

Sekse-bias op het spreekuur?

De invloed van de huisarts op de cijfers over psychische en sociale problemen

I.M. HOFMANS-OKKES
H. LAMBERTS
J. MOHRS

Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Mohrs J. Sekse-bias op het spreekuur? De invloed van de huisarts op de cijfers over psychische en sociale problemen. Huisarts Wet 1995; 38(9): 422-30.

Samenvatting Zijn huisartsen bij vrouwen meer dan bij mannen geneigd te denken 'dat het wel psychisch zal zijn', nemen ze meer initiatieven om dit type problemen te bespreken, en voeren ze bij vrouwen een ander beleid? In het Transitieproject worden geen belangrijke aanwijzingen gevonden voor een structureel andere benadering van vrouwen: waar vrouwen meer diagnoses hebben, zijn de verschillen relatief klein, in het algemeen te verklaren uit de aantallen contactredenen, en in overeenstemming met de literatuur. Huisartsen nemen bij mannen en vrouwen even vaak het initiatief om episodisch uit de hoofdstukken P (psychisch) of Z (sociaal) als gespreksonderwerp op te voeren; bij al bekende diagnoses gebeurt dat bij mannen vaker. Bij beide seksen heeft de huisarts een grote voorkeur voor praten met de patiënt, terwijl een recept vaker bij jongere mannen en bij oudere vrouwen wordt uitgeschreven. Bij mannen in de leeftijdsgroep 65-74 jaar lijkt de aandacht van de huisarts voor het psychosociale domein relatief gering, terwijl zijn aandacht bij de oudste groep mannen (≥ 75) weer sterk toeneemt, met name op het gebied van de sociale problemen. De leeftijd van de patiënt blijkt een belangrijke rol te spelen bij benoeming en beleid.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Dr. I.M. Hofmans-Okkes, co-projectleider Transitieproject; Prof.dr. H. Lamberts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; J. Mohrs, methodoloog.
Correspondentie: Dr. I.M. Hofmans-Okkes.

Inleiding

Gegevens uit sociaal-wetenschappelijk en epidemiologisch onderzoek laten steeds weer hetzelfde zien: vrouwen leven langer dan mannen, maar gaan vaker naar de dokter en hebben meer klachten en ziekten. Kon *Nathanson* in 1975 nog schrijven dat de opmerkelijke discrepantie tussen de hogere morbiditeit en de lagere (of beter gezegd: latere) mortaliteit van vrouwen tot dan toe weinig aandacht had getrokken,¹ nu is deze uitspraak bepaald niet meer geldig: er is inmiddels veel over dit fenomeen geschreven.

Ook psychische en sociale problemen zouden meer bij vrouwen dan bij mannen voorkomen, zij het dat het daarbij nogal uitmaakt wat er precies onder 'psychische en sociale problemen' wordt verstaan. Zo lieten *Vereijken & Bauduin* in een recente overzichtsstudie zien dat de gegevens niet eenduidig zijn als alleen strikt psychiatrische stoornissen in de beschouwing worden betrokken: vrouwen blijken dan niet zozeer meer, als wel andere ziektebeelden te hebben (meer depressies, neurosen en angststoornissen; minder persoonlijkheidsstoornissen en alcohol- en drugsmisbruik).² Dat neemt niet weg dat vrouwen in de huisartspraktijk per 1000 ingeschreven patiënten aanzienlijk meer *zorgepisoden* op het terrein van psychische en sociale problemen hebben dan mannen (*tabel 1*). Een duidelijke rol hierbij speelt het feit dat vrouwen (behalve in de leeftijdsgroep van 0-15 jaar) überhaupt vaker bij de huisarts komen. De *figuur* laat zien dat de verschillen met name groot zijn in de leeftijdsklassen van 15-44 jaar: veel vrouwen 'moeten' in deze jaren wel contact hebben met de huisarts, voor anticonceptie, menstruatieproblemen, zwangerschap, kraambed en de zorg voor kinderen. En als iemand eenmaal in de spreekkamer zit, kan er vervolgens – afhankelijk van het consultgedrag van arts en patiënt – van alles aan de orde komen, ook psychische en sociale problemen.

