

De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk

Een verkenning

TOINE LAGRO-JANSSEN*

Vrouwen bezoeken de huisarts vaker en met meer psychische klachten dan mannen. In dit artikel worden enkele achtergronden van dit verschijnsel besproken. In de eerste plaats hangt het medisch consumptiepatroon van de vrouw vooral samen met haar rol en functie in de huidige samenleving. In de tweede plaats wordt vrouwen van jongs af aan geleerd anders om te gaan met problemen dan mannen. In de hulpverlening worden vrouwen met problemen echter benaderd en beoordeeld volgens seksestereotypische, mannelijk gekleurde normen voor geestelijke gezondheid. Dit beïnvloedt niet alleen de kwaliteit van de hulpverlening, maar ook de betekenis van de „harde” cijfers over nerveus-functionele klachten.

Inleiding

Vrouwen gaan vaker dan mannen naar de huisarts. Onderzoeken in verschillende landen rapporteren hogere doktersbezoekfrequenties voor vrouwen dan voor mannen.¹ In Nederland komt uit de gegevens van het CBS² in 1978 en recenter uit het onderzoek van Bergsma³ hetzelfde beeld naar voren. De ervaring van iedere huisarts klopt in dit geval met de feitelijke cijfers. Van het totaal aantal contacten tussen vrouwen en huisarts heeft 18 procent te maken met anticonceptie, zwangerschap, bevalling en klachten van de „geslachtsorganen”, tegen 1 procent bij mannen⁴. Uit de Continue Morbiditeits Registratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut blijken aandoeningen van de tractus urogenitalis bij vrouwen verantwoordelijk te zijn voor 9,6 procent van de aan de huisarts gepresenteerde nieuwe aandoeningen tegen 1,9 procent bij mannen. Zwangerschap en bevalling zijn hierin niet meegeteld.⁵ Natuurlijk moet men er rekening mee houden dat de Nederlandse vrouw gemiddeld 6½ jaar ouder wordt dan de man.⁴ Bovendien is het problematisch te spreken van vrouwen als groep, terwijl in burgerlijke staat, sociale laag, arbeids- en leefsituatie grote onderlinge verschillen kunnen bestaan. Van der

Velden toont aan dat huisvrouwen in vergelijking met mannen en ongehuwde vrouwen vaker hun huisarts consulteren.⁶ Bergsma ziet de hoogste contactfrequentie bij vrouwen tussen de 35-55 jaar met kinderen, in het bijzonder bij degenen die een beperkte schoolopleiding genoten hebben.² Onderzoek naar klachten van de overgang heeft duidelijk gemaakt dat ongehuwde vrouwen en vrouwen met werk buitenshuis minder klachten hebben dan gehuwde huisvrouwen.⁷

Er is dus voldoende aanleiding, te veronderstellen dat verschillende categorieën vrouwen zijn te onderscheiden met verschillende frequenties van doktersbezoek.

Daarnaast zouden vrouwen veel vaker dan mannen met nerveus-functionele klachten of psychische problemen bij de huisarts komen.

In de CMR worden nieuw gepresenteerde nerveus-functionele klachten na het 15e jaar meer bij vrouwen dan bij mannen geregistreerd. De top ligt in de leeftijdsklasse 30-40 jaar. Daarna is er een sterke afname van het aantal geregistreerde gevallen.⁵

Ook de chronisch nerveus-functionele klagers vindt men vaker onder vrouwen. Lamberts vermeldt in zijn onderzoek naar het vóórkomen van psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk, dat overwegend vrouwen in de leeftijdsgroep 35-55 jaar deze pro-

blemen met hun huisarts bespreken. Voor alle psychische problemen, uitgezonderd de verslavingen, is het aantal contacten met vrouwen groter dan met mannen.⁸

Uit een onlangs gepubliceerd NHI-rapport komt de vrouw van 35-55 jaar als patiënt naar voren, die huisartsen als problematisch ervaren. Het belangrijkste inhoudelijke kenmerk van deze probleempatiënt is „afhankelijkheid”, hetgeen termen omvat als somatiserend, hulpeloos, zielig en zeurderig.⁹

