en zo het overbevraagde, overbelaste medische systeem kan ontlasten?

De medische sector heeft duidelijke blinde vlekken in de zorg voor vrouwen — en precies daar zou de holistische sector een sterke partner kunnen worden. Maar vandaag heerst er een groot wantrouwen, vaak zelfs volledige afwijzing, vanuit artsen tegenover holistische zorg. Dat wantrouwen is begrijpelijk. Niet omdat holistische zorg ‘niet werkt’, maar omdat de sector nog onduidelijk, ongelijk en ongestructureerd functioneert. En omdat ze, in alle eerlijkheid, nog niet systematisch kan aantonen wat werkt, waarom het werkt en voor wie het werkt.

Daarom is het noodzakelijk dat we — naast de fundamentele tekortkomingen van de medische sector — ook eerlijk kijken naar waar de holistische sector zelf struikelt. Alleen vanuit die kritische blik ontstaat er groei aan beide kanten, en kan er ruimte komen voor samenwerking in plaats van polarisatie.

Het zou eenzijdig en onjuist zijn om enkel naar de medische sector te kijken. Parallel groeit de holistische sector enorm, maar ook daar zien we fundamentele blinde vlekken die het potentieel ondermijnen. **Als we willen bouwen aan een geloofwaardige vorm van female-centered care, moeten we eerlijk zijn over de tekortkomingen aan beide kanten.** In het volgende hoofdstuk onderzoeken we waar de holistische sector struikelt — en waarom dat even essentieel is om te benoemen.

4 • DE BLINDE VLEK IN DE HOLISTISCHE SECTOR

We zitten momenteel midden in een gezondheidsrevolutie: dankzij de opkomst van sociale media en het gemak waarmee vrouwen met één klik toegang krijgen tot boeken, cursussen en kennis, hebben zij meer tools dan ooit om hun gezondheid in eigen handen te nemen.

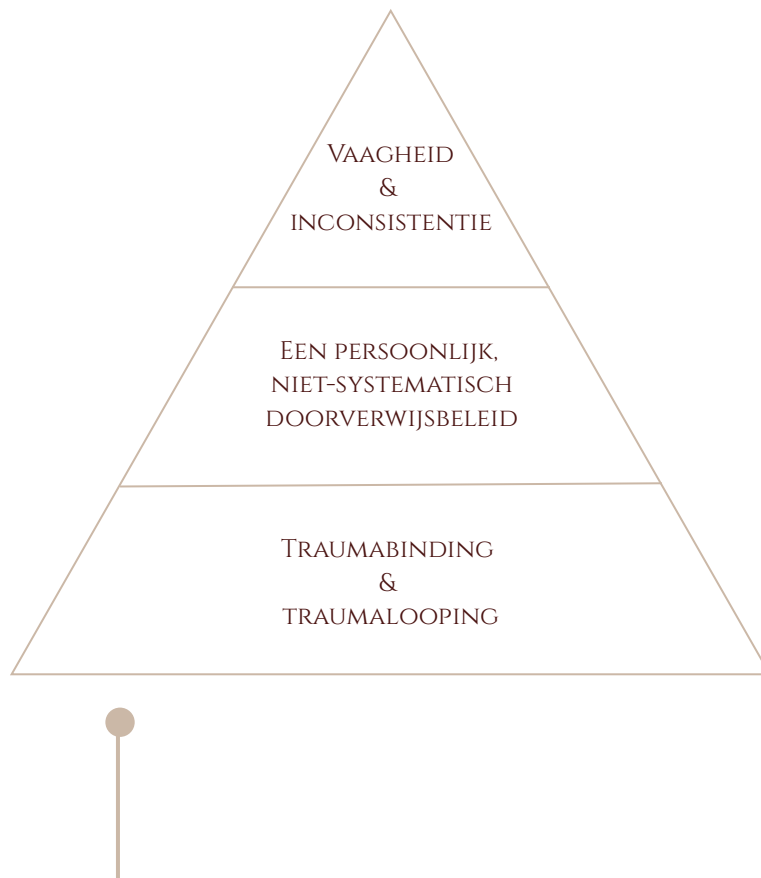
Steeds vaker groeien vrouwen uit van patiënt tot holistische professional, omdat ze in hun eigen lichaam hebben ervaren dat bepaalde lichaamsgerichte of holistische technieken wel duurzame resultaten boden waar de medische sector dat niet kon. Dit creëert een nieuwe gezondheidscultuur: steeds meer mensen vullen hun gezondheidstraject aan met complementaire zorg, en praktijken zoals yoga, mindfulness en lichaamsgericht werk zijn uitgegroeid tot een breed maatschappelijk fenomeen in plaats van een niche. Maar ondanks de groei is de sector zelf ongedefinieerd en functioneert ze vandaag als een soort Wilde Westen. In dit landschap geldt vaak de regel: *“Alles kan en alles mag.”*

Daardoor komen hands-on, psychosomatisch en methodisch onderbouwd lichaamswerk vandaag terecht in dezelfde brede categorie als intuïtief of energetisch gedefinieerd werk, waarbij sommige stromingen zeer persoonlijke of metafysische interpretaties hanteren. Deze twee uitersten worden maatschappelijk op één hoop gegooid, terwijl hun uitgangspunten, methodiek en risico's totaal verschillend zijn.

Wanneer wij als holistische sector deze kritische feedback zo objectief mogelijk aannemen — zonder het te zien als een aanval op de identiteit van een sector die nog volop in ontwikkeling is — veranderen deze opmerkingen van bedreigingen in kansen. Kansen om onze positie maatschappelijk te versterken, en om vrouwen in Vlaanderen op een betrouwbaardere, professionelere en diepgaandere manier te ondersteunen.

In dit stuk bespreken we de drie grootste valkuilen van de holistische sector:

1. **Vaagheid en inconsistentie in methodiek en onderbouwing**
2. **Een persoonlijk, niet-systematisch doorverwijsbeleid**
3. **Traumabinding & traumalooping**



**Drie valkuilen die tonen waarom de
holistische sector nog geen volwaardige
eerstelijnspartner kan zijn.**

I. VAAGHEID EN INCONSISTENTIE IN METHODIEK EN ONDERBOUWING

Het huidige landschap van holistische zorg bestaat uit breed opgeleide professionals. De meeste praktijkhouders hebben meerdere opleidingen gevolgd in uiteenlopende technieken en combineren die intuïtief in hun sessies. Dat zorgt voor een unieke, creatieve aanpak per facilitator — een waardevolle vorm van expressie die ik met dit document niet wil beperken of afbreken. Maar er is ook een noodzakelijke nuance.

Wanneer technieken uitsluitend intuïtief worden toegepast — dus niet systematisch, niet onderbouwd en niet volgens een logisch beredeneerde methode — wordt het onmogelijk om resultaten objectief te observeren of reproduceerbaar te maken.

Ditzelfde geldt voor holistische opleidingscentra: wanneer tien facilitators eenzelfde “type sessie” elk op hun eigen manier uitvoeren, zonder gedeelde methodiek of kwaliteitskader, ontstaat er geen gemeenschappelijke maatstaf. Daardoor wordt het onmogelijk om kwaliteit, effect of deskundigheid objectief te beoordelen. Holistische zorg steunt dan niet op een gemeenschappelijke basis, maar op persoonlijke interpretatie.

Zonder duidelijke methodiek kunnen we niet:

- inschatten welke interventie werkelijk effect had
- meten of klachten gericht verbeteren
- continuïteit garanderen tussen verschillende facilitators
- een helder samenwerkingsverband opstellen met medische partners
- een kwaliteitslabel aanbieden dat ergens op steunt.

Als we niet systematisch en objectief kunnen aantonen wat werkt, waarom het werkt en hoe het werkt, kan holistische zorg geen maatschappelijke legitimiteit opbouwen — of preciezer gezegd: ze krijgt die kans niet.

Ik wil hierbij absoluut niet het kind met het badwater weggooien; deze vrijheid en mildheid in systemen is logisch. Het is vanzelfsprekend dat iemand die een massage geeft minder strakke richtlijnen hoeft te volgen dan een chirurg die een openhartoperatie uitvoert. Maar de eerste heeft helemaal geen maatschappelijk gedefinieerde richtlijnen om te volgen, terwijl zij wél met echte lichamen werkt en echte fysieke manipulaties uitvoert.

De noodzakelijke nuance zit hier: waar de medische sector soms té rigide vasthoudt aan protocollen en daardoor de menselijke nuance verliest, zien we in de holistische sector het tegenovergestelde effect — té veel ruimte, té weinig afbakening. Dat is geen fout van individuen, maar het logische gevolg van een sector zonder gemeenschappelijke taal, zonder basisrichtlijnen en waarbij ondersteuning vaak “met de natte vinger” wordt toegediend.

Daarom is het ontwikkelen van een duidelijke, afgebakende, onderbouwde en overdraagbare methodiek essentieel. Een sector wordt pas professioneel wanneer ze consistent reproduceerbaar wordt. Vandaag ontbreekt die reproduceerbaarheid in de holistische sector als geheel — en dat verklaart het wantrouwen vanuit de medische wereld, die terecht vertrouwt op onderbouwde gegevens en niet op toevallige of anekdotische successen.

II. DOORVERWIJSBELEID IS PERSOONLIJK, NIET SYSTEMATISCH

Het eerste wat je leert als sociaal of maatschappelijk werker tijdens een stage, is het landschap van partnerorganisaties kennen: wie doet wat, waar liggen de grenzen, en naar wie verwijs je door wanneer een hulpvraag buiten jouw expertise valt. Dat doorverwijsbeleid is geen detail — het is een essentieel onderdeel van professionele zorg. Voor de holistische sector bestaat zo'n systeem vandaag niet.

Elke facilitator werkt op haar eigen eiland. En hoewel veel holistische professionals spontaan zeggen: “Dit laat je best nakijken door je gynaecoloog,” gebeurt dat zonder kader, zonder afspraken en zonder een gedeelde visie op risico-inschatting, contra-indicaties of opvolging. Hierdoor ontstaat een structureel probleem: doorverwijzing gebeurt persoonlijk, niet professioneel. Ze hangt af van de voorkeuren, ervaringen en overtuigingen van de individuele facilitator — niet van een gedeelde methodiek of een sectorbreed beleid waar ook medische expertise in verweven is. En dat maakt het veld kwetsbaar.

Vandaag zien we een uitgesproken polariteit: *wij tegen zij*.

De holistische sector tegenover de medische sector en vice versa. Wat hierin verloren gaat, is de gezamenlijke noemer: Iedereen wil hetzelfde: vrouwen die gezond zijn — fysiek, emotioneel en psychologisch. Om dat te bereiken is samenwerking nodig, geen competitie. Vandaag wordt vanuit de medische sector deze samenwerking vaak afgeblokt. Wat ik vanuit Womb Awakening Vlaanderen, als opleidingscentrum in de holistische sector, zie is dat dezelfde vijandigheid soms leeft bij holistische professionals richting de medische sector. Dat wantrouwen is begrijpelijk en geworteld in echte teleurstelling: vrouwen die jarenlang niet gehoord of serieus genomen werden, dragen dat verdriet mee — en veel holistische facilitators dragen hetzelfde verhaal. Vanuit die pijn ontstaat soms de ideologie: *“Wij kunnen het beter — de medische sector biedt slechts een pleister op de wonde, wij gaan tot de wortel van het probleem.”*

Hoewel een deel van die kritiek terecht kan zijn, blijft het een emotionele reactie op een reëel probleem, niet de basis voor professioneel zorgwerk dat gebouwd is op samenwerking tussen de verschillende sectoren.