Wij hanteren het begrip 'psychische en sociale problemen' hier conform de inhoud van de hoofdstukken P (psychisch) en Z (sociaal) van de ICPC.³ Daaronder

vallen niet uitsluitend psychiatrische ziektebeelden en misbruik c.q. verslavingen, maar ook allerlei 'leefproblemen' zoals die in het contact tussen huisarts en patiënt aan de orde kunnen komen: gevoelens, emoties, geldzorgen, problemen met partner of kinderen, en problemen met ziekte en dood in de nabije omgeving. Dat vrouwen op dit ruimere gebied meer problemen ondervinden c.q. rapporteren, lijkt weinig twijfel.^{1,4-10}

Voor dit gegeven zijn in de literatuur verschillende verklaringenmechanismen gesuggereerd (*kader* op pag. 423). In dit artikel richten wij onze aandacht op één daarvan: het gedrag van de huisarts.

Nederlandse huisartsen treden hun patiënten in het algemeen sterk patiëntgericht tegemoet, met een brede oriëntatie op de patiënt als persoon in zijn psychosociale context, maar doen ze dat meer als de patiënt een vrouw is? In hoeverre wijzen gegevens omtrent diagnostiek en beleid bij psychische en sociale problemen op 'seksgebiast' gedrag van de huisarts? Meer concreet:

- Zijn huisartsen bij vrouwen meer geneigd tot het stellen van psychosociale diagnoses?
- Nemen huisartsen bij vrouwen meer initiatieven om psychische of sociale problemen aan de orde te stellen, en om welke problemen gaat het daarbij?
- Voeren huisartsen bij vrouwen een ander beleid ten aanzien van voorschrijven en adviseren/counselen, en in hoeverre speelt daarbij het expliciete verzoek van de patiënt om zo'n interventie een rol?

Methode

Alle vragen worden behandeld aan de hand van gegevens uit het Transitieproject. In beginsel worden in deze registratie cijfers over incidenties en prevalenties gepresenteerd per 1000 *ingeschreven* patiënten. Het is echter duidelijk dat op basis daarvan geen antwoord kan worden gegeven op de onderzoeksvragen: bij een patiënt die niet komt, kan de huisarts ook geen psychisch of sociaal probleem diag-

Sekseverschillen bij psychische en sociale problemen

- Een eerste verklaring luidt dat vrouwen écht meer psychische en sociale problemen zouden hebben, doordat zij op dit punt kwetsbaarder zijn en/of doordat hun sociale rol hen zwaarder belast met zorgen om en voor hun naaste omgeving.¹¹⁻¹⁷ Deze verklaring is niet onomstreden. De Bakker *et al.* vonden in recent onderzoek met behulp van de GHQ en de BioPro inderdaad aanwijzingen voor een slechtere psychische toestand van vrouwen;¹⁸ Vereijken & Bauduin constateren daarentegen aan de hand van de Nederlandse en internationale literatuur dat bevolkingsonderzoek met behulp van de GHQ-30, de PSE en de SCL geen duidelijke aanwijzingen oplevert dat vrouwen psychisch 'zieker' zouden zijn dan mannen.² Bovendien zijn er studies waaruit blijkt dat vrouwen juist beter dan mannen omgaan met leefproblemen als financiële zorgen, scheiding en het overlijden van de partner.¹⁹⁻²¹
- Een tweede verklaringsmodel richt zich met name op het gedrag van de patiënt: vrouwen zouden eerder en/of gemakkelijker hulp zoeken voor psychosociale problemen, en bij het beantwoorden van vragen eerder dan mannen geneigd zijn te zeggen dat ze van bepaalde problemen last hebben;²²⁻²⁵ ook deze laatste opvatting is overigens door anderen met klem bestreden.^{11 26 27} Uit recent onderzoek is verder gebleken dat vrouwen meer geneigd zijn om hun psychosociale omstandigheden uit zichzelf in het gesprek met de dokter naar voren te brengen.^{28 29}
- Tenslotte is de verklaring gezocht in de houding van artsen: zij zouden klachten bij vrouwen eerder en/of vaker als 'psychisch' duiden dan bij mannen. Deze opvatting is tamelijk wijdverbreid in de feministische literatuur (zie bijvoorbeeld het literatuuroverzicht bij Davis³⁰), maar zij komt ook elders aan de orde. Zo