Al met al wordt het beeld opgeroepen dat vrouwen vaak en met allerlei psychische klachten het spreekuur bezoeken. In dit artikel zal ik het hulpvraaggedrag van vrouwen plaatsen tegen de achtergrond van haar leefsituatie, de vigerende normen over vrouwelijk gedrag en de reactie daarop van de – overwegend mannelijke – huisarts.¹⁰

Biologische functies

Nelly, 28 jaar, komt met de voor haar blijde mededeling, dat ze denkt voor de tweede keer zwanger te zijn. Wegens een te hoge bloeddruk in de laatste weken van haar eerste zwangerschap is ze in het ziekenhuis bevallen. Ze is toen erg onder de indruk geraakt van alle technische mogelijkheden en wil voor alle zekerheid weer in het ziekenhuis bevallen.

De laatste decennia is er een verschuiving opgetreden van thuisbevallingen naar ziekenhuisbevallingen. In het begin van deze eeuw vond 90 procent van de bevallingen thuis plaats. In 1982 is voor het eerst het aantal thuisbevallingen niet verder gedaald; het bleef 34 procent. De vergrote technische mogelijkheden bij de bewaking van de moeder, en vooral van de vrucht, hebben ervoor gezorgd dat zwangerschap en bevalling tot pathologie worden gemaakt. Omdat tegenwoordig de gezinnen klein zijn, hebben veel vrouwen weinig of geen eigen ervaring met het (wordend) moederschap. Anders dan vroeger, toen de vrouw naast kinderen krijgen, talloze andere bezigheden had, wordt nu van haar verwacht dat ze zich voor 100 procent aan het moederschap zal wijden. Veel aanstaande moeders kiezen daarom uit onzekerheid voor bevallen in het ziekenhuis. Dit betekent dat de vrouw zich te schikken heeft naar de regels en de normen van dat ziekenhuis. Door het toepassen van een overmaat aan techniek raakt ze het vertrouwen in haar eigen lichaam kwijt en begint ze te denken dat dit de beste zorg is die een vrouw haar aanstaande kind te bieden heeft. Deze ontwikkeling kan

* Huisarts te Nijmegen

een nadelige invloed hebben op het zelf-respect en het gezondheidsbeleven van de vrouw na de bevalling.^{11 12}

Joke, 16 jaar, heeft de pil en komt op controle. Ze heeft geen klachten en is tevreden met deze vorm van anti-conceptie.

Ik ken geen man die op controle komt voor zijn anti-conceptie. Morbiditeitsgegevens uit het monitoringproject bevestigen dat, uitgezonderd de sterilisatie, anticonceptie een vrouwenaangelegenheid is.¹³ Van de totale Nederlandse bevolking was eind 1981 5,5 procent van de mannen en 5 procent van de vrouwen gesteriliseerd.¹⁴ Vrouwen blijven zich voornamelijk verantwoordelijk voelen voor het niet krijgen van kinderen.

In het anticonceptiegebruik zijn de laatste twintig jaar veranderingen opgetreden die samenhangen met veranderde opvattingen over de seksualiteit van de vrouw. Vóór de jaren '60 bestond de vrouwelijke seksualiteit niet. In de jaren '60 heeft men de pil in een hoerastemming binnengehaald als mogelijkheid tot seksuele bevrijding van de vrouw door de ontkoppeling van seksualiteit en voortplanting. In deze tijd stond het ijveren voor gelijkheid van man en vrouw in de emancipatiestrijd centraal. Gelijke arbeid – gelijke beloning, gelijke ontplooiingskansen in onderwijs en arbeid, gelijke verantwoordelijkheid voor de opvoeding van kinderen en wat de seksualiteit betreft, hoefde de vrouw niet onder te doen voor de man.

In de 70-er jaren kwamen de accenten anders te liggen. Niet alleen de gelijkheid, maar juist de eigenheid van vrouwen komt voor het voetlicht. Het eigen vrouwenlijf, de eigenheid van vrouwelijke eigenschappen en de vrouwelijke seksualiteit, de onderwaardering van het huisvrouwenwerk en het opnieuw in de aandacht komen van het moederen en het moederschap.

Deze ontwikkeling heeft de gedachten over de anticonceptie niet ongemoeid gelaten. De pil werd niet langer gezien als een bevrijding, maar als een vorm van anticonceptie die uitgaat van mannelijke definities van seksualiteit en van een voortdurende seksuele beschikbaarheid van vrouwen voor mannen. Tegelijkertijd kregen een aantal al bekende risico's van de pil aandacht in de pers. Het gevolg was en is dat, naast sterilisatie, andere vormen van anticonceptie als spiraal en pessarium het pilgebruik afremmen.