Wanneer er geen systematisch doorverwijsbeleid bestaat:

- **blijft de holistische sector onzichtbaar én onbetrouwbaar voor medische partners**, terwijl ze net de capaciteit heeft om een overbevraagde medische sector te ontlasten. Zonder duidelijke afspraken blijven we een mysterie: artsen weten niet wat we doen, waarom het werkt of wanneer het aanvullend kan zijn.
- **groeit het risico dat facilitators klachten proberen op te lossen die buiten hun expertise vallen**, wat soms meer kwaad dan goed doet. Niet door slechte intenties, maar door het ontbreken van richtlijnen rond risico-inschatting, grenzen en medische rode vlaggen.
- **krijgt de vrouw geen volledige, all-round ondersteuning**, omdat holistische en medische zorg niet met elkaar communiceren. Terwijl precies die samenwerking — holistische verzachting en herstel binnen een medisch traject — het verschil kan maken voor de gezondheid en het welzijn van vrouwen.

Holistische zorg kan ongelooflijk waardevol zijn — vooral bij lichte tot matige chronische klachten — maar enkel wanneer de facilitator haar grenzen kent en weet wanneer medische opvolging noodzakelijk is. Holistische zorg hoeft geen eiland te zijn. Ze wordt sterker, betrouwbaarder en veiliger wanneer ze ingebed is in een groter systeem met een duidelijke structuur dat de vrouw centraal zet — niet de overtuigingen of ervaringen van de individuele professional.

III. TRAUMABINDING & TRAUMALOOPING

We leven in een tijd van herstel wat vrouwenwelzijn betreft. De afgelopen honderden jaren zijn hard geweest voor mensen in een vrouwenlichaam. Culturele overtuigingen van schaamte, verwijt, taboe en zelfs vrouwenhaat hebben zich generatie na generatie ingeprent in het lichaam en de psyche van vrouwen. Vanuit een holistisch perspectief zien we dit mee als onderliggende oorzaak van de vele vrouwenproblematieken die we vandaag kennen. Wanneer holistische professionals vrouwen ondersteunen, betreden ze per definitie dit *vrouwelijke traumaveld*. Ze begeleiden vrouwen rond pijn, verlies, uitsluiting, medisch trauma, seksueel trauma, generatielijn-trauma, postpartum trauma, lichaamsvervreemding, enzovoort. Dat is traumaherstellend werk, ook wanneer het niet zo benoemd wordt.

Wat ik observeer is dat veel holistische professionals hun roeping vonden door hun eigen traumaverhaal. Ze hebben zelf endometriose, zwangerschapsverlies, cyclusklachten, burn-out, postpartum moeilijkheden of intense menopauzale overgang doorgemaakt. Holistische zorg hielp hen — en daarom willen ze dat nu doorgeven. Dat op zich is een prachtige beweging, en getuigt van de sterke ondernemerscultuur in Vlaanderen. Tegelijkertijd schuilt hierin ook een valkuil: er bestaat geen kader voor trauma-geïnformeerd werken binnen de holistische sector. Zoals bij het vorige onderdeel (doorverwijsbeleid is persoonlijk, niet systematisch) geldt ook hier dat professionals trauma-geïnformeerd óf niet werken afhankelijk van persoonlijke voorkeur, toevallige bijscholingen of intuïtie — niet vanuit een sectorbreed fundament dat veiligheid garandeert.

De grootste valkuil die hierdoor ontstaat, is het risico op traumabinding en daarna traumalooping.

Traumabinding ontstaat wanneer facilitator en cliënt onbewust verbinding maken op basis van gedeelde pijn. Het creëert een gevoel van diepe herkenning — maar niet vanuit regulatie of stabiliteit. Het bindmiddel is pijn, niet veiligheid. Hierdoor kan de cliënt (en soms ook de facilitator) emotioneel afhankelijk worden van de sessies of van elkaar.

Traumalooping ontstaat wanneer hetzelfde pijnverhaal keer op keer wordt opgerakeld zonder structuur, zonder regulatie, zonder integratie. De intentie is heling — het effect is hertraumatisering. Zo zie ik dat sessies vaak bestaan uit emotionele ontlading zonder enige vorm van afronding; intens visionair of somatisch werk wordt ingezet zonder integratie; of workshops worden vormgegeven als “masterclasses” zonder inzicht in hoe je opbouwend en veilig met trauma te werk kan gaan. In sommige holistische groepen ontstaat zelfs een tendens waarbij intens emotioneel of visionair werk wordt beschouwd als therapeutisch op zichzelf. Dat kan leiden tot langdurige dysregulatie, identiteitsverwarring of afhankelijkheid van steeds “sterkere” ervaringen. Er mist een kader dat het zenuwstelsel helpt reguleren in plaats van destabiliseren, én dat de holistische hulpmiddelen correct plaatst binnen het gezondheidstraject van vrouwen.

Dit alles gebeurt omdat holistische professionals geen erkend opleidingstraject krijgen in de basis van traumawerk, met thema's die andere zorgprofessionals wel krijgen:

- overdracht, tegenoverdracht
- grensbewaking
- ethiek
- casusopvolging
- risicoanalyse
- interpersoonlijke dynamieken
- doorverwijzing

De sector is momenteel volledig vrijblijvend — je hoeft geen enkele opleiding te volgen om dit werk te doen. De opleidingen die wél bestaan, focussen meestal op techniek: massage, breathwork, energetische oefeningen, rituelen. Maar amper een handvol biedt een kader voor traumadynamieken, professionele grenzen of doorverwijsbeleid. En wanneer zulke thema's wél worden aangeboden, gebeurt dat vaak in een aparte opleiding — waardevol, absoluut, maar het zou een vast onderdeel moeten zijn van elke helende praktijk binnen de holistische sector.

Zonder dat fundament ontstaat een gevaarlijke paradox: de intentie kan zacht en helend zijn, terwijl het effect — onbewust — schadelijk wordt. Wanneer er geen grenzen bestaan om te volgen, wordt er vaak pas ingegrepen wanneer er een individuele klacht of juridische zaak ontstaat. Maar dan is het te laat. Terwijl de meeste holistische professionals simpelweg hun beste werk proberen te doen, toont dit alles aan dat de sector een stevig fundament nodig heeft. Holistische zorg wordt pas écht krachtig wanneer ze traumageïnformeerd is, ingebed in een groter zorglandschap, duidelijke grenzen hanteert, structureel samenwerkt met medische en psychosociale partners, en regulatie boven intensiteit plaatst.

Ondanks de duidelijke valkuilen binnen de holistische sector ligt er een groot, nog onbenut potentieel in een professioneel opgebouwd aanvullend zorgveld. Wanneer holistische zorg afgebakend, methodisch en veilig wordt georganiseerd, kan zij een waardevolle eerstelijnsbrug vormen: een plek waar lichte tot matige chronische klachten vroeg worden opgevangen en waar dagelijkse ondersteuning vrouwen helpt om hun gezondheid actief mee te dragen. **Dat ontlast niet alleen de medische sector, maar ook de psychologische zorg — die deze taken vandaag niet volledig kan opnemen.** In het volgende hoofdstuk onderzoeken we waarom precies die psychosociale pijler, ondanks haar waarde, het vrouwelijk zorgveld niet kan dragen.

5 • WAAROM DE PSYCHOSOCIALE SECTOR VROUWENKLACHTEN NIET VOLLEDIG OPVANGT

Wanneer vrouwen met hormonale klachten, chronische pijn of psychosomatische symptomen in het medische systeem geen antwoorden vinden, belanden ze vaak bij psychologen, psychotherapeuten of psychosociaal begeleiders. Hun werk is waardevol en noodzakelijk — maar het vult slechts één deel van het geheel in.

Psychologen werken hoofdzakelijk mentaal en emotioneel, terwijl female-centered care vertrekt vanuit de wisselwerking tussen lichaam, psyche, hormonen en levenscontext. Bij veel vrouwen zit de kern van hun klachten niet *uitsluitend* in cognities of emoties, maar in lichamelijke patronen zoals spanning in buik en bekken, dysregulatie van het zenuwstelsel, hormonale cycli die uit balans zijn of somatische sporen van medisch trauma.

Drie redenen waarom het psychosociale veld deze doelgroep niet volledig bereikt:

I. Het lichaam wordt weinig betrokken

Cognitieve of gesprekstherapie kan helpen bij verwerking, maar raakt niet aan:

- bekkenbodemspansing
- hormonale ontregeling
- diafragma–bekken-samenhang
- somatische effecten van trauma
- cyclische ritmes

Wanneer het lichaam niet meebehandeld wordt, blijft een deel van het probleem letterlijk “vastzitten”.

II. Veel vrouwen krijgen een SOLK-label (somatisch onvoldoende verklaard) en worden doorverwezen zonder somatische ondersteuning

Deze groep blijft tussen wal en schip: medisch “niets te zien”, psychologisch “weinig houvast”. Female-centered care gaat over het opvullen van dit gat.

III. De psychosociale sector is niet cyclisch of somatisch opgebouwd

Psychologen werken competent binnen hun domein, maar hebben doorgaans geen opleiding in:

- cyclusfysiologie

- perimenopauze
- postpartum somatiek
- hormonale regulatie
- veilig lichaamsgericht werken
- bekkenbewustzijn
- ritme-gebaseerde ondersteuning

Daardoor kunnen zij vrouwen ondersteunen in betekenisgeving en emotionele verwerking, maar missen ze de tools om de fysieke component van vrouwelijke gezondheid mee te dragen.

Female-centered care plaatst beide werelden naast elkaar, niet tegenover elkaar.

Psychologische ondersteuning blijft cruciaal — maar alleen in combinatie met lichaamsgerichte zorg, cyclisch inzicht en somatische regulatie ontstaat een zorgmodel dat de volledige realiteit van vrouwen belichaamt.

Nu de pijnpunten van zowel de medische, psychosociale als holistische sector helder zijn, kunnen we eindelijk de kernvraag stellen waar dit document om draait: **wat hebben vrouwen dan wél nodig?**

De realiteit is dat geen enkele bestaande sector — niet de geneeskunde, niet de psychologie en niet de holistische wereld — op zichzelf een volledig antwoord biedt. De medische sector mist tijd en lichaamsgerichte traagheid; de psychosociale sector werkt vooral mentaal en raakt zelden het lichaam; de holistische sector mist structuur, methodiek en professionele afbakening.

Hier zien we **de noodzaak van een nieuwe zorgvisie voor vrouwen, en daar draait female-centered care over**. Dit model vertrekt vanuit wat vrouwenlichamen werkelijk nodig hebben: cyclische ondersteuning, somatische regulatie, relationele veiligheid en continuïteit doorheen alle levensfasen.

