

**Redactiecommissie**

F.J. Meijman, arts, voorzitter
 Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
 W.A. van Veen, arts
 Prof. dr. H.G.M. van der Velden
 Prof. dr. C. van Weel
 Dr. J. De Maeseneer, adviseur

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/Editekst
 Postbus 49, 8200 AA Lelystad
 Telefoon 03200 - 41 891

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Lomanlaan 103,
 3526 XD Utrecht
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
 Telefoon 030 - 881 700
 Fax 030 - 870 668

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

Lomanlaan 103,
 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Telefoon 030 - 881 700
 Fax 030 - 870 668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon 03403-95711
 Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie. Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Intermedia bv, Postbus 4,
 2400 MA Alphen a/d Rijn
 Telefoon 01720-66811
 Binnenland NLG 125,60 per jaar.
 België BEF 2.657 per jaar.
 Overig buitenland NLG 175,-
 per jaar.
 Studenten NLG 72,25 per jaar.
 Losse nummers NLG 13,50.
 Huisarts en Wetenschap
 verschijnt 13 x per jaar.
 Opzeggingen dienen ten minste
 twee maanden voor de aanvang
 van een kalenderjaar te worden
 gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-
 bureau; overige abonnees aan
 Intermedia bv.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.



Lid van de Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-Uitgevers
 NOTU.

ISSN 0018-7070

Vrouwen, gezondheid en de huisarts

Wat is er zo bijzonder aan vrouwen en ziekte?

Een recent rapport 'Vrouwen en gezondheid', een inventarisatie en kritische analyse van 20 jaar onderzoek naar gezondheidsklachten bij vrouwen in Nederland, zet de feiten nog eens op een rij.¹

- Vrouwen worden ouder dan mannen; dit komt door de sterfte van mannen aan hart- en vaatziekten in de middenleeftijd.

- Vrouwen maken veel meer dan mannen gebruik van allerlei medische voorzieningen, waarbij de verschillen het grootst zijn bij het consulteren van de huisarts. Deze verschillen zijn deels terug te voeren tot consulten in verband met seksespecifieke aandoeningen en deels tot het inroepen van hulp bij ziekten van de oude dag.

- Een derde en veelbesproken oorzaak van de grotere consumptie van vrouwen is gelegen in het feit dat bij vrouwen meer psychische en sociale problemen worden vastgesteld dan bij mannen. In de Nationale Studie van het Nivel in 1989 werden anderhalf tot driemaal zoveel klachten voor vrouwen als voor mannen geregistreerd in de volgende categorieën: pijn, algehele malaise, angst en nervositeit, acute stress, depressief gevoel, slaapstoornis, spanningshoofdpijn, hyperventilatie, exogene depressie, overspannenheid en fobie.² Ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg melden zich meer vrouwen dan mannen aan.³ Vrouwen rapporteren dus systematisch meer en andersoortige klachten dan mannen.

De gelijkheid en het verschil

'Women get sick, men die'. Niet het bestaan van een relatie tussen sekse en gezondheid staat ter discussie, maar het hoe van die relatie. Verklaaringen worden gezocht in verschillen tussen mannen en vrouwen in perceptie en beleving van klachten en in het uiten van die klachten. Daarnaast speelt de kwestie van classificatie en mogelijk seksespecifieke benoemingen van klachten door artsen. In dit verband is het van belang dat de huisarts in de regel de eerste is, die een aangeboden probleem al dan niet in medische termen benoemt.

De richting van de verklaring wordt mede bepaald door de positie die men inneemt in het tweestromen-debat over vrouwelijkheid – de kwestie van de gelijkheid of het verschil – een debat dat het vrouwengezondheidssterrein overstijgt. In de gelijkheidsgedachte zal de hogere medische consumptie met argwaan worden bekeken, geanalyseerd op artefacten en nageplozen op vertroebelingen. Vrouwen willen zich niet onderscheiden van mannen als het zwakke geslacht en al helemaal niet als klagers. Wordt het verschil tussen de seksen

Lagro-Janssen T. Vrouwen, gezondheid en de huisarts [Commentaar]. Huisarts Wet 1991; 34(10): 437-8.

geaccentueerd, dan worden hogere cijfers aangegrepen om te benadrukken dat klachten van vrouwen reëel zijn en door medici serieus genomen moeten worden. Patiëntenverenigingen en categorale instellingen (en farmaceutische industrieën!) scharen zich meestal in deze laatste rij, terwijl de wetenschappers zich in het algemeen meer in de eerste gedachte kunnen vinden.