Tevens werd de wijze van anti-conceptie een keuze van de vrouw zelf. Deze

keuze kan veranderen bij nieuwe situaties in haar leven. Omdat de huisarts mensen in verschillende situaties in hun leven meemaakt, hoort de informatie over en het kunnen toepassen van de diverse vormen van anticonceptie tot het takenpakket van de huisarts. Dit betekent ook dat er andere complicaties te verwachten zijn; de bescherming is minder en optredende infecties behoeven meer aandacht.

In tegenstelling tot de „bevrijdingsgedachte” in de jaren '60 ervaren steeds meer (jonge) vrouwen iedere keuze van anticonceptie als een noodzakelijk kwaad. Ze kiezen derhalve niet voor de beste methode, maar voor de minst kwade.

Kortom allemaal redenen waarom de huisarts vaker zal worden bezocht. Zolang vrouwen de anticonceptie hoofdzakelijk voor hun rekening nemen, zullen vrouwen daarvoor het spreekuur blijven bezoeken. Hetzelfde geldt trouwens voor het niet zwanger kunnen worden. Hoewel de oorzaken gelijkelijk over mannen en vrouwen verdeeld zijn, kaarten vrouwen het probleem bij de dokter aan. Gelukkig is de tijd voorbij dat vrouwen aan allerlei belastend onderzoek werden onderworpen, voordat men op het idee kwam dat het ook aan de man kon liggen.

Mevrouw Peters, 40 jaar, heeft last van witte vloed en jeuk van onderen.

De toename van vaginale infecties heeft veel te maken met het voorafgaande. Vrouwen zijn seksueel actiever geworden. De afname van condoom-gebruik en de toename van pil-spiraalgebruik maken de schede toegankelijker voor infecties. Gebrek aan kennis over de betekenis en het ontstaan van witte vloed maakt vrouwen erg ongerust. In hun opvoeding is weinig aandacht besteed aan het functioneren van het vrouwelijk lichaam. Vaak weten vrouwen niet hoe hun clitoris en schede eruit zien. Goede uitleg, het mee laten voelen en kijken bij het inwendig onderzoek, als de vrouw dit wil, kunnen een deel van de kennisachterstand over haar lichaam verhelpen. De bestrijdingscampagnes van geslachtsziekten maken het vrouwen niet makkelijk: „Iedere vaginale afscheiding kan een gonorrhoe zijn. Zelfs zonder afscheiding hoeft het niet in orde te zijn.”¹⁵

Om nog een andere reden baart een normale fysiologische fluor vrouwen veel zorgen. Ze voelen zich vies, aangewakkerd door de advertenties met de derde-oksel-spray en miniverbandjes. Vrouwen hebben zich het beeld van de

ideale vrouw, die op elk moment fris en aantrekkelijk moet zijn, eigen gemaakt en doen daarmee soms hun eigen lichaam geweld aan (zeep in schede, etc.). Er bestaat veel ontevredenheid en verdriet bij vrouwen over vorm en functie van hun eigen lijf. Het zijn echter maatschappelijke normen die het vrouwenlijf tot afwijkend hebben bestempeld.

Het beste kan ik dit illustreren aan de menstruatie. Natuurlijk is het menstrueren een fysiologisch gegeven, maar deze visie is te beperkt. De betekenis die in een samenleving aan de menstruatie gegeven wordt, hangt samen met normen en gedragsregels met betrekking tot de menstruatie. Zo leeft nog altijd de opvatting, dat vrouwen onrein zijn tijdens de menstruatie, dan mannen impotent worden als ze vrijen tijdens de menstruatie, maar vooral dat niemand het mag weten of merken. Doodgezwegen dus; het pakje maandverband of tampons wordt door mijn drogist nog altijd van inpakpapier voorzien.