In het volgende hoofdstuk brengen we in kaart welke vormen van zorg vrouwen vandaag missen — en waarom net deze vormen van ondersteuning essentieel zijn om de huidige cijfers rond vrouwenwelzijn te verbeteren.

6 • WAT VROUWEN ECHT NODIG HEBBEN (FEMALE-CENTERED CARE)

De cijfers en patronen die we zojuist hebben geschetst wijzen allemaal in dezelfde richting: vrouwen missen geen goodwill, geen medische expertise en geen toegang tot zorg — ze missen een vorm van zorg die vertrekt vanuit hún realiteit. Female-centered care biedt een noodzakelijke aanvulling op een systeem dat historisch gebouwd werd rond acute geneeskunde en mannelijke fysiologie.

Wat vrouwen vandaag nodig hebben is zorg die hen ziet in hun geheel, niet in losse symptomen: zorg die preventief ondersteunt, cyclisch meebeweegt, ruimte geeft aan verwerking en stabiliteit biedt na ingrijpende medische trajecten.

In dit hoofdstuk benoemen we twee kernpijlers van een toekomstbestendig zorgmodel:

1. **preventieve dagelijkse ondersteuning**
2. **nazorg die verder gaat dan het fysieke alleen.**

I. PREVENTIE & DAGELIJKSE ONDERSTEUNING

Vandaag bestaat er al een preventieluik in vrouwenwelzijn, maar dat is bijna volledig gericht op het vroegtijdig opsporen van ziekte — niet op het dagelijks ondersteunen van gezondheid.

In de praktijk gaat dit over:

- de aanbevolen gynaecologische opvolging, waar vooral wordt gescreend op afwijkingen aan baarmoederhals, baarmoeder en borsten (o.a. uitstrijkjes, echo's, papillomavirus, tumoren)
- gerichte opvolging voor vrouwen met verhoogd risico, zoals genetische aanleg voor borstkanker of eierstokkanker (denk aan BRCA-genen)
- onderzoeken die inzetten op *early detection*: hoe sneller kanker of ernstige afwijkingen opgespoord worden, hoe groter de overlevingskans

Dit is een sterke pijler van onze gezondheidszorg, en de cijfers tonen dat dit effectief levens redden. Maar opnieuw: hier spreken we over levens redden, niet over levenskwaliteit.

De vraag die ik naar voor wil brengen, is een andere:

Hoe houd je een vrouw zo gezond mogelijk, zo lang mogelijk — fysiek, hormonaal, emotioneel en psychosociaal — zodat de kans op zware ziekte en uitval daalt en dat haar dagdagelijkse levenskwaliteit stijgt?

Wat vrouwen vandaag missen, is preventieve zorg en dagelijkse ondersteuning die vertrekt vanuit fysiologie, niet vanuit pathologie. Met andere woorden, dat we niet wachten tot er “iets mis” is, maar het lichaam ondersteunen in haar natuurlijke ritmes, zodat klachten niet telkens moeten escaleren tot crisisniveau.

In verschillende niet-Westerse zorgtradities zien we een ander uitgangspunt: gezondheid onderhouden is een dagelijkse praktijk, geen noodrem. In Oosterse geneeskunde is het bijvoorbeeld gebruikelijk om regelmatig acupunctuur, kruidenondersteuning of lichaamswerk te gebruiken om lichaam en geest in balans te houden — niet alleen om ziekte te “behandelen” wanneer ze al zichtbaar zijn. Deze tradities vertrekken vanuit een cultuur van preventie, iets waar het Westen zich nog volop naartoe aan het bewegen is.

Female-centered care vertrekt vanuit het principe van preventie door dagelijkse, cyclisch afgestemde zorg te bieden.

Onder dagelijkse female-centered care vallen bijvoorbeeld:

- eenvoudige tools die vrouwen zelf kunnen toepassen in hun dagelijks leven
- voedingsadvies dat rekening houdt met cyclusfase, leeftijd en belastbaarheid
- beweging afgestemd op hormonale schommelingen (niet elke dag “maximale output”)
- aandacht voor slaaphygiëne en herstel
- stressreductie en zenuwstelselondersteuning (adem, rustmomenten, boundaries)
- zachte ondersteuning via kruiden, voeding en ritme
- zelfmassage en lichaamsbewustzijn rond buik, bekken en adem
- kleine micro-routines die op lange termijn een grote impact hebben

Naast de dagelijkse tools die vrouwen thuis kunnen toepassen, toont ervaring én onderzoek dat structurele, terugkerende zorgmomenten een enorme impact hebben op de algemene gezondheid van vrouwen. Ik onderscheid twee soorten van zorgmomenten: maandelijkse zorgsessies enerzijds, en sociale zorgmomenten anderzijds. Deze zorgmomenten verlagen stress, stimuleren doorbloeding, ondersteunen het zenuwstelsel en bieden emotionele en sociale verankering.

1. Maandelijkse lichaamsgerichte zorgsessies

Holistische, lichaamsgerichte sessies — zoals massage, craniosacrale relaxatie, shiatsu of andere zachte technieken — spelen een belangrijke rol in female-centered care. Vrouwen die regelmatig (maandelijks of tweemaandelijks) deze vorm van zorg ontvangen, rapporteren in onderzoek consistent:

- minder pijn
- betere slaapkwaliteit
- minder angst en stress
- meer gronding en lichaamsbewustzijn
- vlottere recuperatie tijdens stressvolle periodes
- verlichting van hormonale symptomen zoals PMS en menstruatiepijn

Deze effecten zijn niet anekdotisch. Eén van de meest geciteerde overzichtsstudies (Field, 2014) toont dat massage-therapie systematisch cortisol verlaagt, serotonine en dopamine verhoogt, angst vermindert, slaap verbetert en pijn vermindert. Andere studies bevestigen dit bij vrouwen met menstruatiepijn en PMS (Yuan et al., 2022).

Deze vormen van zorg fungeren als onderhoud van het zenuwstelsel, de doorbloeding en de hormonale balans — drie pijlers waar het vrouwenlichaam sterk op reageert.

2. Structurele sociale zorgmomenten (co-regulatie & verbinding).

Dit onderdeel bouwt verder op de derde pijler van female-centered care: Klankbord en sociale cohesie. Zoals reeds vermeld toont herhaald onderzoek aan dat vrouwen die regelmatig deelnemen aan veilige, empathische groepsmomenten:

- minder stresshormonen hebben
- minder kans hebben op depressie
- minder kans hebben op burn-out
- lagere pijnscores rapporteren
- sneller herstellen van hormonale klachten
- betere immunologische parameters tonen

Daarom zijn terugkerende samenkomsten essentieel, zoals:

- vrouwencirkels
- yoga- of mindfulnessgroepen
- zwangerschaps- of menopauzegroepen
- meditatiebijeenkomsten
- lichaamsgerichte groepspraktijken

Het is niet alleen de tool (yoga, massage, meditatie, relaxatie) die helpt. Het is de combinatie van verbinding, ritueel, co-regulatie en herkenning. Vrouwen hebben niet alleen informatie nodig, maar een reguliere *bedding* waar ze elke maand opnieuw kunnen landen, ontladen en opladen.

Deze preventieve tools stel ik niet ter vervanging van het huidige medische preventiebeleid, maar ter aanvulling ervan. Ze vormen de missende laag — ervoor en ernaast — die voorkomt dat vrouwen voortdurend over hun grenzen gaan, blijven doorlopen met klachten en pas hulp zoeken wanneer het al geëscaleerd is.

II. NAZORG — VOORAL NA MEDISCHE INGREPEN

Naast preventie en dagelijkse ondersteuning is er één domein waarin Vlaanderen de grootste blinde vlek heeft: nazorg.

Vrouwen die door zware of ingrijpende medische trajecten gaan — zoals hysterectomie, keizersnede, laparoscopie bij endometriose, abortus of medische miskraam, curettage, of fertiliteitstrajecten zoals IVF — krijgen de broodnodige acute, fysieke zorg van het medische systeem. Maar zodra zij thuis zijn, vallen ze vaak in een zwart gat. Niet omdat artsen dat wensen, maar omdat het systeem geen tijd, geen ruimte en geen kader biedt voor de emotionele, somatische en identitaire impact van zulke ingrepen.

Het collectieve taboe rond vrouwenlichamen en vrouwenproblemen vergroot deze stilte. Vragen zoals:

- *Wat doet het met het zelfbeeld wanneer je baarmoeder (gedeeltelijk) wordt verwijderd?*
- *Hoe verwerk je een abortus of miskraam in een samenleving die vooral wegkijkt?*
- *Wie draagt de vrouw die net bevallen is, midden in hormonale chaos en relationele spanning?*

... worden amper gesteld, laat staan opgevangen.

Female-centered care vult precies dit gat op. Niet therapeutisch, niet medisch — maar *psycho-somatisch*, lichaamsgericht, sociaal ondersteund, en afgestemd op het vrouwelijke tempo.

Deze nazorg omvat onder meer (maar niet uitsluitend):

Integratie na bevalling:

Niet alleen fysiek herstel, maar begeleiding tijdens de hormonale rollercoaster van de postpartumperiode, waarin slaaptekort, isolatie en relationele druk op het gezin pieken.

Zorg die veel verder gaat dan tijdelijke kraamzorg: warmte, voeding, baarmoedermassage, educatie, bekkenbodemondersteuning, sociaal klankbord, gedurende de volledige postpartumperiode (12 maanden na bevalling).

Herstel na keizersnede:

Vrouwen rapporteren in mijn praktijk en in de opleidingen opvallend vaak:

- gevoelloosheid
- koude onderbuik
- spanning en blokkades rond het litteken
- minder sensatie in het bekken
- verlies met vrouwelijke identiteit

Dit zijn geen medische complicaties, maar psychosomatische gevolgen die zelden besproken worden. Keizersnedes zijn zowel fysiek als emotioneel ingrijpend, en deze effecten vragen om professionele, zachte litteken- en bekkenzorg én ruimte voor emotionele verwerking — zeker wanneer de bevalling anders is verlopen dan gehoopt.

Ondersteuning na curettage, miskraam of abortus:

België is wederom een van de koplopers wanneer het gaat over ethische, toegankelijke en veilige abortus of begeleide miskraam. Er wordt vandaag al emotionele steun en zorg geboden tijdens het keuzeproces, maar de nazorg nadien blijft vooral beperkt tot het fysieke luik. Waar dringend nood aan is, is een professionele plek waar vrouwen terechtkunnen met de rouw die deze processen teweegbrengen. Female-centered care biedt vrouwen een setting waar ze gezien, erkend en gedragen worden in hun afscheidsproces. Abortus en miskraam zijn beide vormen van verlies. Net zoals er in onze cultuur respect bestaat voor mensen die een dierbare verliezen, verdient dit verlies dezelfde erkenning. Nu wordt er vooral gezwegen, en dragen vrouwen — of koppels — dit in stilte, onder de sluier van taboe.

