

Sekse, gender en gezondheid

Ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek

Vanaf het prille begin van de vrouwenbeweging waren inspanningen voor een betere gezondheid voor vrouwen en een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg onderdeel van de feministische strijd. Vrouwen waren immers fysiek kwetsbaar door een aanzienlijk risico om dood te gaan tijdens zwangerschap en bevalling, een risico dat nog altijd geldt voor vrouwen in ontwikkelingslanden. Aletta Jacobs, de eerste vrouwelijke arts in Nederland, onderstreepte het belang voor vrouwen van een effectieve en veilige geboortebeperring. Zij introduceerde en verspreidde het pessarium occlusivum in Nederland. De aandacht richtte zich op het bevorderen van de gezondheid in relatie tot de reproductie en seksualiteit zoals de gevaren van geslachtsziekten, de handel in vrouwen en meisjes en de slechte leef- en werkomstandigheden van prostituees.

De tweede feministische golf eind jaren zestig kenmerkte zich vooral door verzet tegen de bestaande rolverdeling tussen mannen en vrouwen, met vrouwen in een ondergeschikte rol. Ongenoegen en klachten van vrouwen moesten niet worden opgevat als een persoonlijk en individueel lijden, maar als een gevolg van de machtsongelijkheid tussen mannen en vrouwen. Problemen van vrouwen die voortvloeiden uit hun onmachtige positie in de samenleving zoals het huisvrouwensyndroom, vrouwenmishandeling en seksueel misbruik kregen veel aandacht.

Tevens werd 'baas in eigen buik', het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen over hun lichaam, een belangrijk thema. De onterecht bevonden medische bemoeienis met het vrouwenlichaam stond centraal. Dit thema zal later binnen de hulpverlening verbreed worden tot het begrip autonomie, zeggenschap over het eigen leven, zeker ook op momenten dat het gaat om beslissingen over ziekte en gezondheid. In de praktijk van de hulpverlening ervoeren men in dezelfde tijd tekort aan kennis van ziekten van vrouwen en ontstond een grote behoefte aan verdieping in kennis en wetenschappelijke onderbouwing. Dit leidde eind jaren 80 en



JAN STEEN, *DE ZIEKE VROUW*

begin jaren 90 van de vorige eeuw tot de vorming van een universitaire wetenschappelijke discipline onder de noemer vrouwen en gezondheid of Vrouwenstudies geneeskunde.

In 1999 beschreef ik vanuit dit historisch perspectief de ontwikkelingen van Vrouwenstudies geneeskunde en benoemde een aantal belangrijke uitgangspunten voor verder onderzoek. Er was een seksspecifiek kennistekort omdat genderblindheid binnen de geneeskunde ertoe leidde dat veel van de bestaande kennis over ziekte en gezondheid gebaseerd was op kennis van het mannenlichaam als prototype van het menselijk lichaam. En het vigerende ziekteconcept moest gherdefinieerd worden als een biomedisch concept dat betekenis krijgt in de context van individuele levens en sociale omstandigheden en tot slot moesten de eigen ervaringen en waarnemingen van vrouwen meer in het onderzoek worden geïncorporeerd (Lagro-Janssen, 1999).

Die uitgangspunten sloten grotendeels aan bij de principes van de praktijk van de vrouwenhulpverlening. Deze principes zijn samen te vatten als het belang van zeggenschap en autonomie van de patiënt; de-medicaliseren; het betrekken van de psychosociale context bij de klacht; vrouwen aanspreken op eigen mening en kracht en een nadruk op goede informatie en voorlichting (Lagro-Janssen & Noordenbos, 1997). De vraag is of bovengenoemde uitgangspunten inderdaad hun beslag hebben gekregen binnen het onderzoek vanuit Vrouwenstudies of dat andere ontwikkelingen tot andere paradigma's hebben geleid. Daarom is de centrale vraag van dit artikel: wat is de huidige wetenschappelijke stand van zaken op het terrein van gender en gezondheid en welke belangrijke veranderingen zijn opgetreden in het denken over gezondheid van en hulpverlening aan vrouwen? Bij dit alles streef ik geen volledigheid na. Het artikel eindigt met voorstellen voor toekomstig onderzoek.

Sekse voorbij de reproductie

Dat er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen met het oog op de voortplanting was en is

duidelijk. Sekseverschillen werden dan ook gemakkelijk verklaard door anatomische en hormonale verschillen tussen mannen en vrouwen. Ook anno 2005 krijgen in het maatschappelijke debat en binnen de geneeskunde de specifiek seksegebonden aandoeningen van de reproductieve functies als zwangerschap, infertiliteit, anticonceptie, menstruatiestoornissen en prostaataandoeningen de meeste aandacht. Als men zich buiten dit domein inlaat met sekseverschillen dan gaat het overwegend over communicatieverschillen in de trant van Venus en Mars, waarbij wonderwel een biologisch evolutionair determinisme – zo is nu eenmaal de vrouwelijke respectievelijk mannelijke aanleg – niet wordt geschuwd.