Aan de andere kant wordt de menstruatie gezien en beleefd als het symbool van vruchtbaarheid, van een goed functionerend lichaam, van echt vrouw zijn. Onderzoek naar de gevoelens van vrouwen over ongesteldheid komt tot de volgende conclusies. Veel vrouwen zouden de menstruatie niet willen missen. Ze zien de menstruatie als een teken van gezondheid, vrouwzijn, vruchtbaarheid en als een duidelijk bewijs van nu niet zwanger zijn. Een iets grotere groep vrouwen heeft geen behoefte aan menstruaties. Ze worden erdoor belemmerd, vinden het vervelend, overbodig en naar. Meestal is er sprake van gemengde gevoelens.¹⁶

Zowel de schaamte als de trots, de ontkenning als de verheerlijking, zijn gevolg en bevestiging van een ongelijkheid tussen mannen en vrouwen. Een ongelijkheid, die verklaard wordt door haar lichaam als abnormaal te beschouwen. Is het dan vreemd dat vrouwen verwarring kunnen ervaren als het gaat om het (dys)functioneren van haar lichaam?

In de overgang spelen zich gelijke processen af. Ook daar is het belang dat een cultuur hecht aan het einde van de vruchtbaarheid samengaan met een verlies aan moederfuncties (leeg nest) van grote betekenis.

Uit deze voorbeelden kan men afleiden, dat bij consulten die voortvloeien uit de biologische functies, culturele normen ertoe bijdragen dat juist vrouwen daarvoor hulp van de huisarts zullen vragen.

Maatschappelijke positie

Myriam, 28 jaar, moeder van twee kinderen en huisvrouw, komt met Basje, 2 jaar oud. Ze is pas verhuisd naar deze stad vanwege het werk van haar man. Ze maakt zich zorgen omdat Bas zo slecht eet de laatste tijd.

In feite is de huisarts de bedrijfsarts voor huisvrouwen. Weinig huisartsen zijn zich hiervan bewust. Huisvrouwen zullen dus bij stoornissen bij het verrichten van haar werk, de huisarts consulteren.

Samengevat komen de werkzaamheden van een huisvrouw neer op:

- de geestelijke en lichamelijke verzorging van de huisgenoten;
- de verzorging van het huis en de directe omgeving.

Nu zijn de laatste twintig jaar veranderingen opgetreden die de dagelijkse leefsituatie van moeders beïnvloed hebben. De belangrijkste zijn:

- Door de veranderingen op de arbeidsmarkt verhuist men vaker en verder weg van het ouderlijk huis. Moeders kunnen veel minder dan voorheen steunen op hulp van hun eigen moeders.
- Kleine kinderen hebben minder speelmogelijkheden en vragen een grotere mate van aandacht van de moeder.
- De gezinnen zijn weliswaar kleiner geworden maar de eisen aan de opvoedende taak groter. De moeder dient in de eerste levensjaren van het kind de basis te leggen voor creativiteit en intelligentie van het kind. Bij veel moeders leeft de angst hierin te kort te schieten. Het „moederen” is onzeker geworden. De kern van de rol van de huisvrouw is meer voor anderen te zorgen en te leven dan voor zichzelf. Relatieproblemen, problemen met familie, seksuele problemen en problemen met kinderen zien vrouwen als iets wat háár zorg is en zij kaarten het dan ook aan bij de huisarts. Lamberts ziet een oververtegenwoordiging van vrouwen bij het bespreken van sociale problemen met de huisarts. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van huisvesting, problemen met iemand die ziek is, huwelijksproblemen en problemen met de kinderen.⁸ De aard van haar werk (nooit echt klaar, weinig gewaardeerd) en de werkomstandigheden (isolement, beschikbaar moeten zijn) maken haar taak uitermate belastend. Het lijkt me dan ook voor de hand liggen dat, zolang begrippen als „goede huisvrouw” en „goede moeder” niet opnieuw gedefinieerd worden, vrouwen de huisarts zullen blijven bezoeken als ze denken hun taak niet naar behoren te vervullen.

Mevrouw Lenen, ongehuwd, 50 jaar, onderwijzeres van beroep, raakt overbelast door de zorg voor haar nog zelfstandig wonende moeder.

Het is opvallend hoeveel vrouwen, naast hun eigen huishouden, de zorg voor anderen, vaak ouders, erbij hebben. Bij de ongehuwde, werkende vrouw verlaat 19 procent vroegtijdig het arbeidsproces om voor ouder(s) te gaan zorgen tegen 0 procent van de ongehuwde mannen.¹⁷ Het meisje wordt geleerd lief en behulpzaam te zijn. Het zorgen voor anderen wordt haar bij wijze van spreke met de paplepel ingegoten.