Ook de fysieke en hormonale nasleep van een zwangerschapsonderbreking wordt vaak geminimaliseerd. Hier is nood aan dezelfde female-centered zorg die verzachting, ontlading en fysieke zachtheid brengt naar het vrouwelijke lichaam.

Stabilisatie tijdens fertiliteitstrajecten:

Er is nog onvoldoende harde data over de precieze relatie tussen stress en vruchtbaarheid, maar internationaal onderzoek suggereert dat chronische stress wel degelijk een effect heeft op de hormonale as (Gjerstad et al., 2018).

In de praktijk zien we een duidelijk patroon: ontspannende lichaamsgerichte zorg tijdens en na intense medische trajecten bevordert:

- herstel
- hormonale regulatie
- draagkracht
- emotionele stabiliteit tijdens IVF

Dat zijn essentiële pijlers voor de gezondheid van de moeder én voor het toekomstig gezin.

Begeleiding in de menopauze

Zoals benoemd in het onderdeel '*Vlaamse realiteit in cijfers*' zagen we dat slechts 7% van de Vlaamse vrouwen zich voldoende geïnformeerd voelt over de perimenopauze.

Female-centered care gaat hier een stap verder. Ja, het omvat correcte informatie over de fysiologische impact van de menopauze en het destigmatiseren van deze overgang — weg van het idee dat menopauze een pathologie is. Maar het gaat evenzeer over het aanbieden van concrete lichaamsgerichte ondersteuning, en tools of rituelen die vrouwen stabiliteit, zachtheid en houvast bieden tijdens deze hormonale transitie.

Littekenzorg (intern/extern):

Littekens gelden medisch als “genezen” zodra ze gesloten zijn, maar intern littekenweefsel kan jaren later nog gevoelloosheid, verlies van seksuele sensatie, spanning en bekkenklachten veroorzaken.

Met de juiste nazorg — massage, mobilisatie, cupping, fascia-ontspanning — wordt doorbloeding gestimuleerd, verklevingen versoepeld en rapporteren vrouwen in mijn sessies en opleidingen systematisch meer gevoel, warmte en genot.

Nazorg vormt vandaag een structurele blinde vlek in ons gezondheidssysteem. Het medische luik wordt uitstekend verzorgd, en het psychologische luik bestaat formeel wel, maar richt zich vooral op mentale verwerking. Wat ontbreekt, is de schakel ertussen: begeleiding die lichaam, emoties en hormonen samen meeneemt in het herstel. Wanneer vrouwen na ingrepen, zwangerschappen of hormonale transitie niet ondersteund worden in dit volledige psychosomatische proces, blijven klachten aanslepen. *Daar plaatst female-centered care zich*: als aanvullende, lichaamsgerichte zorg die de kloof vult tussen het medische, het mentale en het dagelijkse leven — een kader dat duurzame gezondheid ondersteunt, terugkerende klachten vermindert en uiteindelijk de druk op de medische sector verlaagt.

We weten nu waarom female-centered care nodig is. De volgende stap is begrijpen hoe het eruitziet.

In dit hoofdstuk vertalen we de visie naar **vier duidelijke bouwstenen: uitzoomen & context, cyclisch kijken, lichaamsgerichte zorg en sociale cohesie**. Deze fundamenten vormen samen een praktisch en professioneel kader dat elke vorm van moderne vrouwenwelzijnszorg zou moeten dragen.

7 • DE BOUWBLOKKEN VAN FEMALE-CENTERED CARE

We hebben nu scherp zicht op *waarom* female-centered care noodzakelijk is, en *waar* ze zich in het traject van een vrouw bevindt: vóór de problemen escaleren en nadat medische zorg haar werk heeft gedaan. In de vorige hoofdstukken zagen we hoe preventie en nazorg het fundament vormen van een gezonde levensloop.

In dit deel gaan we een laag dieper. Female-centered care is een concreet zorgmodel dat rust op vier pijlers die telkens opnieuw terugkomen in de praktijk:

1. uitzoomen
2. cyclisch kijken
3. lichaamsgericht werken
4. sociale bedding creëren

Samen vormen deze bouwstenen een aanpak die vrouwen niet alleen ondersteunt, maar ook versterkt in hun fysieke, hormonale, emotionele en sociale welzijn.

I. UITZOOMEN EN CONTEXT PLAATSEN

Op dit moment wordt er naar het symptoom gekeken en wordt de vrouw hierdoor gedefinieerd: het wordt “*een vrouw met endometriose*” of “*een vrouw met PMS-klachten*.” De ziekte of moeilijkheid krijgt de schijnwerper. Bij female-centered care draaien we dit terug om naar de correcte manier van kijken: we beginnen altijd met de totaliteit van de vrouw als centraal ankerpunt. Er wordt gekeken naar het geheel van haar leven, niet naar één afzonderlijk probleem. In de medische sector wordt te vaak reductionistisch gekeken — één klacht, één oplossing — terwijl de realiteit van een vrouw complexer is. Het lichaam en de psyche zijn geen aparte domeinen; ze beïnvloeden elkaar voortdurend. Ook de omgeving waarin ze leeft en haar levensstijl hebben epigenetische effecten, maar deze factoren worden vandaag te weinig betrokken.

Uit mijn dertien jaar opleiding in female-centered care en honderden sessies zie ik telkens opnieuw hetzelfde patroon: wanneer we uitzoomen en alle lagen van een vrouwenleven in kaart brengen, wordt de oorzaak of samenhang meestal helder. De meeste vrouwen zien dan plots het bos weer door de bomen.

Bij female-centered care kijken we op vier niveaus:

1. Mentaal welzijn

Zelfbeeld, stresspatronen, perfectionisme, innerlijke criticus, rolverwachtingen.

2. Emotioneel welzijn

Veerkracht, opgebouwde spanning, rouw, partnerdynamieken, veiligheid in huis en op het werk.

3. Fysiek welzijn

Voeding, slaap, beweging, hormonale belasting, werkdruk, cyclusgeschiedenis, lichamelijke geschiedenis.

4. Zingeving & levensrichting

Zelfexpressie, autonomie, grenzen, het verschil tussen geleefd worden en zelf richting bepalen.

Al deze factoren beïnvloeden elkaar en maken samen meer dan de som der delen wat de holistische gezondheid van de vrouw betreft. Meer en meer internationaal onderzoek bevestigt dat deze holistische blik noodzakelijk is om chronische problemen daadwerkelijk aan te pakken. Het zijn ziektes van levensstijl — waarbij emotionele en mentale staat integraal deel uitmaakt van dagelijks welzijn en dus niet genegeerd kan worden (Vos et al., 2020; Gatchel et al., 2007).

II. CYCLISCH KIJKEN

Het vrouwelijk lichaam is niet lineair, maar ritmisch - ofwel cyclisch. Female-centered care vertrekt daarom altijd vanuit het natuurlijke cyclische ritme van vrouwelijke hormonen: een voortdurend spel tussen oestrogeen, progesteron, testosteron, cortisol en insuline dat het fysieke, emotionele en cognitieve functioneren beïnvloedt. Deze ritmes bepalen hoe een vrouw slaapt, verwerkt, voelt, presteert en herstelt — een inzicht dat steeds meer wetenschappelijke erkenning krijgt (Brar et al., 2020; Altemus et al., 2022).

Onze maatschappij is gebouwd op een lineair model dat gebaseerd is op de stabielere 24-uurs hormonale cyclus van het mannelijke lichaam. Hierdoor wordt van vrouwen verwacht dat ze functioneren tegen hun eigen fysiologie in. Female-centered care corrigeert deze structurele mismatch: het volgt de biologie van de menstruatie-ovulatiecyclus, de zwangerschap en postpartumperiode, de perimenopauzale overgang en de post-menopauzale fase.

Over het volledige levenstraject van een vrouw bestaan vijf hormonale fasen met elk hun eigen noden en zorgprofielen:

1. **Ontwikkelingsfase van de cyclus** — puberteit tot ±21 jaar
2. **Vruchtbare jaren** — gestabiliseerde menstruatie-ovulatiecyclus
3. **Zwangerschap & postpartum** — de impact van de hormonale shift van leven dragen en verzorgen
4. **Perimenopauze** — het meest misbegrepen en minst ondersteunde deel van vrouwenleven
5. **Post-menopauze** — een nieuwe hormonale stabiliteit met eigen fysieke en psychosociale noden

Female-centered care pathologiseert deze fasen niet, maar ondersteunt ze als natuurlijke fysiologische processen die veel beter functioneren wanneer vrouwen zachte, ritmische, dagelijkse zorg ontvangen: cyclusgekoppelde voeding, lichaamsgerichte therapie, kruiden, beweging, herstelrituelen, stressregulatie en sociale ondersteuning. Internationaal onderzoek bevestigt dat ritme-gebaseerde ondersteuning hormonale gezondheid, stemming, pijn en algemeen welzijn significant beïnvloedt (Brar et al., 2020).

III. LICHAAMSGERICHTE ZORG (SOMATISCH & ZENUWSTELSELGERICHT)

Het vrouwelijk lichaam reageert op zachtheid. Zachte, somatische benaderingen — ontspanningsmassage, buik- en bekkenwerk, ademregulatie en veilige aanraking — verminderen spanning, ondersteunen hormonale regulatie en stabiliseren het zenuwstelsel. Steeds meer wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zachte aanraking en somatische therapieën het parasympatisch zenuwstelsel activeren, wat directe effecten heeft op pijnbeleving, hormonale balans en emotionele regulatie (Gentzler et al., 2021; Walker et al., 2020).

Dit is een pijler die bijna volledig ontbreekt in het medische systeem. Niet omdat artsen het niet willen, maar omdat hun structuur hiërarchisch, acuut en protocolair is — niet somatisch, traag of regulerend. Gedurende een consult van tien minuten is er geen ruimte voor veilige aanraking, geen tijd voor regulatie van buik of diafragma, geen aandacht voor het herstel van lichaamsbewustzijn. Terwijl het net dát is wat het vrouwelijk lichaam nodig heeft.

Female-centered care integreert deze ontbrekende pijler door te werken op:

- **Veilige aanraking**
 - Het lichaam ontspant pas wanneer het veiligheid voelt. Onderzoek bevestigt dat warme, trage aanraking oxytocine stimuleert, wat angst verlaagt, pijngrens verhoogt en herstel versnelt (Walker et al., 2020).

- **Ontspanning van buik, bekken en diafragma**
 - Spanning in deze zones beïnvloedt doorbloeding, ademhaling, stressniveau en hormonale flow. Het diafragma en bekkenbodem bewegen biomechanisch samen, en verstoring hier leidt tot spanning, krampen en dysregulatie.
- **Manuele ondersteuning van doorbloeding**
 - Verbeterde circulatie in het bekkengebied heeft een aantoonbaar effect op pijn, cycluscomfort en hormonale regulatie (Kim et al., 2020).
- **Regulatie van het zenuwstelsel**
 - Chronische stress activeert langdurig het sympathisch zenuwstelsel, waardoor pijn en hormonale ontregelingen verergeren. Somatisch werken activeert de ventrale vagus — het deel van het zenuwstelsel dat veiligheid, verbinding en herstel aanstuurt (Porges, 2011).
- **Herstel van lichaamsbewustzijn**
 - Veel vrouwen dissociëren van buik en bekken door pijn, trauma of sociale conditionering. Door lichaamsgerichte zorg krijgt de vrouw het gevoel terug dat haar lichaam een plek is waar ze kan thuiskomen, niet een vijand die haar teleurstelt.