Geheel nieuw in dit tijdschrift zijn deze overwegingen niet;⁴ het nieuwe is vooral gelegen in de stroom van onderzoekingen naar gezondheidsproblemen die het laatste decennium, geïnspireerd door vrouwenstudies, het licht hebben gezien, maar waarvan weinig is gepubliceerd in het gebruikelijke medisch-wetenschappelijk circuit. Omgekeerd heeft de vrouwenhulpverlening weinig weet van de dagelijkse gang van zaken in de huisartspraktijk, zodat verbaasd melding gemaakt kan worden van een onvermoed welwillende attitude van de huidige huisarts.⁵ Het methodisch werken en de aandacht voor de gevaren van medicalisering zijn in de huisartsgeneeskunde ingeburgerde begrippen die dan ook aardig overeenkomen met een benadering vanuit vrouwenstudies.

Het belang van toekomstig onderzoek

Uit het voorgaande blijkt dat vrouwengezondheidsproblemen meer omvatten dan klachten die verband houden met de voortplantingsorganen. Dit is tot nu toe het domein waar in de vrouwenhulpverlening en de huisartsgeneeskunde de grootste bedrijvigheid heerst. Het belang van toekomstig onderzoek naar vrouwen en ziekte – of anders geformuleerd: naar sekseverschillen in ziekte en gezondheid – ligt naar mijn mening in het overschrijden van de grenzen van het zo evident seksespecifieke. Ik zal dit op een drietal onderzoeksgebieden nader expliciteren: het medisch-biologische, het sociaal-maatschappelijke en het gebied van ziektegedrag en medische hulpverlening.

- Het medisch model in de geneeskunde bestudeert het organisme overwegend als een algemeen menselijk organisme dat voor mannen en vrouwen gelijk is, met uitzondering van de geslachtsspecifieke hormonale en anatomische verschillen. Steeds meer onderzoek roept vragen op over deze biologische 'gelijkheidsconstructie'. Ik denk daarbij aan verschillen tussen mannen en vrouwen in predispositie voor het krijgen van ziekten, zoals auto-immuunziekten (reumatoïde artritis) en migraine;

aan verschillen in reacties op ziekten en risicofactoren, bijvoorbeeld hypertensie, alcohol, cholesterol, en aan verschillen in effecten van behandeling, bijvoorbeeld acetosalicyl alsthrombolyticum bij hart-vaataandoeningen. Op het gebied waar de gelijkheid (of de negatie van geslachtsverschillen) tot nu toe zo centraal heeft gestaan, zou het verschil meer aandacht moeten krijgen.

- Sociale ongelijkheid in ziekte en gezondheid heeft sinds Virchow in de vorige eeuw de gemoederen in meerdere of mindere mate – afhankelijk van het tijdsgewricht – beziggehouden. Bij deze sociale ongelijkheid wordt aan de seksevariabele een onafhankelijk gewicht toegekend met betrekking tot de maatschappelijke positie van vrouwen en de sociale context waarin hun leven zich afspeelt. Deze inzichten bepalen de benadering van veel studies over vrouwengezondheidsproblemen: klachten worden begrepen naar sociale oorzaken en belastende omstandigheden en bij voorkeur niet gesitueerd in het vrouwelijk lichaam of de vrouwelijke psyche. Niet het symptoom zal bestreden worden, maar de sociale oorzaak.

Huisartsen die al wat langer meelopen (en artsen en studenten die zich destijds verwant voelden aan een beweging als die van de 'Kritische artsen') zullen deze gedachte herkennen; het was een krachtig geluid onder huisartsen in het begin van de jaren zeventig. Het denken in sociologische termen als sociale oorzaken biedt echter slechts beperkt inzicht in de ontwikkeling van individuele symptomen en geeft geen antwoord op vragen als waarom vrouwen in soortgelijke omstandigheden zo verschillend kunnen reageren. Bovendien zijn dit soort relaties in de hulpverlening van alledag niet eenduidig te interpreteren, laat staan aan te wenden ten dienste van therapeutisch handelen.