Er is echter een groeiend besef dat de biologische verschillen tussen de seksen uitstijgen boven alleen de reproductieve functies. Steeds meer bewijsmateriaal toont verschillen aan in incidentie, klachtenpresentatie, symptomen, en prognose van veel andere gezondheidsproblemen zoals HIV/AIDS, SOA, hart- en vaatziekten en auto-immuunstoornissen. Onderwerpen als sekse en het menselijk genoom komen aan de orde, waarbij de snelle vooruitgang in de moleculaire biologie tot de ontdekking leidt van de genetische en moleculaire basis van geslachtsgebonden verschillen in ziekten, waarvan sommige aan het XX (vrouw) of XY (man) chromosoom gebonden zijn. Het gaat hier niet louter om de verschillen met betrekking tot de geslachtshormonen XX of XY, maar van deze verschillen gaat ook een werking uit naar de andere chromosomen en hun eigenschappen en functies. Die genetische informatie van het geslachtschromosoom kan vervolgens gedurende het leven verschillend tot expressie komen tussen mannen en vrouwen vanwege allerlei omgevingsfactoren. Deze genetische sekseverschillen beïnvloeden de andere niveaus van het menselijk biologisch functioneren op cel-, orgaan- en organisme-niveau en dus ook de sekseverschillen in gevoeligheid en vatbaarheid voor ziekten.

Sekseverschillen kennen ook een andere

expressie in andere biologische levensfasen en onder andere hormonale verschillen kunnen bijdragen aan een verschillend ontstaan of beloop tussen mannen en vrouwen van ziekten (Wizemann & Pardue, 2001). Daar zijn een aantal voorbeelden uit onderzoek van te geven: polymyalgia reumatica (spierreuma), chronisch obstructief longlijden; migraine; moeheid; inflammatoire darmziekten; schizofrenie; ADHD; atriumfibrilleren en angina pectoris. Ook de relatie tussen de hormonale variabiliteit bij vrouwen en de succeskans van een behandeling is van belang. Denk aan een mogelijke invloed van het tijdstip van opereren in de menstruele cyclus op de prognose van borstkanker. Omdat er verschillen zijn in verschijningsvorm, beloop en complicaties zullen ook preventieve maatregelen, diagnostiek en behandeling verschillend moeten zijn voor mannen en vrouwen.

In dit licht van biologische verschillen is het actuele *mind versus brains*-debat van belang. Met verve wordt het debat aangevoerd door neurowetenschappers waarvan sommige beweren dat de psychologie als discipline haar langste tijd heeft gehad. Alle emotie en gedrag van mensen is immers aan te tonen in de hersenen (*brains*) of zullen dat in de toekomst doen, waarna er voor de psyche (*mind*), het domein van de psychologie, weinig overblijft. Het kenmerk van dit debat is ook dat *mind* en *brains* niet als tegenstelling, niet als dualiteit worden opgevat, maar dat daarvoor in de plaats een monistisch concept als allesverklarend wordt gepresenteerd. In het begrip biopsychosociaal komt dit eenheidsconcept naar voren, waarbij 'bio' op de eerste plaats komt en het psychosociale domein geïncorporeerd wordt in het biologische. Het psychosociale verliest daarmee zijn relatieve zelfstandigheid als wetenschapsdomein. *Nature*-aspecten zijn dominant, *nurture*-aspecten worden onzichtbaar. In de aanpak van aandoeningen voert momenteel ook duidelijk de biologische maakbaarheid de boventoon – denk aan de medicamenteuze behandeling van depressie en ADHD

– en heeft de maatschappelijke maakbaarheid afgedaan – denk aan het saneren van vormings-, buurt- en opbouwwerk.