Bij de huidige bezuinigingen op gezinszorg en wijkverpleging wordt er impliciet van uitgegaan dat vrouwen (dochter, moeder, buurvrouw, vriendin) de wegvallende professionele hulp zullen vervangen. Natuurlijk wordt dit nooit zo gezegd, maar in de praktijk komt het er wel op neer.

Nervus-functionele klachten

Mevrouw Janssen, 45 jaar, ziet het helemaal niet meer zitten. 's Morgens zou ze het liefst weer het bed inkruipen, omdat ze geen zin en energie meer voelt om iets aan te pakken. Als ik naar haar verhaal luister, hoor ik hoe haar omgeving altijd afkeurend heeft gereageerd op die momenten dat ze haar eigen pad wilde volgen. Ze heeft geleerd dat inschikkelijkheid en het onzichtbaar maken van haar eigen wensen de goedkeuring én de geborgenheid opleveren, die ze voor alles wil. Ze heeft zoveel opzij gezet voor de lieve vrede in haar leefsituatie, dat ze niet meer weet wat ze zelf voorstelt. Haar vragen om aandacht voor haarzelf wordt, door de angst voor negatieve reacties, zo onduidelijk, dat de omgeving er geen raad mee weet. Het ergste vindt ze eigenlijk dat door haar apathie de sfeer in huis wordt verpest.

Vanaf de adolescentie worden nervus-functionele klachten meer bij vrouwen dan bij mannen geregistreerd.⁵ Uit onderzoek blijkt dat de socialisatie van mannen en vrouwen grote invloed heeft op de manier van omgaan met problemen. Meisjes wordt geleerd hun gevoelens te uiten. Ze worden zelfs pas „vrouwelijk” gevonden als ze gevoelig en emotioneel zijn. Hulp vragen hoort bij het vrouwelijk rolpatroon. De bereidheid om over problemen te praten of de klachten in verband te brengen met de leefsituatie is in de praktijk merkbaar groter bij vrouwen dan bij mannen. In feite reageren vrouwen op problemen zoals van hun wordt verwacht.¹⁸ Bij depressieve reacties, die bij

vrouwen tussen de 40 en 50 jaar tweemaal zo vaak voorkomen dan bij mannen⁵, speelt dit mechanisme een grote rol.

Welke zijn die verwachte en gewenste eigenschappen voor vrouwen? Ik zal er een paar noemen: meegaand, zorgzaam, gericht op anderen, niet voor zichzelf opkomend, passief en afhankelijk, beschermd, zonder autonoom toekomst perspectief. Protest tegen dergelijke eigenschappen levert afkeuring en schuldgevoel op.^{19 20}

De onzelfstandigheid van vrouwen wordt nog versterkt, doordat moeders hun dochters moeilijker los laten dan hun zonen. Het meisje is van haar eigen sekse en de moeder ervaart haar minder als een apart individu en meer als een verlengstuk van haarzelf. Ze zal onbewust haar wensen en angsten en haar eigen moeder-dochter geschiedenis op de dochter projecteren. Een moeder die opgegroeid is zonder adequate ik-grenzen en zelfgevoel te ontwikkelen, zal met haar dochter al vlug grensverwarring ervaren. Ze zal haar dochter niet genoeg kunnen stimuleren in het doorbreken van haar afhankelijkheid.²¹

Gebrek aan gevoel van eigenwaarde en eigen identiteit, de gerichtheid op anderen, de onzelfstandigheid en de neiging tot schuldgevoel bij opkomend protest maken vrouwen vatbaar voor een depressie, zeker op het moment dat hun „goede” eigenschappen (als de kinderen de deur uit zijn) zinloos zijn geworden.

Socialisatie gericht op het ontwikkelen van „vrouwelijke” eigenschappen levert soortgelijk hulpvraaggedrag en problematiek op.

Er is nog een tweede kanttekening te plaatsen bij de registratie van nervus-functionele klachten bij vrouwen.