publiceerde het prestigieuze *New England Journal of Medicine* in de vroege jaren zeventig een aantal artikelen over dit onderwerp: Lennane *et al.* klaagden over de neiging van artsen om klachten bij vrouwen in de eerste plaats als psychogeen te duiden,³¹ en Howell betoogde aan de hand van 'persoonlijke ervaringen' dat tijdens de medische opleiding vaak wordt onderwezen dat vrouwen zo emotioneel zijn, en dat hun symptomen vaker niet dan wel op 'echte' ziekten zouden wijzen'.³² Onderzoek heeft ook op dit punt tot verschillende resultaten geleid. In een aantal studies is duidelijke seksegebonden bias vastgesteld;³³⁻³⁶ Colameco *et al.* vonden dat *primary care*-dokters vrouwen weliswaar 'emotioneel' achtten dan mannen, maar dat zij hun klachten zeker niet minder serieus namen.³⁷ In een aantal andere onderzoeken werden geen aanwijzingen voor bias van de dokter gevonden.^{38 39} 'Gebias' gedrag van de arts heeft in de literatuur in beginsel een negatieve connotatie: er zou een onwenselijke houding tegenover vrouwen aan ten grondslag liggen en het zou tot minder adequate zorg voor vrouwen leiden. In dat kader komt ook vaak aan de orde dat vrouwen meer psychofarmaca krijgen voorgeschreven dan mannen.⁴⁰⁻⁴² Daarbij wordt echter door sommigen aangetekend dat niet duidelijk is of dat moet worden toegeschreven aan het consultgedrag van de dokter of van de patiënten (vrouwen zouden bijvoorbeeld een grotere voorkeur voor een recept kunnen uitspreken dan mannen). Verbrugge *et al.* wijzen erop dat verschillen in de manier waarop artsen mannen en vrouwen tegemoet treden, niet zonder meer negatief beoordeeld behoeven te worden: ze kunnen ook een blijk zijn van een adequate, op het individu toegesneden reactie.^{42 43}

nostiseren, en evenmin bespreken of behandelen. Daarom zijn de aantallen berekend per 1000 *actieve* patiënten (patiënten met ten minste één contact met de huisarts in het registratiejaar) en per 1000 *contacten*. Deze laatste berekeningswijze benadert zoveel mogelijk de situatie waarin de huisarts werkt: als hij tijdens een spreekuur een patiënt binnenlaat, is dat vaker een vrouw dan een man. Hierop heeft de huisarts zelf echter nauwelijks invloed. Zouden huisartsen inderdaad geneigd zijn in consulten met vrouwen anders om te gaan met (mogelijke) psychosociale problemen, dan zou dat met name in de cijfers per contact zichtbaar moeten worden.

De gegevens worden gepresenteerd naar vijf standaardleeftijdsgroepen: 15-25, 24-44, 45-64, 65-74 en ≥ 75 jaar. Kinderen <15 jaar blijven buiten beschouwing, omdat het aantal psychosociale problemen in deze leeftijdsgroep gering is.

- Voor de beantwoording van de eerste vraag worden de volgende gegevens gepresenteerd:
 - de totaalcijfers betreffende de episoden uit de hoofdstukken P (psychisch) en Z (sociaal);
 - een aantal frequent voorkomende psychosociale episoden en episodeclusters waarvan bekend is dat de prevalentie sterk samenhangt met geslacht.Uiteraard speelt bij het al of niet diagnosticeren van een psychisch of sociaal probleem de contactreden van de patiënt een belangrijke rol. In eerder onderzoek hebben we al vastgesteld dat psychosociale contactredenen praktisch altijd leiden tot diagnoses uit die hoofdstukken; opvallend was daarbij dat contactredenen uit hoofdstuk P (psychisch) in rond 20 procent van de gevallen leidden tot een diagnose in hoofdstuk Z (sociaal).⁴⁴ Om een indruk te krijgen van een eventueel sekseverschil in de diagnostische interpretatie door de huisarts, zijn ook de contactredenen uit deze hoofdstukken in het onderzoek betrokken. Als huisartsen inderdaad bij vrouwen meer dan bij mannen geneigd zijn problemen psychosociaal te interpreteren, zou bij vrouwen een aanzienlijk grotere discrepantie tussen de cijfers voor contact-

redenen en diagnoses moeten bestaan dan bij mannen.