Het debat laat natuurlijk het onderwerp van verschillen tussen man en vrouw niet onberoerd. *Brains* in deze betekenis leidt tot een biologische verankering van sekseverschillen in de hersenen en laat alles wat met gender te maken heeft naar de achtergrond verdwijnen. De gedachte van een biologische onomkeerbaarheid acht ik echter onjuist, omdat juist een biologisch organisme zoals het menselijk lichaam een open systeem is dat door omgevings- en evolutionaire factoren wordt beïnvloed. Genen en geslachtshormonen zijn nooit de enige verklaring voor sekseverschillen. Er zijn meerdere genetische, hormonale, fysiologische en andere factoren werkzaam, op verschillende momenten gedurende de ontwikkeling van het organisme en die tezamen vormen een mannelijk of vrouwelijk individu. Het overheersende concept van het evolutionair-biologisch denken echter maakt contextuele factoren als individuele ontwikkeling, sociale omstandigheden en cultuur ondergeschikt aan de biologische evolutie en beschouwt deze factoren als een functie van de evolutie: psychologie transformeert naar neurowetenschap en sociologie naar biosociologie. Al eerder gaf ik aan hoe belangrijk interdisciplinariteit in deze is, waarbij ook onderzoek naar sekseverschillen in de hersenen en hersenfuncties door neurowetenschappers gestimuleerd moet worden, maar dan liefst interdisciplinair ingebed in andere relevante sociale en menswetenschappen (Lagro-Janssen, 1997).

Concluderend is de ingeslagen weg voorzichtig voortgezet om zich in het onderzoek te begeven buiten alleen de reproductieve paden en zich op de gezondheid van vrouwen gedurende hun hele leven te richten. Biologische verschillen als mogelijke verklaring van sekseverschillen in bijvoorbeeld risicofactoren of het beloop van ziekten die uitstijgen boven de constatering dat mannen en vrouwen nu eenmaal van nature verschillend zijn, krijgen

schoorvoetend meer aandacht. Daarbij lijkt het meer dan ooit van belang om het wetenschappelijk overheersend concept van het biologische primaat als verklaring van ziekten vanuit Genderstudies en vanuit de dagelijkse praktijk van de hulpverlening te bekritisseren.

Over vrouwen, mannen, sekse en gender

Een van de belangrijkste sekseverschillen in gezondheid is de lagere levensverwachting van mannen, in het bijzonder de hoge morbiditeit van mannen op jonge leeftijd aan hart- en vaatziekten en aan longkanker. Ook de hoge sterftes ten gevolge van alcoholmisbruik, verkeersongevallen, drugsmisbruik en suicide bij mannelijke adolescenten en de toename van geweldsincidenten en criminaliteit bij jongens, vestigen maatschappelijk de aandacht op gezondheidsrisico's van jongens en mannen die niet door louter hogere testosteronspiegels afgedaan kunnen worden. Traditionele rolpatronen en maatschappelijke opvattingen over manne-

lijkheid leiden tot risicogedrag zoals uitstel van een bezoek aan de dokter of het stilzwijgen van emotionele ontredde bij potentieel catastrofale ziekten als kanker (Mansfield, 2004). Dit kan leiden tot diverse nadelige gevolgen voor de gezondheid van mannen.

Nu mannen de aandacht vestigen op de nadelen van mannelijkheid voor hun gezondheid, bestaat het gevaar dat een competitie gecreëerd gaat worden tussen mannen en vrouwen om de publieke aandacht en sympathie: wie is er nu het ergste aan toe? Het al decennia gehanteerde onderscheid tussen het begrip sekse en gender wordt daarom in de discussie belangrijk. Sekse staat immers voor het biologisch onderscheid tussen mannen en vrouwen en gender verwijst naar de sociale en culturele impact op de sekse en naar gedragingen, verwachtingen en belevingen die aangeleerd worden als passend voor ofwel mannen ofwel vrouwen in een bepaalde cultuur of samenleving. Gender impliceert dus mannen en vrouwen (Doyal, 2001).

Vanuit de praktijk van de seksspecifieke hulpverlening stonden sekse- en genderverschillen met aandacht voor de socialisatie van mannen en vrouwen al langer centraal. Mannelijkheid als kwetsbare factor voor de gezondheid van mannen en de gevolgen van mannelijkheid en vrouwelijkheid – gender dus – ook voor de gezondheid van vrouwen, werden van belang geacht, maar waren nauwelijks onderwerp van wetenschappelijk onderzoek of reflectie (Van Oosten & Van der Vlucht, 2002). Dat is veranderd: onderzoek naar specifieke mannenproblemen en de relatie tussen deze gezondheidsproblemen en genderidentiteit en gedrag van mannen en vrouwen in de samenleving is in opkomst en claimt ook een duidelijke plaats binnen het wetenschappelijke discours (Moynihan, 1998). Een van de hypothesen is bijvoorbeeld dat mannelijkheid in onze cultuur gepercipieerd en gedefinieerd wordt op een wijze die gevaarlijk is voor de gezondheid van veel mannen. Door diezelfde scripts van mannelijkheid zullen tegelijkertijd ook veel vrou-



HENRI TOULOUSE LOUREC, *L'INSPECTION MÉDICALE*

wen schade ondervinden in hun gezondheid.