Dit is waar female-centered care voor staat: concrete, lichaam-gebaseerde interventies die het vrouwelijke lichaam ondersteunen zoals het biologisch ontworpen is.

IV. EEN KLANKBORD & SOCIALE COHESIE

Female-centered care is nooit een solotraject. Vrouwen herstellen sneller, dieper en duurzamer wanneer ze gezien, gehoord en gespiegeld worden — niet alleen door een professional, maar ook door andere vrouwen. De populariteit van vrouwencirkels in de holistische sector is dan ook geen toeval, maar neurobiologisch verklaarbaar. Volgens de polyvagaal-theorie reguleert het sociale zenuwstelsel zich *in verbinding*, niet in isolatie (Porges, 2011). Onderzoek naar stressreacties bij vrouwen toont bovendien aan dat hun eerste biologische respons eerder tend-and-befriend is dan het klassieke fight-or-flight patroon (Taylor et al., 2000). Vrouwen zoeken dus instinctief co-regulatie en sociaal contact om spanning te verlagen — een cruciale pijler die ontbreekt in veel vormen van reguliere zorg, maar die essentieel is voor herstel.

Het vrouwelijke lichaam ontspant wanneer er veiligheid, vertraging en herkenning aanwezig is. Dat zie ik keer op keer in de praktijk: wanneer vrouwen hun verhaal mogen vertellen in een ruimte waar ze niet gehinderd, gehaast of geminimaliseerd worden, daalt de spanning vrijwel onmiddellijk. Hun adem zakt, hun diafragma ontspant, hun bekken verzacht — nog vóór er een lichaamsgerichte interventie plaatsvindt.

Sociale cohesie werkt regulerend op:

- stressniveau
- hormoonhuishouding
- pijndrempel
- emotionele verwerking
- immuniteit

Onderzoek toont aan dat vrouwen met sterke sociale netwerken minder ziek worden, sneller herstellen en beter omgaan met chronische klachten (Taylor et al., 2000; Uchino, 2006). Verbinding stimuleren hoort daarom bij de basispijlars.

In de praktijk betekent dit dat female-centered care altijd een klankbord inbouwt:

- **Ruimte waar ze niet gehaast wordt**
 - Minstens 45 minuten — idealiter 60 tot 120 minuten — zodat het zenuwstelsel de tijd krijgt om te zakken en tot rust te komen.
- **Een plek waar haar verhaal echt gehoord wordt**
 - Niet enkel symptomen, maar levenscontext, identiteit, relaties, geschiedenis. Een plek waar er actief geluisterd wordt.
- **Herkenning in andere vrouwen**
 - De kracht van “*ik ben niet de enige*” werkt regulerend op het zenuwstelsel. Het is daarbij essentieel dat dit soort samenkomsten gebeuren binnen een veilig en professioneel gedragen kader, zodat de valkuil van traumabinding vermeden wordt (zie: valkuilen in de holistische sector).
- **Sociale rituelen en groepsmomenten**
 - Vrouwencirkels, uitwisselingsmomenten, groepssessies, community-care ondersteunden het vrouwelijke biologische ritme, brengen haar in verbinding met zichzelf, anderen en biedt stabiliteit in haar leven of herstelproces.

Dit is één van de bouwstenen waar de holistische sector wél in uitblinkt wanneer ze het correct toepast: een veilige sociale bedding aanbieden die het medische systeem niet kan bieden, maar die vrouwen wél nodig hebben om te herstellen.

De bouwblokken van female-centered care tonen wat vrouwen vandaag nodig hebben: context, cyclisch inzicht, lichaamsgerichte ondersteuning en een gedragen gemeenschap. Maar deze visie heeft alleen impact wanneer ze vertaald wordt naar een professioneel kader dat betrouwbaar, reproduceerbaar en toegankelijk is — voor vrouwen én voor de partners die met hen werken.

De vraag die nu vanzelf opkomt: **wie bouwt dit mee in Vlaanderen?**

Female-centered care is groter dan één organisatie, maar elke beweging begint met concrete stappen. In het volgende hoofdstuk lees je welke rol Womb Awakening Vlaanderen vandaag al opneemt — en hoe we stap voor stap bouwen aan een professioneel, veilig en toekomstgericht ecosysteem voor vrouwenwelzijn.

8 • WAT WOMB AWAKENING VLAANDEREN BIJDRAAGT

Female-centered care vraagt om veiligheid, consistentie, methodiek en professionele afbakening. Dat is vandaag nog niet de realiteit binnen de holistische sector — en ook nog niet volledig binnen Womb Awakening Vlaanderen. Wat ik met WAV wél doe, is iets dat in Vlaanderen nog nauwelijks bestaat: bewust, zorgvuldig en onderbouwd bouwen aan een kwaliteitsgestuurde vorm van holistisch vrouwenwelzijn. Ik beweer niet dat WAV de enige holistische speler rond vrouwenwelzijn is, maar het is wel één van de eerste initiatieven die female-centered care systematisch wil opbouwen aan de hand van een duidelijke methodiek, veiligheidskaders, kwaliteitsrichtlijnen en een open samenwerkingsbeleid met andere organisaties of de medische sector — iets wat vandaag in Vlaanderen nauwelijks vorm heeft.

Dit opbouwproces is langdurig en iteratief: de fundamenten zijn nu gelegd, en we bevinden ons aan het beginpunt van een noodzakelijke evolutie in vrouwenwelzijn.

WAV werd opgericht vanuit een kernverlangen én een maatschappelijke noodzaak die ik telkens opnieuw zag terugkeren: zorg creëren die vrouwen ondersteunt waar het medische systeem geen tijd en ruimte voor heeft — én die tegelijk professioneel en ethisch verantwoord is, zodat ze vertrouwen opbouwt bij de vrouwen die deze zorg nodig hebben én bij zorgprofessionals. Alleen vanuit dat vertrouwen kan wederzijdse doorverwijzing en samenwerking ontstaan, en precies die samenwerking is wat uiteindelijk leidt tot meer vrouwelijk welzijn. WAV positioneert zich niet als alternatieve geneeswijze, maar als aanvullende eerstelijns welzijnszorg, met een eigen duidelijke methodiek, kwaliteitskader en rolafbakening.

Hoe WAV aan een professioneel fundament voor holistische vrouwenwelzijnszorg bouwt:

Womb Awakening Vlaanderen bevindt zich in een unieke positie: als holistisch opleidingsinstituut werkt het aan de bouwstenen die vandaag grotendeels ontbreken in de Vlaamse holistische sector. Door stap voor stap de structuren te ontwikkelen die nodig zijn voor kwalitatieve, veilige en professioneel gedragen female-centered care. Deze beweging staat nog in opbouw, maar de richting is helder. We werken aan vier pijlers:

1. Een duidelijke, zachte en extern reproduceerbare methodiek
2. Data verzamelen om patronen zichtbaar te maken
3. Kwaliteitsrichtlijnen die veiligheid en professionaliteit verhogen
4. Een netwerkstructuur met een kwaliteitslabel

I. EEN DUIDELIJKE, ZACHTE EN EXTERN REPRODUCEERBARE METHODIEK

Binnen WAV werken we met een zorgvuldig gedefinieerde externe baarmoedermassage-aanpak. Deze methode is anatomisch onderbouwd, helder afgebakend, reproduceerbaar en overdraagbaar, zodat iedere facilitator dezelfde basisveiligheid, structuur en kwaliteitsprincipes kan hanteren.

Deze methodiek vormt op dit moment twee specifieke onderdelen van het WAV-aanbod: de Baarmoedermassage Facilitatoropleiding (waar facilitators worden opgeleid om de massage op een veilige, anatomisch onderbouwde manier toe te passen), en de Zelfbaarmoedermassage Workshophost Training (waar professionals leren hoe ze vrouwen kunnen begeleiden in het masseren van hun eigen buik en bekkenregio, binnen een veilige setting die verder bouwt op sociale cohesie en lichaamsbewustzijn).

(Meer hierover lees je op www.wombawakeningvlaanderen.com/methodiek)

II. DATA VERZAMELEN OM PATRONEN ZICHTBAAR TE MAKEN

We werken met anekdotische gegevens uit honderden sessies en met gerichte feedback van afgestudeerde facilitators om terugkerende patronen in vrouwenwelzijn scherp zichtbaar te maken.

Binnen WAV stopt de rol van een facilitator niet bij het afstuderen: ze wordt deel van een groeiend netwerk dat vrouwen ondersteunt via female-centered care én mee bouwt aan de maatschappelijke erkenning van een lichaamsgerichte techniek die vandaag nog te weinig bekend is in Vlaanderen.

De baarmoedermassage zoals wij ze aanleren is helder afgebakend, extern, veilig en anatomisch onderbouwd. Wat nog ontbreekt in het bredere zorglandschap, is zichtbaarheid en structurele documentatie — en precies daarom verzamelen we data: om te tonen wat vrouwen ervaren, welke patronen zichtbaar worden en waar deze vorm van zorg een reële aanvulling biedt op het medische traject.

Deze dataverzameling vormt de eerste laag van een toekomstig onderzoeksfundament, waarin we de komende jaren structurele samenwerking met academische partners verder willen opbouwen.

Onze aanpak blijft transparant en professioneel: we claimen niet méér dan wat de huidige dataset toont, maar we zetten wél de stap die tot nu toe ontbrak — het systematisch in kaart brengen van holistische vrouwenwelzijnszorg in Vlaanderen.

III. KWALITEITSRICHTLIJNEN DIE VEILIGHEID EN PROFESSIONALITEIT VERHOGEN

Veiligheid is geen bijzaak, maar het fundament van female-centered care. Daarom bouwt WAV aan kwaliteitsrichtlijnen die de sector naar een professioneler niveau tillen en tegelijk de zachtheid, eenvoud en menselijkheid bewaren die holistische zorg zo waardevol maken.

Onze kwaliteitskaders omvatten zowel wat wél kan als wat niet kan, en hoe een facilitator binnen veilige grenzen blijft. Ze vormen een levende structuur: intern worden ze voortdurend bevraagd, aangescherpt en afgestemd op nieuwe inzichten, data en feedback uit het werkveld.

Binnen dit kader ontwikkelen en onderwijzen we richtlijnen rond:

Veiligheid & contra-indicaties:

Facilitators leren hoe ze vóór elke sessie een heldere veiligheidsinschatting maken:

- Voor wie is de massage geschikt?
- Wanneer is voorzichtigheid geboden?
- Wanneer is doorverwijzing vereist?
- Bij welke medische omstandigheden is groen licht van een arts noodzakelijk?

Deze kennis voorkomt risico's, creëert vertrouwen en zorgt ervoor dat vrouwen altijd zorg ontvangen die past bij hun lichamelijke toestand.