- Voor de beantwoording van de tweede vraag worden gegevens gebruikt omtrent de contactredenen P64 en Z64. Deze codes betekenen dat de huisarts het betreffende probleem aan de orde stelt bij een patiënt die voor iets anders naar het spreekuur is gekomen. Daarbij kan het gaan om een *nieuw* probleem ('hoe gaat het op uw werk?'), maar ook om een *bekend* probleem ('bent u nog steeds zo down als de laatste keer dat ik u zag?'). Voor beide typen initiatieven worden ook de top-tien diagnoses gegeven in het kader waarvan de initiatieven plaatsvonden.
- Tenslotte zijn voor het antwoord op de derde vraag de verdelingen vastgesteld van de belangrijkste interventies bij psychische en sociale problemen: adviserend of counsellend gesprek (P45/P58) en medicatie (P50/Z50). Daarnaast is onderzocht in hoeverre deze interventies samenhangen met een expliciet verzoek daartoe van de patiënt (contactredenen P45/58 en P50).

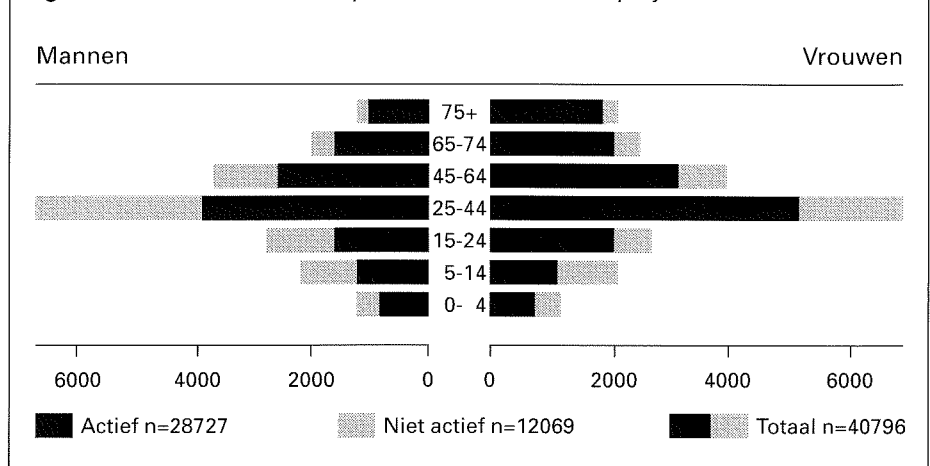
Resultaten

Sekse en psychosociale diagnoses

Tabel 2 laat zien dat vrouwen per 1000 actieve patiënten (veel) meer episoden in de hoofdstukken P (psychisch) en Z (sociaal) hebben. Per 1000 contacten verandert het beeld: de verschillen zijn dan in de twee laagste leeftijdsklassen tamelijk gering, en soms zelfs afwezig (bij sociale problemen in de leeftijdsklasse 25-44 jaar), terwijl mannen van 25-44 jaar per 1000 contacten zelfs iets meer episoden in hoofdstuk P (psychisch) hebben. De leeftijdsklasse 45-64 jaar vertoont wat grotere verschillen. In de leeftijdsklasse 65-74 jaar zijn de sekseverschillen opmerkelijk groot, ook per 1000 contacten; even opmerkelijk is het dat deze verschillen in de hoogste leeftijdsgroep weer veel lager zijn, vooral op het terrein van sociale problemen.

Ook bij de episoden P01, P02, P03, P74 en P76 zien we duidelijke verschillen per 1000 actieve patiënten, terwijl de verschillen per 1000 contacten veelal tamelijk

Figuur Actieve en niet-actieve patiënten in het Transitieproject



klein zijn. Dat neemt niet weg dat vrouwen, ook bij beschouwing per 1000 contacten, in vergelijking tot mannen meer van deze episoden hebben. Veel duidelijker is de overrepresentatie van vrouwen bij de clusters 'problemen met partner' en 'problemen met kinderen', waarbij alleen in de oudste leeftijdsgroep mannen het meest te maken hebben met partnerproblemen. Het tegenovergestelde doet zich voor bij de episoden werkproblemen (Z05) en het cluster 'misbruik': deze episoden worden, ongeacht de berekeningswijze, veel meer bij mannen gediagnostiseerd (behalve in de jongste leeftijdsgroep).

Per 1000 actieve patiënten presenteren vrouwen duidelijk meer contactredenen uit de hoofdstukken P (psychisch) en Z (sociaal). Per 1000 contacten liggen de cijfers voor vrouwen ook steeds hoger, behalve in de leeftijdsklasse 25-24 jaar. In het algemeen zijn de verschillen per 1000 contacten geringer, opnieuw met uitzondering van de leeftijdsgroep 65-74 (tabel 3).