Mannenproblemen nemen overigens niet alleen binnen de wetenschap hun posities in, maar ook in de gezondheidszorg. In de praktijk van de medische zorg schieten namelijk de laatste jaren aparte poliklinieken voor mannenklachten als paddestoelen uit de grond. De tijdsgeest faciliteert. Het huidige conservatief-liberale overheidsbeleid moedigt commercialisering en particuliere initiatieven aan, daarbij gesteund door het streven naar kwaliteitsverbetering in de vorm van concurrentie en keuzevrijheid voor patiënten. De roep om vraaggeënte zorg vanuit het perspectief van een autonome, bewuste en goed geïnformeerde cliënt past hier bij. De farmaceutische industrie speelt hierin haar eigen rol. Zij investeerde eerder al fors in wetenschappelijk onderzoek naar menopauzale klachten en is aldus betrokken bij overgangsconsulenten en gynaecologische overgangsklinieken (Lagro-Janssen, Rosser, Van Weel, 2003). De urologische mannenpoli's volgden. Ze richten zich in hoofdzaak op geslachtsgebonden mictie-, prostaat- en erectieproblemen. Potentieel is er voor de farmaceutische industrie een gigantische afzetmarkt van oudere mannen en vrouwen te winnen. Wat echter in een categorale aanpak van alledaagse gezondheidsproblemen verloren gaat is het plaatsen van klachten binnen een psychosociale context en daarmee een integrale huisartsgeneeskundige benadering. De klacht wordt als een geïsoleerd fenomeen gepresenteerd en aangepakt.

Concluderend heeft het onderzoek zich verder ontwikkeld van vrouwegezonheidsproblemen naar gender in relatie tot gezondheid waarbij expliciet mannen en de sociale constructie van mannelijkheid worden inbegrepen. Meer aandacht is ook gekomen voor mannen en alledaagse ziekten. Niet al die aandacht heeft een betere kwaliteit van zorg tot gevolg. Voor Genderstudies en een adequate hulpverlening is het van belang om deze klachten mede in een psychosociale context te plaatsen.

De arts m/v

De dokter van de toekomst is een vrouw. Meer dan 60 procent van de eerstejaarsstudenten Geneeskunde anno 2005 is vrouw en in alle medische specialismen vestigen vrouwen zich snel. De impact hiervan is fraai beschreven door Greta Noordenbos (1992). De toename van vrouwen binnen de medische professie heeft geresulteerd in een toenemend onderzoek naar verschillen in communicatie tussen mannelijke en vrouwelijke artsen en naar verschillen in aanpak en beleid. Ook sekseverschillen in andere professionele aspecten als samenwerking, arbeidsverhoudingen en praktijkorganisatie hebben aandacht gekregen. De verschillen tussen mannen en vrouwen in carrièreperspectieven, het glazen plafond, zijn zichtbaar in het extreem lage aantal vrouwelijke hoogleraren in de medische specialismen en de huisartsgeneeskunde. De positie van de vrouwelijke arts is de laatste jaren eveneens object van studie geworden.

De aandacht voor genderspecten van de hulpverlener zelf is van belang omdat bijvoorbeeld bij de implementatie van sekse en gender in het medisch onderwijs of in de dagelijkse hulpverleningspraktijk, het vaker de vrouwelijke artsen zijn die de relevantie onderkennen om rekening te houden met het man- of vrouw-zijn bij patiënten en bij hun eigen medisch-professionele vorming (Risberg, 2004). Mannelijke artsen, en vooral zij in de snijdende specialismen zoals in de chirurgie, relateren professionaliteit aan neutraliteit en waarderen het begrip neutraliteit als onderdeel van hun competentie. Professionaliteit staat dan voor het uitoefenen van het vak volgens richtlijnen en protocollen die als objectief en universeel worden gezien. Het toepassen daarvan geschiedt neutraal, zonder dat de uitvoerder en al zeker niet het man- of vrouw-zijn, ertoe doet (Beagan, 2000).

Dat bij het bestuderen van de relatie tussen gender en gezondheid de sekse van de hulpverlener wordt betrokken, doet recht aan een van de grondprincipes van de vrouwenhulpverlening namelijk dat het kennen van de

eigen seksspecifieke socialisatie, levensloop en context van belang is bij het herkennen en erkennen van seksspecifieke kwetsbaarheden bij patiënten. Vrouwelijke artsen op beleidsbepalende posities zijn dus onmisbaar om het belang van gender in de geneeskunde uit te dragen en gestalte te geven.