Zenuwstelsel co-regulatie & trauma-informed werken:

Elke facilitator krijgt basisinzicht in:

- polyvagaaltheorie
- signalen van dysregulatie
- hoe aanraking, adem en ritme het zenuwstelsel beïnvloeden
- hoe emoties veilig kunnen vrijkomen zonder dat dit de bedoeling wordt

Bij WAV is een emotionele ontlading géén doel op zich, maar een mogelijke respons die zacht, zorgvuldig en binnen duidelijke grenzen wordt opgevangen.

Facilitators leren hun rol: ze begeleiden een lichaam dat ontspant — ze openen geen trauma dat ze niet kunnen dragen.

Grenzen van de rol van de facilitator:

WAV werkt met een helder beroepsprofiel dat haar plaats als complementair aan de medische sector inneemt (niet onder, niet boven, maar naast):

- een facilitator diagnosticeert niet
- vervangt geen medische zorg
- ondersteunt niet buiten haar expertise
- blijft binnen een afgebakend lichaamsgericht domein
- biedt preventie en nazorg

Deze rolafbakening beschermt zowel de vrouw als de facilitator en maakt samenwerking met medische professionals mogelijk.

Correct doorverwijsbeleid:

Een van de grootste tekorten in de holistische sector is het ontbreken van een systematisch en professioneel doorverwijsbeleid.

Binnen WAV wordt daarom aangeleerd:

- wanneer je wél en wanneer je níet verder werkt
- welke signalen medische opvolging vereisen
- hoe je tijdig en respectvol doorverwijst
- hoe je samenwerking met huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen aanvraagt
- hoe je helder communiceert binnen je rol en grenzen

Deze vaardigheden vormen de basis van veilige female-centered care.

Maar we bouwen niet alleen aan éénrichtingsverwijzing. WAV ontwikkelt op termijn een tweerichtingsdoorverwijzingssysteem, waarin:

- holistische facilitators vrouwen met mogelijke medische risico's tijdig en onderbouwd doorverwijzen
- én medische professionals vrouwen met lichte tot matige chronische klachten (zoals spanningspijn, cyclusongemak, postpartumsensaties, emotionele ontregeling) kunnen doorverwijzen naar een WAV-facilitator voor eerstelijns voorzorg en nazorg

Dit model ontlast de medische sector, versterkt het vertrouwen tussen beide velden en zorgt ervoor dat vrouwen de juiste zorg krijgen op het juiste moment — niet te vroeg gemedicaliseerd, maar ook niet te laat.

Ethiek & consent als continu proces:

We onderwijzen een ethische houding die vertrekt vanuit:

- autonomie van de vrouw
- expliciete, geïnformeerde toestemming
- duidelijke uitleg over wat de massage wel en niet inhoudt (bv. altijd extern, nooit intern)
- respect voor grensbewaking in taal, aanraking en tempo

Dit maakt de sessie voorspelbaar, veilig en rustgevend.

IV. EEN NETWERKSTRUCTUUR MET EEN KWALITEITSLABEL

We bouwen een gemeenschap van facilitators die niet alleen dezelfde methodiek delen, maar ook dezelfde waarden, richtlijnen en professionele standaarden. Dit netwerk vormt de eerste stap naar een kwaliteitslabel voor holistische vrouwenwelzijnszorg in Vlaanderen — een label dat:

- transparantie biedt over wat female-centered care wel en niet inhoudt
- veiligheid garandeert voor vrouwen die ondersteuning zoeken
- consistente kwaliteit mogelijk maakt, ongeacht bij welke facilitator ze terechtkomen
- vertrouwen creëert bij medische partners, die nu vaak niet weten naar wie ze veilig kunnen doorverwijzen
- een brugfunctie vervult tussen de medische sector, de welzijnssector en de holistische veldwerker

Het netwerk is dus geen verzameling losse praktijken, maar een professioneel ecosysteem dat samen werkt, leert, data verzamelt, expertise deelt en zich continu bijschoolt. Zo groeit WAV uit tot een zichtbare, betrouwbare speler in het Vlaamse zorglandschap — én tot een model dat toekomstige samenwerkingen en erkenning mogelijk maakt.

9 • CASUSSEN UIT DE PRAKTIJK

CASUS I — POSTPARTUM HERSTEL NA KEIZERSNEDE

(anonieme casus, gerapporteerd door een afgestudeerde facilitator uit het WAV-netwerk)

Situatie:

Een afgestudeerde WAV-facilitator ontving een vrouw die anderhalf jaar eerder een keizersnede had ondergaan. Haar litteken was fysiek goed genezen, maar ze ervaarde nog regelmatig trekkerigheid en een gevoel van afstand tot haar buikstreek. Ze gaf aan moeite te hebben met lichaamsbeeld, vooral rond haar buik, en benoemde een algemene disconnectie met haar bekkengebied sinds de traumatische beleving van de keizersnede.

Welke ondersteuning werd geboden:

De facilitator werkte met de basisprotocol van de externe baarmoedermassage zoals onderwezen binnen WAV.

Er werd niet gecombineerd met andere technieken, met het doel de methodiek correct in te oefenen.

De intentie van de sessie was vooral:

- ontspanning in de buik en onderbuik
- verzachting rond het littekengebied (extern, niet-invasief)
- ondersteuning bij lichaamsbewustzijn en gronding

De facilitator hield rekening met emotionele gevoeligheid rond de postpartumervaring en werkte traag en veilig, binnen het kader van female-centered care.

Wat veranderde (zoals door cliënte zelf gerapporteerd):

Na de sessie nam de vrouw een spontane emotionele reactie waar (tranen), vooral toen er rond de baarmoederstreek gewerkt werd. Ze benoemde dat het haar bewust maakte hoe hard en kritisch ze vaak naar haar buik keek, en dat ze zachtheid wilde terugbrengen in haar relatie met haar lichaam.

Ze beschreef:

- diepe ontspanning tijdens de sessie
- merkbaar meer energie nadien
- daarna rust, behoefte aan warmte, thee en reflectie
- meer lichaamsbewustzijn en mildheid naar haar buik

Twee uur na de behandeling had ze nog steeds behoefte om te praten over wat er geraakt was, wat volgens de facilitator duidde op integratie en verwerking.

CASUS II — ENDOMETRIOSE/ADENOMYOSE & VERLICHTING VAN MENSTRUATIEKLACHTEN

(anonieme casus, gerapporteerd door een afgestudeerde facilitator uit het WAV-netwerk)

Situatie:

Een afgestudeerde facilitator werkte met een vrouw uit haar professioneel netwerk, gediagnosticeerd met endometriose en adenomyose.

De vrouw ervoer:

- zeer hevige menstruaties
- grote bloedstolsels
- pijn en spanning in het bekken
- een vooruitzicht dat mogelijk op termijn richting hysterectomie zou gaan

Ze zocht een aanvullende, lichaamsgerichte vorm van ondersteuning om haar menstruatiecyclus draaglijker te maken.

De intentie van de sessie was niet om de aandoening te genezen, maar om het lichaam zachter, minder pijnlijk en meer gereguleerd te laten aanvoelen tijdens de menstruatie.

Welke ondersteuning werd geboden:

De facilitator werkte uitsluitend met de WAV-externe baarmoedermassagemethodiek, met focus op twee anatomisch en somatisch relevante zones (zoals benoemd binnen de WAV-methodologie):

- Luchtportaal — ontspanning van spanning onder de ribben, diafragmaregio en bovenbuik
- → hier ervoer de facilitator duidelijke stramheid en resistentie
- Aardeportaal — zachte manuele ondersteuning rond baarmoeder, onderbuik en bekkenbodem
- → de facilitator merkte verklevingsachtige spanning op, wat passend is binnen het symptoomprofiel van adenomyose

Doel van de sessie:

- meer doorstroming
- vermindering van spanning
- algemene verzachting tijdens de menstruatie

Cliëntervaring (zoals gerapporteerd):

De deelnemer gaf na de sessie aan:

“Als iemand die al lange tijd worstelt met de ongemakken van adenomyose, besloot ik baarmoedermassage een kans te geven als aanvullende, natuurlijke ondersteuning. De sessie was heel zacht en ontspannend.”

Ze benoemde dat de massage:

- losheid bracht rond zones die anders gespannen aanvoelden

- een gevoel van meer doorbloeding in het bekkengebied gaf
- diepe ontspanning bracht

Tijdens de menstruatie die volgde merkte ze lichte verlichting van klachten.

Ze benadrukte zelf dat het geen wondermiddel is, maar dat de sessie een ondersteunende rol speelde die ze als waardevol ervoer.

Wat veranderde (zoals cliënte zelf benoemde):

- iets minder intensiteit van krampen tijdens menstruatie
- minder spanning in de onderbuik
- een gevoel van zachtheid en ontspanning na de sessie
- nieuwsgierigheid naar verdere ondersteuning en progressie

Er werd geen claim gemaakt dat adenomyose verandert of geneest — enkel de ervaren verlichting werd benoemd.

CASUS III — MENOPAUZALE VERWERKING NA HERHAALDE MISKRAMEN

(anonieme casus, gerapporteerd door een afgestudeerde facilitator uit het WAV-netwerk)

Situatie:

Een afgestudeerde WAV-facilitator ontving een vrouw in de menopauze met een geschiedenis van meerdere miskramen. De cliënte gaf aan dat ze hier in het verleden weinig actief rond had gewerkt en lange tijd functioneerde vanuit een houding van “gewoon doorgaan”. In de afgelopen periode merkte ze echter dat dit onverwerkte verdriet zich af en toe opnieuw aandiende.

Daarnaast leeft de vrouw met chronische lichamelijke klachten en werd ze gediagnosticeerd met fibromyalgie. Ze gaf aan dat haar lichaam haar de laatste jaren steeds duidelijker terugfluit, wat haar noodzaakt om bewuster te luisteren naar fysieke signalen en grenzen.

Welke ondersteuning werd geboden:

De sessie vond plaats binnen het kader van lichaamsgerichte, niet-invasieve ondersteuning. De facilitator werkte met zachte aanraking van de buikstreek, aangevuld met ritmische pulsing, afgestemd op het tempo en de draagkracht van de cliënte.

De intentie van de sessie was:

- het creëren van veiligheid en koestering in de buik- en bekkenregio
- ondersteuning bij lichaamsbewustzijn in een levensfase waarin oud verlies opnieuw voelbaar kan worden
- het aanspreken van regulatie en doorstroming voorbij verbale verwerking

De facilitator werkte traag, met aandacht voor signalen van het lichaam, zonder inhoudelijke sturing van emotionele processen.

Wat veranderde (zoals door cliënte zelf gerapporteerd):

De cliënte beschreef de ervaring als diepgaand en ondersteunend. Tijdens en na de sessie nam ze duidelijke lichamelijke sensaties waar, met name een gevoel van beweging en doorstroming in de bovenbenen. Dit gevoel bleef nog enkele dagen nawerken.

Ze rapporteerde verder:

- een toegenomen gevoel van ruimte in het bekken
- een innerlijke rust en een gevoel van acceptatie
- het ervaren van aanraking als ondersteunend en verzachtend, voorbij woorden

Ze gaf aan dat de sessie voor haar uitnodigde tot verdere exploratie en verdieping binnen deze vorm van lichaamsgericht werk.