Bij de vergelijking van de aantallen episoden met de aantallen contactredenen zijn vooral de cijfers per contact van belang: per episode kunnen immers meer contacten (met steeds nieuwe contactredenen) plaatsvinden. Bij deze cijfers valt in de eerste plaats op dat de cijfers voor con-

tactredenen uit hoofdstuk P (psychisch) voor beide seksen vrijwel over de hele linie hoger liggen dan de cijfers voor de episoden; daarbij moet bedacht worden dat per episode én per contact meer dan één contactreden kon worden geregistreerd. Voor evidente sekseverschillen vinden we in deze vergelijking niet veel aanwijzingen: het fenomeen doet zich bij beide seksen ongeveer even sterk voor, behalve in de leeftijdsklasse 25-44 jaar, waarin voor mannen veel meer contactredenen dan episoden uit hoofdstuk P worden geregistreerd.

Bij een vergelijking van de aantallen episoden en contactredenen in hoofdstuk Z (sociaal) doet zich in een aantal leeftijdsklassen precies het tegenovergestelde fenomeen voor. Hier zien we in de twee laagste leeftijdsgroepen zowel per 1000 actieve patiënten als per 1000 contacten meer episoden dan contactredenen voor beide seksen; de verschillen tussen de aantallen contactredenen en diagnoses uit hoofdstuk Z zijn iets groter voor vrouwen dan voor mannen. In de leeftijdsklasse 45-64 geldt dit verschijnsel alleen voor vrouwen, terwijl de cijfers voor contactredenen en diagnoses redelijk in evenwicht zijn in de hoogste leeftijdsgroepen.

Duidelijk is dat het meestal lagere aantal episoden in de hoofdstukken P en Z van mannen in het algemeen sterk samenhangt

Tabel 1 Incidentie en prevalentie in het Transitieproject van episodien uit de hoofdstukken P en Z naar leeftijd en geslacht. Aantallen per 1000 ingeschreven patiënten per jaar

		0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	≥75
Hoofdstuk P								
- prevalentie	V	24	27	118	196	252	278	355
	M	31	22	54	128	166	130	219
- incidentie	V	21	21	92	136	151	142	178
	M	28	18	44	81	100	74	120
Hoofdstuk Z								
- prevalentie	V	14	9	89	149	192	202	231
	M	15	16	39	87	108	105	176
- incidentie	V	13	7	80	118	140	132	161
	M	12	11	35	71	80	75	131

Tabel 2 Episoden uit hoofdstuk P en Z: totalen en een aantal specifieke episodien en episodeclusters naar leeftijd en geslacht

		15-24		25-44		45-64		65-74		≥75		
		(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
P	psychische problemen (totaal) n=5366	V	160	40	260	65	322	74	338	63	407	60
		M	98	34	220	70	247	65	176	38	263	42
Z	sociale problemen (totaal) n=3915	V	121	31	197	49	246	57	246	46	265	39
		M	70	25	153	49	160	42	142	30	211	34
P01	angstig/nerveus gevoel n=901	V	30	8	45	11	61	14	57	11	57	8
		M	9	3	30	10	44	11	26	6	27	4
P02	voorbijgaande stress-reactie n=462	V	16	4	30	8	27	6	20	4	11	2
		M	8	3	17	5	20	5	8	2	5	1
P03	depressief gevoel n=258	V	8	2	15	4	17	4	15	3	37	5
		M	4	1	7	2	7	2	14	3	17	3
P74	angststoornis n=152	V	5	1	7	2	9	2	13	2	13	2
		M	3	1	5	1	4	1	8	2	9	1
P76	depressie n=337	V	2	1	14	4	32	7	30	6	43	6
		M	4	1	9	3	14	4	14	3	28	1
Z12-15	problemen met partner* n=1031	V	19	5	50	13	75	17	108	20	77	11
		M	5	2	25	8	33	9	55	12	103	16
Z16-19	problemen met kinderen† n=446	V	2	-	32	8	45	10	25	5	27	4
		M	-	-	5	1	14	4	12	3	5	1
Z05	werkproblemen n=725	V	22	5	37	9	30	7	-	-	2	-
		M	23	8	52	16	60	16	3	1	1	-
P15-19	misbruik‡ n=549	V	8	2	19	5	20	5	9	2	2	-
		M	17	6	48	15	44	12	20	4	11	2

(1) per 1000 actieve patiënten; (2) per 1000 contacten.