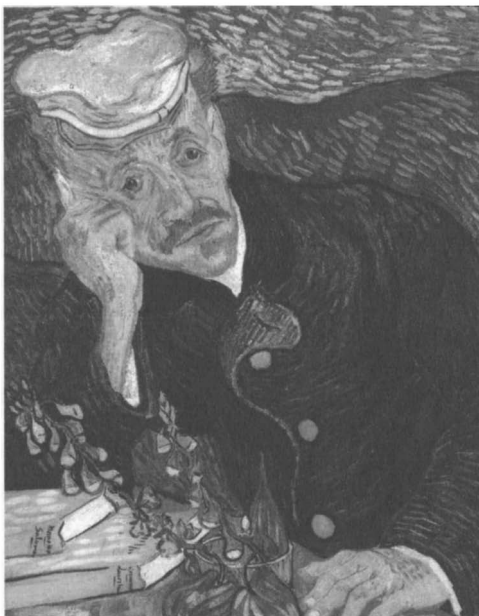
Gender, cultuur en diversiteit

Ook inzicht in cultuurverschillen en andere ziekteopvattingen bij allochtone patiënten is van belang voor een goede hulpverlening. Iedere arts dient rekening te houden met de culturele context van de patiënt en blijkens onderzoek verwacht de allochtone patiënt dat de arts rekening houdt met de eigen culturele achtergrond (Harmsen, 2003). Dat betekent extra inspanningen voor de arts. Een gemiddelde huisartspraktijk in een zogenaamde achterstands- of aandachtswijk in de grote stad bestaat vaak voor meer dan de helft uit allochtone patiënten afkomstig uit soms wel meer dan veertig verschillende landen. Pas de laatste jaren zijn empirische studies naar de impact van cultuurverschillen in de dagelijkse medische praktijk uitgevoerd. In een inventarisatie in 2003 spreekt Zorgonderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw) over 163 toegepaste projecten, maar wetenschappelijk onderzoek naar etnische en cultuurverschillen in ziekte en gezondheid blijft gezien de omvang van het probleem schaars (Harmsen & Bruijnzeels, 2005).

Een belangrijke bevinding is dat allochtone patiënten de zorg als minder goed ervaren dan autochtone patiënten. Met name het afwachten-de beleid is niet in overeenstemming met hun ervaringen uit het land van herkomst, waar vaak snel en veel verschillende soorten medicatie, in het bijzonder antibiotica, worden voorgeschreven. In een studie naar de beleving van urine-incontinentie bij Turkse en Marokkaanse vrouwen sprak een van de respondenten schamper over de huisarts als 'hoort erbij', daarmee aangevend dat de huisarts naar haar mening haar klachten te veel verklaarde door

deze te plaatsen binnen het gebruikelijke of natuurlijke beloop van een klacht, aandoening of conditie (De Koning, Van den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2005). Mede door gebrekkige communicatie en door onbekendheid met andere opvattingen over ziekten voelen ze zich vaak niet serieus genomen. Iedere cultuur kent haar eigen opvattingen over ziekte en gezondheid (Helman, 1994). Allochtone patiënten blijken vaker met hun huisarts wederzijdse begripsproblemen te hebben dan autochtone patiënten (respectievelijk 33 en 13 procent). Vanuit het huisartsenperspectief zorgen allochtone patiënten voor een hoge werkdruk door frequente praktijkbezoeken, vaak buiten de werktijden om, en door gepercipieerd onduidelijke en oneigenlijke hulpvragen. Bovendien gebeurt dat vaak in wijken waar door een lage sociaal-economische positie de werkdruk van oudsher al groot was. De hulpverlening aan andere culturen zal niet vanzelf probleemloos verlopen en voldoende kwaliteit van zorg behelzen. De (huis)arts zal kennis over etnische en cultuurverschillen moeten ontwikkelen en tevens vaardigheden voor de communicatie en omgang met cultureel andere patiënten. Dat betekent dat, net als bij gender, de arts reflecteert over de eigen culturele opvattingen en normen.

Bovendien is duidelijk dat dimensies als gender en cultuur niet onafhankelijk van elkaar opereren. Juist in andere culturen kan sekse/gender een specifieke betekenis krijgen. Ook de verschillen staan niet los van elkaar. Bovendien zijn er nog andere verschillen tussen patiënten bijvoorbeeld in leeftijd, opleiding, sociaal-economische status, leefstijl en seksuele voorkeur. Zo ontstaat het begrip diversiteit. In het opiniestuk 'Argumenten voor een diversiteitsbewust curriculum in de gezondheids(zorg)wetenschappen' in dit nummer van *Tijdschrift voor Genderstudies* bespreken Van Mens-Verhulst en Bekker de ontwikkeling van sekse naar diversiteit. Deze ontwikkeling heeft mede onder invloed gestaan van een beoogde cliëntgerichtheid, marktwerking en vraaggestuurde zorg.



VINCENT VAN GOGH, *PORTRET VAN DOKTER GACHET*

In die context is het begrip diversiteit ook als strategisch argument gebruikt.