Rolbevestigende meningen over vrouwen beïnvloeden de attitude van de mannelijke arts en daarmee de interpretatie van de klacht. Komter signaleert een dubbele norm voor geestelijke gezondheid van vrouwen. De maatstaven voor een geestelijk gezonde volwassene stemmen overeen met die van een geestelijk gezonde man. Therapeuten vinden mannelijke eigenschappen als productief zijn, zelfverzekerd, competitief, objectief, besluitvaardig en afstandelijk het meest van toepassing op een geestelijk gezonde volwassene, vervolgens op een dito man en het minst op een dito vrouw. Mannelijke eigenschappen worden gezien als uitingen van geestelijk gezond volwassen zijn. Een vrouw moet wel vrouwelijk zijn, maar tegelijkertijd

scoren mannelijke eigenschappen hoger wat geestelijke gezondheid betreft. Met andere woorden: „vrouwelijke” vrouwen zijn minder geestelijk gezond.²² Vrouwen met de eigenschappen van een geestelijk gezonde volwassene, worden vreemd genoeg kenau's genoemd. Bovendien lijken persoonlijkheidskenmerken die als neurotisch gekenschetst worden, als afhankelijkheid, onderdanigheid en passiviteit, verdacht veel op typisch vrouwelijke eigenschappen. Op welke wijze dit normstelsel doorwerkt in de hulpverlening is weinig onderzocht.^{23 24} Meens en Wien constateren dat geslacht een bepalende factor is bij diagnostiek, prognose en behandelingsstrategie in de geestelijke gezondheidszorg. Hun bevindingen zijn dat:

- aan vrouwen, ongeacht de diagnose, meer psychofarmaca verstrekt worden dan aan mannen;
- bij de behandeling door mannen, vrouwen aangespoord worden hun vrouwelijke rol te accepteren en in alle gevallen steun te zoeken bij een „alles begrijpende” mannelijke autoriteit;
- in de behandeling tussen mannen en vrouwen verschil bestaat en wel zodanig dat vrouwen meer medicijnen krijgen en minder gesprekstherapie.²⁵

Bergsma vermeldt dat bij consulten wegens psychosociale klachten, (dit betreft vooral vrouwen) meestal het initiatief voor een nieuwe afspraak van de mannelijke huisarts uitgaat.³ Armitage et al. onderzochten de reactie van de mannelijke arts op klachten van mannelijke en vrouwelijke patiënten. Daartoe beoordeelden zij, aan de hand van medische dossiers, het handelen van de arts bij vijf veel voorkomende klachten in een groep van tweeënvijftig echtparen. In alle gevallen bleek de arts significant meer aandacht te besteden aan de behandeling (anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek) van de mannen. Het meest opvallend was dit verschil bij lage rugpijn en hoofdpijn. Mannen en vrouwen waren vergelijkbaar wat betreft gezondheids-toestand, leeftijd, verzekeringsvorm, sociaal-economische milieus en het aantal spreekuurbezoeken naar aanleiding van deze klachten.²⁶

De benadering en beoordeling van de klacht door de overwegend mannelijke huisarts, aan wie sekse-stereotypische opvattingen niet vreemd zijn, bepaalt mede het aantal van de nerveus-functionele klachten. Over ontstaan, inhoud en betekenis van de klacht, gezien vanuit de leefsituatie van vrouwen, zegt het niets. Veel voor vrouwen belangrijk onderzoek moet nog gedaan worden.

Het gebruiken van verschillen in hulpvraaggedrag tussen mannen en vrouwen om de vrouw als ongezonde klaagster af te schilderen getuigt van een discriminerend seksisme.