10 • DE TOEKOMST VAN FEMALE-CENTERED CARE IN VLAANDEREN

De cijfers die we in dit rapport hebben besproken tonen één duidelijke beweging: het vrouwelijke zorglandschap vraagt meer dan wat acute geneeskunde en psychosociale ondersteuning vandaag kunnen bieden. Vlaanderen heeft een nieuwe laag van zorg nodig — een laag die *dagelijkse levenskwaliteit, preventie en psychosomatisch welzijn* even ernstig neemt als diagnoses en operaties. Female-centered care is een noodzakelijke evolutie binnen een samenleving waar vrouwen meer dan de helft van de bevolking vormen en jarenlang structureel te weinig zijn gehoord.

De toekomst van vrouwenwelzijn zal gebouwd worden op drie pijlers:

1. Een gedeelde taal tussen medische en holistische zorg.

Niet als concurrerende sectoren, maar als twee systemen die elkaar aanvullen.

De medische sector blijft expert in levensredding en diagnostiek.

De holistische sector wordt expert in dagelijkse ondersteuning, preventie, nazorg en zenuwstelselregulatie.

In de komende jaren zal samenwerking — in plaats van uitsluiting — de sleutel vormen tot betere zorguitkomsten voor vrouwen.

2. Een professionelere, beter afgebakende holistische sector.

Holistische zorg heeft potentieel, maar mist vandaag structuur. De toekomst vraagt om:

- methodieken die reproduceerbaar en overdraagbaar zijn
- duidelijke kwaliteitsrichtlijnen
- trauma geïnformeerde basisvorming
- doorverwijsbeleid dat wederzijds vertrouwen opbouwt

Wanneer deze fundamenteen stevig staan, wordt de holistische sector niet langer gezien als “alternatief”, maar als een professionele partner in eerstelijns-welzijnszorg.

3. Data die patronen zichtbaar maakt.

Anekdotische gegevens vormen de eerste laag, maar structureel onderzoek zal de sector dragen.

De komende jaren ligt er een grote kans in het in kaart brengen van:

- welke vormen van lichaamsgerichte zorg verlichting brengen bij lichte tot matige chronische klachten
- welke patronen zichtbaar worden in hormonale en psychosomatische problematiek
- welke preventieve routines risicofactoren verlagen

Dataverzameling — hoe klein de eerste stap ook is — vormt de brug tussen intuïtieve wijsheid en maatschappelijke legitimiteit.

Female-centered care zal niet ontstaan door grote uitspraken of snelle oplossingen, maar door *consistent, zorgvuldig en transparant* werk. Door elke vrouw opnieuw centraal te zetten als een volledig mens, niet als een symptoomdrager. Door te erkennen wat er ontbreekt, zonder de schuld bij medische zorgverleners te leggen. En door een nieuwe laag van zorg te bouwen die zowel zacht als professioneel is, zowel intuïtief als onderbouwd.

De beweging is al begonnen.

Wat de komende jaren bepalen, is niet óf female-centered care haar plek krijgt in Vlaanderen — maar *hoe snel* we erin slagen om die plek met kwaliteit, veiligheid en samenwerking vorm te geven.

11 • OVER DE AUTEUR

Sarah Dousselaere is oprichter van Womb Awakening Vlaanderen, opleidingscentrum en netwerk voor holistische vrouwenwelzijnszorg. Ze specialiseert zich in *female-centered care*—een zorgbenadering die fysiologie, psychosomatiek en zachte lichaamsgerichte technieken samenbrengt binnen een helder, professioneel en onderbouwd kader.

Sarah is opgeleid als sociaal-cultureel werker (Arteveldehogeschool) en werkte meer dan vijf jaar binnen het sociaal-cultureel werkveld, onder andere bij *kleinVerhaal* vzw, *Toestand* vzw en *Curando* vzw. Die achtergrond vormt de basis voor haar expertise in groepsdynamiek, community building, educatieve processen en het ontwikkelen van zorg- en leeromgevingen die veiligheid, toegankelijkheid en menselijke waardigheid centraal stellen.

Daarnaast volgde ze meer dan twaalf jaar aan hands-on opleidingen in vrouwgerichte zorg, lichaamsgericht werk en psychosomatische benaderingen, en begeleidde ze inmiddels honderden vrouwen in sessies, opleidingen en trajecten.

Met Womb Awakening Vlaanderen bouwt Sarah aan een nieuw, toekomstgericht model van holistische zorg—professioneel afgebakend, ethisch gedragen en complementair aan de medische en psychosociale sector. Ze combineert praktijkervaring met systemisch denken en draagt zo bij aan een structurele evolutie richting *female-centered care* in Vlaanderen.



12 • SLOTPAGINA

Missie:

Womb Awakening Vlaanderen verhoogt de levenskwaliteit van vrouwen door female-centered care te ontwikkelen, te professionaliseren en toegankelijk te maken.

We bouwen aan een nieuwe laag van eerstelijns welzijnszorg die de plaatsen opvangt waar het medische en psychosociale systeem vandaag onvoldoende tijd, ruimte of lichaamsgerichte expertise heeft.

Onze missie is om een zorgmodel te creëren dat:

- vertrekt vanuit het lichaam, de cyclus en het levensverhaal van elke vrouw
- veiligheid, consistentie en professionele afbakening centraal zet
- complementair samenwerkt met de medische en psychosociale sector
- een kwaliteitsgestuurde structuur biedt voor holistische praktijken in Vlaanderen

We bouwen stap voor stap aan een toekomst waarin vrouwen toegang hebben tot onderbouwde, zachte en duurzame zorg die hen draagt door alle fasen van hun leven.

Disclaimers:

Dit document biedt inzicht, visie en richting voor female-centered welzijnszorg.

Het is geen vervanging voor medisch advies, diagnose of behandeling.

- Holistische zorg binnen WAV opereert aanvullend, niet vervangend.
- Facilitators binnen het WAV-netwerk zijn geen artsen, tenzij anders vermeld.
- Bij acute pijn, koorts, hevig bloedverlies, plotse veranderingen in gezondheid of twijfel wordt altijd verwezen naar huisarts of gynaecoloog.
- De voorlopige dataverzameling binnen WAV bestaat uit praktijkobservaties en anekdotische patronen. Deze inzichten mogen nooit geïnterpreteerd worden als medische claims.

We streven naar volledige transparantie: wat bewezen is, wordt zo benoemd; wat nog onderzocht moet worden, wordt niet voorgesteld als feit.

Contact:

Voor vragen, samenwerkingen of perscontact:

wombawakeningvlaanderen@gmail.com

Website: www.wombawakeningvlaanderen.com

Uitnodiging:

Als dit document je iets heeft aangereikt — inzicht, herkenning, richting of inspiratie — dan nodig ik je graag uit om het WAV-netwerk verder te verkennen.

Ik hoop dat dit document je inzicht heeft geboden in hoe vrouwen vandaag ondersteund kunnen worden voor- en na de medische consultatie van tien minuten. Het WAV-netwerk toont waar facilitators actief zijn, welke vormen van lichaamsgerichte zorg wij opleiden, en hoe female-centered care in de praktijk wordt toegepast.

Ontdek het netwerk: www.wombawakeningvlaanderen.com/netwerk

13 • BRONNENLIJST

De Vlaamse realiteit in cijfers:

1. Menstruatiepijn / Dysmenorroe

Arruda, G.T., et al. "Worldwide Prevalence of Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS One*, 2025.

van Uden, B.C.D., et al. "Determinants of Dysmenorrhoea among Female Adolescents: The ABCD Study." *European Journal of Pediatrics*, 2024.

Sima, R.M., et al. "The Prevalence, Management and Impact of Dysmenorrhea among Female Students." *Reproductive Health*, vol. 19, 2022.

"Prevalence of Dysmenorrhea and Its Impact on Quality of Life and Productivity." *International Journal of Women's Health*, 2025.

2. PMS & PMDD

Liu, X., et al. "Global Burden of Premenstrual Syndrome, 1990–2019: An Analysis Based on the Global Burden of Disease Study." *The Lancet Regional Health*, 2024.

Modzelewski, S., et al. "Premenstrual Syndrome: New Insights into Etiology and Treatment." *Frontiers in Psychiatry*, 2024.

Reilly, T.J., et al. "The Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Affective Disorders*, vol. 338, 2024, pp. 1–10.

He, Y., et al. "Precise Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder Using Strict Diagnostic Criteria." *Journal of Women's Health*, 2024.

3. Gebruik hormonale anticonceptie bij adolescenten

"Women's Health in Belgium – Health Status Report 2024." *Sciensano / Healthy Belgium*, 2024.

Løkkegaard, E., et al. "Adolescent Girls in Denmark Use Oral Contraceptives at an Increasingly Young Age: A Nationwide Cohort Study." *Danish Medical Journal*, 2023.

Hognert, H., et al. "Ecological Study on the Use of Hormonal Contraception among 15–19-Year-Olds in Europe." *BMJ Open*, 2018.

Kantorová, V., et al. "Contraceptive Use and Needs among Adolescent Women Aged 15–19 Years." *PLOS One*, 2021.

4. Schildklier

Chaker, L., et al. "Hypothyroidism." *The Lancet*, vol. 390, no. 10101, 2017, pp. 1550–1562.

Dong, H., et al. "Gender Differences in Thyroid Disease." *International Journal of Endocrinology*, 2020, Article ID 4523073.

Poppe, K., et al. "Thyroid Disorders in Women." *Human Reproduction Update*, vol. 23, no. 3, 2017, pp. 343–357.

Stagnaro-Green, A., et al. "Thyroid Disease in Pregnancy: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline." *Thyroid*, vol. 22, no. 12, 2012, pp. 1142–1218.

5. PCOS

Azziz, Ricardo, et al. "Polycystic Ovary Syndrome." *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 5, 2019, pp. 1–17.

Stein, Carl, et al. "Global Prevalence of Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Reproductive Biology and Endocrinology*, vol. 20, 2022, pp. 1–15.

Escobar-Morreale, Hector F. "Polycystic Ovary Syndrome: Definition, Diagnosis and Treatment." *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 14, 2018, pp. 270–284.

Bozdag, Gurkan, et al. "The Prevalence and Phenotypic Features of Polycystic Ovary Syndrome." *Human Reproduction*, vol. 31, no. 12, 2016, pp. 2841–2855.

Dokras, Anuja, et al. "Mood Disorders in Women with Polycystic Ovary Syndrome." *Fertility and Sterility*, vol. 115, no. 3, 2021, pp. 771–779.

6. Endometriose

Miller, Jacqueline E., et al. "Endometriosis." *Nature Reviews Disease Primers*, vol. 7, 2021, pp. 1–20.

Chapron, Charles, et al. "Diagnosis and Management of Endometriosis." *BMJ*, 2019, pp. 1–9.

Zondervan, Krina T., et al. "Endometriosis." *The Lancet*, vol. 387, no. 10021, 2017, pp. 1351–1366.

Ghiassi, Marjan, et al. "Endometriosis: Clinical Features, Diagnosis, and Management." *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 63, no. 3, 2020, pp. 557–572.