In de dagelijkse praktijk zijn de problemen van allochtone patiënten van alle bovengenoemde diversiteitsaspecten het meest tastbaar. Door de toename van deze patiëntengroep zijn ze ook zichtbaar urgent voor de hulpverlener. Bovendien zijn er ook aperte aanwijzingen dat de medische zorg voor hen soms onder de maat is. Juist op het terrein van de reproductie – vanouds het terrein van de vrouwengezondheidszorg – is bij allochtonen veel verbetering mogelijk, zoals blijkt uit het hoge aantal tienerzwangerschappen, ongewenste zwangerschappen, abortus en de hoge maternale en perinatale sterfte bij allochtone vrouwen.

Het gevaar van het verbreden van gender naar diversiteit is in de eerste plaats dat gender verdwijnt ten faveure van de etnisch-culturele verschillen. Deskundigen op het terrein van etniciteit en cultuur zijn, zo is de ervaring, veel minder geneigd om naast cultuur ook gender in hun analyses te betrekken dan omgekeerd genderdeskundigen ten aanzien van cul-

tuur. Veel belangrijker is echter dat het begrip diversiteit los wordt gemaakt van haar oorspronkelijke ontwikkeling en louter een synoniem wordt voor een op het individu toegespitste benadering en voor individuele verschillen zoals die er tussen mensen nu eenmaal zijn. Juist een aantal medisch-psychologen, die zich in de opleiding met de arts-patiëntcommunicatie bezighouden, beroepen zich op het unieke van ieder individu om daarmee kennis over gender- en cultuurverschillen als stereotypering te stigmatiseren. Voor een goede hulpverlening is in deze opvatting vervolgens een open benadering voldoende. Ook al is een open houding een noodzakelijke voorwaarde voor een goede hulpverlening, voldoende is het zeker niet. Daarmee dreigt het gevaar dat verbreding van het begrip tot diversiteit contradictoir leidt tot verwatering: de noodzaak voor aparte aandacht in kennis, vaardigheden en attitude voor aspecten op groepsniveau van gender en cultuur wordt ontkracht en verdwijnt in de prullenbak.

Samenvattend heeft de laatste jaren het begrip gender plaatsgemaakt voor diversiteit, waardoor beter gestalte kan worden gegeven aan de kritiek op de in de geneeskunde gehanteerde beginselen van neutraliteit – geneeskunde gaat over mensen en niet over mannen en vrouwen – en van universaliteit – wat waar is voor de een is waar voor iedereen. De keerzijde is een zodanig individualiteitsdenken dat overstijgende kennis, en als gevolg daarvan een wetenschapsdomein voor onderzoek en onderwijs, niet meer van belang is.

Gendermainstreaming

Dezelfde verschuiving is te zien in het overheidsbeleid. Aanvankelijk was de focus gericht op het opheffen van vrouwendiscriminatie in bijvoorbeeld gelijke toegang tot de gezondheidszorg, zoals beschreven in het VN-vrouwenverdrag. Dit verdrag werd in 1991 door Nederland geratificeerd. In de jaren negentig rees kritiek op deze alleen op vrouwen gerichte oriëntatie waarin vrouwen bovendien als slachtoffers werden

gezien. Duidelijk werd ook dat in de praktijk weinig van de aanbevelingen terechtkwam. De aandacht verplaatste zich daarom naar de verhoudingen binnen een maatschappij tussen mannen en vrouwen en de oriëntatie verschoof naar genderrelaties. Als beleidsstrategie werd gendermainstreaming zowel internationaal als nationaal geïntroduceerd (UN, 2002). Deze historische ontwikkeling wordt uitgebreid beschreven door Celik en Klinge in 'Mainstreaming gender en diversiteit in de gezondheidszorg', het volgende artikel in dit tijdschrift.

Het genderperspectief in het gezondheidszorgbeleid was noodzakelijk voor een betere zorg voor mannen en vrouwen (Doyal, 2000). Ook in Nederland steunde men deze aanname. In 1999 verscheen een rapport van een door minister Borst ingestelde stuurgroep onder de titel 'Naar een seksspecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21ste eeuw'. Een van de doelen was om een seksspecifieke gezondheidszorg in de artsopleiding te creëren omdat het integreren van de factor sekse in de basisartsopleiding een voorwaarde is voor een goede seksspecifieke hulpverlening in de toekomst. Enerzijds moesten herziene seksspecifieke elementen opgenomen worden in de eindtermen van de artsopleiding, anderzijds moesten medische studenten in de toekomst onderwijs krijgen over sekseverschillen in ziekte en gezondheid. En zo geschiedde. Eindtermen zijn aangepast in het Raamplan 2001 en Vrouwenstudies Medische Wetenschappen in Nijmegen startte een ambitieus landelijk project gefinancierd door Zorg-Onderzoek Nederland om sekse te integreren in het medisch onderwijs van alle medische faculteiten in Nederland (Verdonk, Mans & Lagro-Janssen, 2005). Een ander doel kreeg gestalte in het project gender, diversiteit en kwaliteitsbeleid in zorginstellingen, waarin de Universiteit van Maastricht een begin maakte met mainstreaming diversiteit in het kwaliteitsbeleid door functionarissen zich bewust te maken van het belang van diversiteit voor een beter beleid. Tot slot zijn standaarden en richt-