Besluit

Ik heb in het voorafgaande enkele achtergronden geschetst van het gegeven dat bepaalde categorieën vrouwen vaker de hulp van de huisarts inroepen: achtergronden waaruit men kan afleiden dat het consumptiepatroon veel te maken heeft met de rol en de positie van de vrouw in deze maatschappij. In de tweede plaats heb ik geconstateerd dat cijfers geen aanleiding mogen geven tot algemene uitspraken of gedachten als „vrouwen zijn psychisch ongezonder dan mannen”. De socialisatie leert vrouwen anders om te gaan met problemen. In de hulpverlening worden deze problemen vervolgens benaderd en beoordeeld volgens een sekse-stereotypische, mannelijk gekleurde norm voor geestelijke gezondheid. Dit beïnvloedt dan weer de cijfers over het aantal nerveus-functionele klachten. Ook de gezondheidszorg zelf kan een bedreiging vormen voor de gezondheid c.q. de gezondheidservaring van vrouwen (ook van mannen). Bij zoveel onzekerheid in ons bestaan wordt de angst voor ernstige ziekten steeds groter en als reactie daarop de roep om screening en technisch-specialistisch onderzoek. De ontwikkeling van de geneeskunde op kleine deelterreinen voor zeer kleine groepen patiënten heeft tot het idee geleid dat ziekte en lichamelijk ongemak altijd snel en doeltreffend verholpen kunnen worden. De feiten zijn anders: het aantal chronisch zieken stijgt en daarmee verandert de inhoud van de geneeskunde van *cure* naar *care*. De werkwijze van de huidige specialisten c.q. ziekenhuisgeneeskunde sluit lang niet altijd aan bij deze verandering, heeft valse pretenties en versterkt de angst en onzekerheid van patiënten. De vrouwelijke patiënt, opgevoed tot afhankelijkheid en met weinig kennis over haar lichaam, kan daar extra de dupe van worden. De huisarts, die als begeleid(st)er door de jaren heen veel meer kennis over „gewone ziekten” bezit dan wie ook, zit op de goede plek en is bij uitstek uitgerust om de verzorgende en genezende aspecten in evenwicht te brengen. In dit opzicht zou de uitoefening van de geneeskunde „vrouwelijker” moeten worden. De huisartsgeneeskunde dient hierin voorop te gaan.

- ¹ Nathason CA. Sex, illness and medical care: a review of data, theory and method. *Soc Sci Med* 1977; 11: 13-26.
- ² Centraal Bureau voor de Statistiek. De leefsituatie van de Nederlandse bevolking (1977). Een overzicht van de eerste resultaten. Voorburg; Staatsuitgeverij, 1978.
- ³ Bergsma J. „'t Spreekuur”. Naar de huisarts en terug. Rapport I. De 1e lijn. Tilburg; Vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie, afdeling Preventie. Subfaculteit Psychologie, 1981.
- ⁴ Brunschot CJM van. Sterfte verschillen tussen mannen en vrouwen. *Tijdschr Soc Geneesk* 1980; 58: 14-8.
- ⁵ Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- ⁶ Velden HGM van der. Huisvrouw, huisarts, huisgezin [Dissertatie]. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1981.
- ⁷ Jazmann LJB. Op weg naar een nieuwe levensfase. Voorlichting over de overgangsjaren. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1969.
- ⁸ Lamberts H, Hartman B. Psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 333-42, 376-88.
- ⁹ Sanavro FL. Probleempatiënten in de huisartspraktijk. Oordelen van de artsen over probleempatiënten en de gevolgen voor de patiëntencarrière. Utrecht; Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.
- ¹⁰ Groenewegen PP. Vrouwelijke huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.
- ¹¹ Jessurun CM. Problemen voor jonge moeders. *Maandbl Geest Volksgezondh* 1982; 37:1070-5.
- ¹² Soeteman M, Wemekamp H. „Niet goed bevallen”. *Med Contact* 1982; 37: 1442-5.
- ¹³ Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 401-14.
- ¹⁴ Continue Morbiditeits Registratie. Peilstations Nederland, 1982. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, etc., 1983.
- ¹⁵ Wemekamp H. Fluor als niet-sexueel overdraagbare aandoening. *Bulletin SOA* 1982; 3: 16-9.
- ¹⁶ Leeuw E de. Onderzoek naar de gevoelens van vrouwen over ongesteldheid. *Opzij* 1982; 10(12): 48-9.
- ¹⁷ Meyer JL. Sociale atlas van de vrouw. Sociaal en Cultureel Planbureau, cahier no. 11. Den Haag; Staatsuitgeverij, 1977.
- ¹⁸ Baudien D. Vrouwen in tel. *Maandbl Geest Volksgezondh* 1983; 38: 464-91.
- ¹⁹ Buis W. Depressie in de middenleeftijd. In: *Vrouwelijke patiënt en huisarts* [Cursusboek]. Nijmegen: PAOG, 1981.
- ²⁰ Rubin LB. Vrouwen van zekere leeftijd. Baarn: Ambo, 1980.

Vervolg literatuur op p. 384.