Dit laat onverlet dat het bestuderen van verbanden tussen persoonlijke gebeurtenissen en de sociaal-culturele context een kader kan leveren waarbinnen klachten en ziektegedrag van vrouwen weliswaar niet verklaard kunnen worden, maar wel een bepaalde betekenis krijgen. In dit verband valt te denken aan de ongelijke machtsverhoudingen tussen mannen en vrouwen, iets waar seksueel en/of fysiek geweld tegen meisjes en vrouwen alles mee te maken heeft.

Voor de toekomst verdient de sociale ongelijkheid tussen vrouwen onderling meer aandacht: niet de sekse als belangrijkste variabele, maar sociale klasse, life style, culturele bagage, betaald werk, etniciteit, opleiding, enzovoort.

- Ziektegedrag, motieven om de huisartste raadplegen, en de manier waarop daarmee wordt omgegaan, zijn essentiële onderwerpen in de huisartsgeneeskunde. Juist op dit terrein zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen groot en juist op dit terrein lopen de verklaringen en meningen van wetenschappers uiteen. Daarom is het van belang om het sekseverschil als object van studie verder te exploreren: mogelijk kunnen hieruit algemene verklaringen voor dit grillig thema worden gedestilleerd. Ik denk daarbij aan verschillen in lichaamsbeleving, verschillen in taal en communicatie en verschillen in intenties van hulpvraaggedrag.

De huisarts, vrouwen en gezondheid

In principe is de huisarts – als generalist met een integrale visie en een continue en persoonlijke zorg – adequaat geëquipeerd voor een goede zorg aan vrouwen en hun veelal alledaagse klachten, problemen en chronische aandoeningen. Verschillen tussen vrouwen, zowel naar sociale categorie als naar beleving en omgaan met klachten, zijn de huisarts niet vreemd; eerder zal hij/zij gevoelig gemaakt moeten worden voor patronen in de aangeboden problematiek.

Huisartsen moeten wel blijven en daarom verdienen vrouwengezondheidsproblemen aparte aandacht in opleiding, nascholing en in het bijzonder als object van wetenschappelijke studie. Bij dit laatste zouden (vrouwelijke) wetenschappers-huisartsen zich niet moeten beperken tot de tractus urogenitalis, maar ook wat minder geëigende paden moeten betreden: de relatie tussen sekse en hart-vaatziekten lonkt, en hoe zit het met Cara, het vrouwelijke geslacht en therapie-effecten van geneesmiddelen? Hoe ligt de sekseverdeling tussen diverse aandoeningen van maag-darm en wat is er aan verklaringen voorhanden?

Deze aflevering van Huisarts en Wetenschap is geheel gewijd aan vrouwenzaken. Als het een nummer over seks zou zijn, zouden we het bestempelen als 'eng-genitaal', met wat weinig variatie. Een toevallige toevloed van manuscripten maakte dit themanummer mogelijk, maar met zoveel vrouwelijke auteurs is dat natuurlijk niet helemaal toevallig. Belangwekkende onderwerpen zijn het in ieder geval wel en daarnaast is het een goede zaak als de praktijk van alledag in de huisartsgeneeskundige zorg voor vrouwen zoveel mogelijk is gebaseerd op wetenschappelijke inzichten. Daar is veel onderzoek voor nodig, met een blik die verder reikt dan het biologische, en tegelijkertijd biologische uitgangspunten kritisch durft te benaderen.

Toine Lagro-Janssen

¹ Meeuwesen L, Ruiters M, Westerbeeck van Eerten J, Brinkgreve C. Vrouwen en gezondheid. Trendrapport Steo, Den Haag, 1991.

² Van der Velden J, De Bakker D, Claessens AAMC, Schellevis FG. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport III: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.

³ Van den Brekel EJG. Gezondheid en medische consumptie naar geslacht. Maandblad Gezondheidsstatistiek 1987; 2: 5-55.

⁴ Lagro-Janssen T. De vrouwelijke patiënt in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983; 26: 369-72.

⁵ Horstman K, Weyts W. Integratie van vrouwenhulpverlening in de huisartsgeneeskunde. Tijdschr Vrouwenstudies 1990; 11: 175-83. ■