lijnen van artsen door de Universiteit van Amsterdam geanalyseerd op genderblindheid en wordt naar wegen gezocht om bij het maken van richtlijnen het aspect sekse en gender vanaf het begin een plaats te geven.

Samengevat: gestimuleerd door de overheid hebben een aantal initiatieven om sekse/gender/diversiteit in de praktijk te implementeren de laatste jaren een kans gekregen. De keerzijde is dat veel energie besteed wordt aan projectmatige toepassingen van kennis en in het onderzoeken van strategische implementatiemethoden, ten nadele van wetenschappelijk innovatief onderzoek.

Toekomstig onderzoek

Vrouwen komen anno 2005 het meest in aanraking met de gezondheidszorg, gebruiken de meeste medicijnen en dragen de meeste zorg voor de gezondheid van hun gezins- en familieleden. Bovendien zijn voor vrouwen risico's verbonden aan de reproductie. Het blijft daarom van belang om te streven naar een hoge kwaliteit en toegankelijkheid van een reproductieve gezondheidszorg voor iedereen. Dat is voor de meeste vrouwen in de westerse wereld bereikt. De laatste jaren zijn door immigratie en vluchtelingenproblematiek, maar ook door een grotere marginalisering van mensen in onze samenleving, de ongelijke risico's op gezondheidsschade – bijvoorbeeld voor moeder en kind bij zwangerschap en bevalling – zichtbaar geworden. Onderzoek zal zich dan ook – en daarin ligt een duidelijk accentverschil met mijn analyse in 1999 – weer nadrukkelijker moeten richten op de condities die de reproductie bedreigen, bij voorkeur in de context van een maatschappelijke realiteit zoals informatietekort, armoede, depressie en geweld in de zwangerschap, en met oog voor individuele levensgeschiedenissen van vrouwen. Haar stem hierover moet worden gehoord.

De reproductieve gezondheid zal echter maar deels de onderzoeksagenda bepalen. We zagen al dat onderzoek naar sekseverschillen interessante bevindingen oplevert voor inzicht-

ten in biologische mechanismen. Het man- of vrouw-zijn is een belangrijke basale variabele die bij opzet en analyse van zowel medisch fundamenteel-wetenschappelijk onderzoek als klinisch toegepast onderzoek betrokken moet worden. Daartoe kan een innovatieve aanpak van onder meer ontwerp, methoden en meet-instrumenten vereist zijn. Bovendien is het aan te bevelen dat in de verslaglegging en in publicaties zo nauwkeurig mogelijk verschillen tussen mannen en vrouwen in het onderzoek worden vastgelegd. Hierbij hoort expliciet dat bij opzet en analyse van onderzoeksresultaten aandacht wordt geschonken aan de hormonale status van vrouwen, zoals het moment in de cyclus of het zich voor of na de menopauze bevinden. Ook blijft onderzoek naar sekseverschillen in presentatie van klachten, betekenisgeving, beloop, complicaties en effecten van behandeling van aandoeningen voor de dagelijkse medische zorg aan mannen en vrouwen van belang. Chronische aandoeningen roepen hierbij om voorrang bij het onderzoek naar sekseverschillen bijvoorbeeld in comorbiditeit en in preventieve maatregelen (Pinn, 2003). Te veel aandacht voor implementatieonderzoek verschaalt het exploreren van nieuwe patiënten ziektegerelateerde kennis; er is nog zo veel onbekend en niet onderzocht. Als alle toekomstig onderzoek over ziekte en gezondheid de factoren sekse en gender consequent, nauwkeurig en kritisch gaat betrekken in opzet en analyse, wordt een schat aan gegevens aan het kennisdomein van de geneeskunde (en aanverwante disciplines) toegevoegd. Deze verschillen tussen mannen en vrouwen, in een zo ruim mogelijke betekenis, moeten nog krachtiger het toekomstig onderzoek van Vrouwenstudies medische wetenschappen gaan bepalen.