Laganà, Antonio Simone, et al. "Endometriosis and Chronic Pelvic Pain: Mechanisms and Therapeutic Implications." *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 23, 2022, pp. 1–23.

7. Postpartum complicaties

Shuman, Carrie J., et al. "Postpartum Depression: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors." *Psychiatry Research*, vol. 314, 2022, Article 114657.

World Health Organization. *Maternal Mental Health and Child Health and Development in Low and Middle-Income Countries*. WHO, 2022.

Declercq, Eugene, et al. "Impact of Postpartum Pain on Maternal Health and Functioning." *Birth*, vol. 46, no. 2, 2019, pp. 366–374.

Romano, Amy M., et al. "Cesarean Birth: Consequences for the Mother's Health." *Journal of Perinatal Education*, vol. 28, no. 2, 2019, pp. 103–115.

Thomson, Gillian, et al. "Breast Engorgement and Maternal Well-Being in the Postpartum Period." *Maternal & Child Nutrition*, vol. 16, no. 4, 2020, e13011.

8. Keizersnedes

Sandall, Jane, et al. "Short- and Long-Term Effects of Caesarean Section." *The Lancet*, vol. 392, no. 10155, 2018, pp. 1349–1357.

Betrán, Ana Pilar, et al. "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates." *PLOS One*, 2021.

Keag, Owen E., et al. "Long-Term Risks and Benefits Associated with Cesarean Delivery for Mother, Baby, and Subsequent Pregnancies." *PLOS Medicine*, 2018.

Karlström, Annika, et al. "Women's Experiences of Caesarean Section: A Qualitative Study." *Midwifery*, 2020.

Bailey, C., et al. "Somatic Sensation and Abdominal Scar Outcomes after Caesarean Section." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, vol. 49, no. 4, 2020, pp. 345–355.

9. Baarmoederverzakkingen (Uteriene prolaps)

Subramanian, Deepa, et al. "Pelvic Organ Prolapse." *The Lancet*, vol. 399, no. 10335, 2022, pp. 1851–1864.

Weber, Anne M., and Ingrid E. Richter. "Pelvic Organ Prolapse and the Role of Hormone Therapy." *Climacteric*, vol. 21, no. 4, 2018, pp. 341–347.

Wu, Jennifer M., et al. "Prevalence and Trends of Symptomatic Pelvic Floor Disorders in U.S. Women." *JAMA*, vol. 318, no. 16, 2017, pp. 1592–1600.

Swift, Steven E. "Pelvic Organ Support Study." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020.
Heit, Michael, et al. "Childbirth and Risk of Pelvic Floor Disorders." *Obstetrics & Gynecology*, 2019.

10. Kanker (borst, baarmoederhals, eierstokken)

Siegel, Rebecca L., et al. "Cancer Statistics, 2024." *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 74, 2024, pp. 5–27.

World Health Organization. *Global Breast Cancer Report 2023*. WHO, 2023.

Arbyn, Marc, et al. "Cervical Cancer Screening in Europe." *The Lancet Oncology*, vol. 21, 2020, pp. 1556–1567.

Lheureux, Stephanie, et al. "Epithelial Ovarian Cancer." *The Lancet*, vol. 393, 2019, pp. 1240–1253.
Burd, Eileen M. "Human Papillomavirus and Cervical Cancer." *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 37, no. 1, 2024.

11. Hysterectomie

Mendonca, Viviane S., et al. "Global Trends in Hysterectomy Rates: A Systematic Review." *The Lancet Regional Health*, vol. 25, 2023.

Carlson, Keith J., et al. "Current Role of Hysterectomy." *Obstetrics & Gynecology*, vol. 131, no. 5, 2018, pp. 1055–1067.

Moorman, Patricia G., et al. "Hysterectomy and Long-Term Health Outcomes." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2020.

Laughlin-Tommaso, Shannon K., et al. "Effects of Hysterectomy on Gonadal Function." *Menopause*, vol. 27, no. 1, 2020, pp. 28–35.

Kjerulff, Kristen H., et al. "Psychological Outcomes after Hysterectomy." *Journal of Women's Health*, vol. 29, 2020, pp. 1375–1383.

12. Perimenopauze

Greendale, Gail A., et al. "The Menopausal Transition: Physiology, Symptoms, and Management." *New England Journal of Medicine*, vol. 388, 2023, pp. 1573–1584.

Avis, Nancy E., et al. "Impact of Menopausal Symptoms on Daily Life: A Population-Based Study." *Menopause*, vol. 29, no. 7, 2022, pp. 845–853.

Mishra, Gita D., et al. "Anxiety and Depression Across the Menopausal Transition." *The Lancet Psychiatry*, vol. 10, 2023, pp. 210–222.

"Sciensano: Women's Health in Belgium – Health Status Report 2024." *Sciensano / Healthy Belgium*, 2024.

“Understanding Perimenopause.” *Harvard Women’s Health Watch*, Harvard Medical School, 2022.

13. Isolatie en eenzaamheid – post-menopauze

Agentschap Zorg en Gezondheid. *Eenzaamheidsbarometer Vlaanderen 2023*. Vlaamse Overheid, 2023.

“Sciensano Health Interview Survey 2023.” *Sciensano*, 2023.

Rasgon, Natalie L., et al. “Depressive Symptoms and Social Disconnection in Postmenopausal Women.” *Journal of Affective Disorders*, vol. 317, 2022, pp. 132–140.

Belgium Mortality and Longevity Report 2024. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, 2024.
World Health Organization. *Social Isolation and Loneliness: A Global Public Health Priority*, WHO, 2023.

Waar het gezondheidszorgsysteem tekortschiet

Ahmed, Zainab, et al. “Training Gaps in Women’s Health in Medical Curricula.” *Medical Education Review*, 2023.

Belgian General Practitioners Association. *Consultation Durations in Primary Care*. BGPA Report, 2023.

Chaker, L., et al. “Hypothyroidism.” *The Lancet*, 2017.

Claréus, B., et al. “Gender Bias in the Diagnosis and Treatment of Medically Unexplained Symptoms.” *Journal of Psychosomatic Research*, 2019.

De Corte, P., et al. “Time to Diagnose Endometriosis: Current Status.” *Journal of Clinical Medicine*, 2024.

Domus Medica. *Suïcidepreventie bij (huis)artsen*. Domus Medica, 2016.

Dong, H., et al. “Gender Differences in Thyroid Disease.” *International Journal of Endocrinology*, 2020.

Dutheil, Franck, et al. “Suicide among Physicians and Health-Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *Journal of Affective Disorders*, 2019.

Fitzgerald, Kara, et al. “Women’s Health Content in Medical School Curricula.” *The Lancet Medical Education Series*, 2022.

Gerada, Clare, et al. “Doctors and Suicide.” *BJPsych Bulletin*, 2018.

Guthrie, E., et al. “Medically Unexplained Symptoms and Primary Care.” *BMJ*, 2008.

He, Y., et al. “Precise Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder Using Strict Diagnostic Criteria.” *Journal of Women’s Health*, 2024.

Hognert, H., et al. “Ecological Study on the Use of Hormonal Contraception among 15–19-Year-Olds in Europe.” *BMJ Open*, 2018.

Kapoor, E., et al. “Perimenopause: Clinical Considerations and Emerging Evidence.” *Endocrine Reviews*, 2025.

- Kantorová, V., et al. "Contraceptive Use and Needs among Adolescent Women Aged 15–19 Years." *PLOS One*, 2021.
- Leung, Tiffany I., et al. "Do 300 to 400 US Physicians Die by Suicide Annually?" *Journal of Medical Ethics*, 2020.
- Liu, X., et al. "Global Burden of Premenstrual Syndrome, 1990–2019." *The Lancet Regional Health*, 2024.
- Løkkegaard, E., et al. "Adolescent Girls in Denmark Use Oral Contraceptives at an Increasingly Young Age: A Nationwide Cohort Study." *Danish Medical Journal*, 2023.
- Luyckx, Koen, et al. "Burn-Out en Emotionele Belastbaarheid bij Belgische Huisartsen." Jong Domus Report, 2024.
- Modzelewski, S., et al. "Premenstrual Syndrome: New Insights into Etiology and Treatment." *Frontiers in Psychiatry*, 2024.
- Poppe, K., et al. "Thyroid Disorders in Women." *Human Reproduction Update*, 2017.
- Reilly, T.J., et al. "The Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Affective Disorders*, vol. 338, 2024, pp. 1–10.
- Rens, E., et al. "Gender Differences in Mental Health Care Experiences." *European Journal of Public Health*, 2020.
- Sciensano. *Women's Health in Belgium – Health Status Report*. 2024.
- Sima, R. M., et al. "The Prevalence, Management and Impact of Dysmenorrhea among Female Students." *Reproductive Health*, vol. 19, 2022.
- Stagnaro-Green, A., et al. "Thyroid Disease in Pregnancy." *Thyroid*, 2012.
- van der Zanden, M. *Diagnostic Delay of Endometriosis*. Doctoral dissertation, Rijnstate/Radboudumc, 2019.
- van Uden, B. C. D., et al. "Determinants of Dysmenorrhoea among Female Adolescents: The ABCD Study." *European Journal of Pediatrics*, 2024.
- Zimmermann, Christian, et al. "Suicide Mortality among Physicians and Other Health-Professionals, 1979–2020." *Journal of Affective Disorders*, 2023.

Wat vrouwen echt nodig hebben (female-centered care)

- Field, Tiffany. "Massage Therapy Research Review." *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 20, no. 4, 2014, pp. 224–229.
- Gjerstad, Johannes K., et al. "The Role of the HPA Axis in Chronic Stress Responses." *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 72, no. 6, 2018, pp. 421–429.
- Yuan, S., et al. "Massage Therapy for Primary Dysmenorrhea: A Meta-Analysis." *Complementary Therapies in Medicine*, 2022.

De bouwblokken van female-centered care

Altemus, Margaret, et al. "Sex Differences in the Physiology of Stress: Implications for Affect, Cognition, and Health." *Nature Reviews Neuroscience*, 2022.

Brar, Tanvi K., et al. "The Menstrual Cycle: A Biological Rhythm with Systemic Effects." *Frontiers in Endocrinology*, 2020.

Gatchel, Robert J., et al. "The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions." *Psychological Bulletin*, vol. 133, no. 4, 2007, pp. 581–624.

Gentzler, K.C., et al. "Touch and the Activation of the Parasympathetic Nervous System: Implications for Stress Regulation." *Psychophysiology*, 2021.

Kim, Sun-Hee, et al. "Effect of Abdominal Massage on Premenstrual Syndrome: A Systematic Review." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2020.

Porges, Stephen W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, and Self-Regulation*. Norton, 2011.

Taylor, Shelley E., et al. "Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend-and-Befriend, Not Fight-or-Flight." *Psychological Review*, 2000.

Uchino, Bert N. *Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. Yale University Press, 2006.

Vos, Theo, et al. "Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and Territories, 1990–2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study." *The Lancet*, 2020.

Walker, S.C., et al. "The Neurobiology of Gentle Touch and Its Role in Emotional Regulation." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2020.