Tot slot houd ik opnieuw een pleidooi voor een interdisciplinaire samenwerking van fundamenteel-medisch onderzoek, epidemiologie, sociale wetenschappen en klinisch onderzoek. Afgelopen jaren werd op symposia en in het publieke debat hiervan weliswaar meer zichtbaar, maar in het wetenschappelijk onderzoek

is interdisciplinariteit slechts mondjesmaat aanwezig. Uiteindelijk zullen mannen en vrouwen gezondheidswinst ondervinden van een seksspecifieke aanpak die gestoeld is op kennis van de rol van sekse en van de invloed van gender bij gezondheidsproblemen.

Literatuur

- Beagan, L. (2000). Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients. *Social Science and Medicine*, 8: 1253-1265.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51: 931-939.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: the need for a new approach, *BMJ*, 323: 1061-3.
- Harmsen, J.A.M. (2003). *When cultures meet in medical practice. Improvement in intercultural communication evaluated*. Rotterdam: University Press.
- Harmsen, H. & Bruijnzeels, M. (2005). Etnisch-cultureel verschillende patiënten op het spreekuur, maakt het wat uit? *Huisarts & Wetenschap*, 48: 166-170.
- Helman, C.G. (1994). *Culture, Health and Illness*. Third edition. Oxford: Reed Elsevier.
- Koning de L, Van den Muijsenbergh, M. & Lagro-Janssen, T. (2005). Urinary incontinence in Turkish and Moroccan women (submitted).
- Lagro-Janssen, T. (1997). *De tweeslachtigheid van het verschil*. Nijmegen: SUN.
- Lagro-Janssen, T. (1999). State of the Art. Developments in the Field of Women's Studies Medicine. *The European Journal of Women's Studies*, 6: 487-500.
- Lagro-Janssen, T. & Noordenbos, G. (1997). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. Nijmegen: SUN.
- Lagro-Janssen, T., Rosser, W.W. & Van Weel, C. (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy: up to general practice to pick up the pieces. *Lancet*, 362: 414-415.
- Mansfield, K. (2004). Why won't he go to the doctor? The psychology of men's help

- seeking. *International Journal of Men's Health*, mei 2003.
- Moynihan, C. (1998). Theories in health care and research: theories of masculinity. *BMJ*, 317: 1072-5.
- Noordenbos, G. (1992). Man of vrouw? Het maakt wel degelijk uit. Veranderingseffecten van vrouwen in de geneeskunde. *Medisch Contact*, 47: 884-8.
- Oosten, Van N. & Vlugt, I. Van der (2002). *Seksespecifieke hulpverlening voor maatschappelijk werkers*. Bussum: Coutinho.
- Pinn, V.W. (2003). Sex and Gender Factors in Medical Studies. Implication for Health and clinical Practice. *Journal of the American Medical Association*, 289: 397-400.
- Risberg, G. (2004). *I am solely a professional, neutral and genderless*. Thesis Umea.
- Stuurgroep Vrouwenhulpverlening Ministerie van VWS (1999). *Naar een seksspecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21ste eeuw*. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- UN (2002). *Gender Mainstreaming. An Overview*. New York: United Nations.
- Verdonk, P., Mans, L. & Lagro-Janssen, T. (2005). Integrating gender in a basic medical curriculum. *Med Education* (accepted).
- Wizemann, Th.M. & Pardue, M.L. (2001). *Exploring the Biological contribution to Human Health. Does sex matter?* Washington: National Academy Press.

Beeldmateriaal

- Jan Steen, *De zieke vrouw* (ca. 1665), collectie Rijksmuseum, Amsterdam.
- Henri Toulouse-Lautrec, *L'Inspection médicale* (1894), collectie National Gallery of Art, Washington.
- Vincent van Gogh, *Portret van dokter Gachet* (1890), in particulier bezit.

(ADVERTENTIE)

NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW - NIEUW

Wat de opvang wil weten

Kennisprogramma Maatschappelijke opvang & Vrouwenopvang

Judith Wolf

Wat is er nodig is om de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang een stevige kwaliteitsimpuls te kunnen geven? Opvanginstellingen en gemeenten zijn het er over eens dat er momenteel nog te weinig gedegen kennis is om de praktijk en het beleid in de opvangsector op een hoger plan te brengen. Het accent van het kennisprogramma voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, waarvan in dit boek verslag wordt gedaan, ligt op het optimaliseren van primaire processen. Aan de orde komen welke methodiekontwikkeling nodig is, welke thema's opgepakt moeten worden en welke onderzoeken hoog op de agenda staan.



ISBN 90 6665 695 6
104 pagina's
ca. € 12.50

Uitgaven van Uitgeverij SWP zijn verkrijgbaar in de boekhandel



Voor meer informatie:

Uitgeverij SWP / Postbus 257 / 1000 AG Amsterdam / T 020 330 72 00 / F 020 330 80 40 / www.swpbook.com