* Z12 problemen met partner (geweld); Z13 gedragsproblemen partner; Z14 problemen met zieke partner; Z15 problemen met verlies of dood van partner.

† Z16 problemen met kind (geweld); Z17 gedragsproblemen met kind; Z18 problemen met zieke kind; Z19 problemen met verlies of dood van kind.

‡ P15 chronisch alcoholmisbruik; P16 acut alcoholmisbruik; P17 tabaksmisbruik; P18 geneesmiddelenmisbruik; P 19 overig misbruik van stoffen.

Tabel 3 Contactredenen uit hoofdstuk P en Z (exclusief P64 en Z64) naar leeftijd en geslacht

		15-24		25-44		45-64		65-74		≥75		
		(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
P	psychische problemen (totaal) n=6879	V	157	40	329	82	422	98	431	80	564	83
		M	110	38	314	100	332	87	224	49	405	65
Z	sociale problemen (totaal) n=3414	V	88	23	155	39	217	50	250	47	293	43
		M	59	21	128	41	170	45	134	35	218	35

(1) per 1000 actieve patiënten; (2) per 1000 contacten.

met een geringer aantal contactredenen uit deze hoofdstukken.

Initiatief huisarts en sekse

Tabel 4 laat zien dat huisartsen per 1000 actieve patiënten bij mannen in praktisch

alle leeftijdsklassen ongeveer even vaak als bij vrouwen (en soms zelfs vaker) het initiatief nemen om een nieuw of bekend probleem uit hoofdstuk P (psychisch) aan de orde te stellen. Per 1000 contacten worden bestaande psychische problemen bij

mannen in de meeste leeftijdsklassen duidelijk vaker door een initiatief van de huisarts 'vervolgd' dan bij vrouwen het geval is. Opnieuw blijken de gegevens voor oudere mannen sterk af te wijken: in de leeftijdsklasse 65-74 jaar worden mannen dui-

Tabel 4 Initiatief van de huisarts om een (oud of nieuw) probleem aan de orde te stellen; gegevens naar leeftijd en geslacht van de patiënt

			15-24		25-44		45-64		65-74		≥75	
			(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
P64	nieuw psychisch probleem	V	6	1	11	3	13	3	13	2	11	2
	n=245	M	5	2	10	3	17	5	12	2	12	2
P64	oud psychisch probleem	V	15	4	46	11	71	16	93	17	88	13
	n=1171	M	14	5	65	21	68	18	22	5	69	11
Z64	nieuw sociaal probleem	V	10	2	12	3	15	3	18	3	26	4
	n=261	M	5	2	7	2	12	3	17	4	36	6
Z64	oud sociaal probleem	V	8	2	17	4	33	8	43	8	45	7
	n=439	M	4	2	10	3	30	8	16	3	46	7

(1) per 1000 actieve patiënten; (2) per 1000 contacten.

Tabel 5a Top-10 episoden waarvan de huisarts het initiatief nam om de episode te starten (P64); betreft alle leeftijdsgroepen

Mannen (n=120)	N	%	Vrouwen (n=161)	N	%
P17 Tabaksmisbruik	31	24,2	P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	25	14,0
P15 Chronisch alcoholmisbruik	15	11,7	P17 Tabaksmisbruik	18	10,1
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	12	9,4	P76 Depressie	17	9,6
P02 Crisis, voorbijgaande stressreactie	10	7,8	P02 Crisis, voorbijgaande stressreactie	14	7,9
P76 Depressie	7	5,5	P03 Down, depressief gevoel	11	6,2
P03 Down, depressief gevoel	5	3,9	P75 Hysterie/hypochondrie	10	5,6
P09 Hypochondrisch gevoel	4	3,1	P11 Hyperventilatie	5	2,8
P11 Hyperventilatie	4	3,1	P24 Levensfaseprobleem volwassene	5	2,8
P75 Hysterie/hypochondrie	4	3,1	P15 Chronisch alcoholmisbruik	4	2,2
P14 Ov. psychische symptomen/klachten	3	2,3	P73 Andere/niet gespec. psychose	4	2,2
Totaal top 10	95	74,2	Totaal top 10	113	63,5

Tabel 5b Top-10 bekende ('oude') episoden waarvan de huisarts het initiatief nam deze aan de orde te stellen tijdens een contact waarvoor de patiënt een andere contactreden had; betreft alle leeftijdsgroepen

Mannen (n=550)	N	%	Vrouwen (n=856)	N	%
P15 Chronisch alcoholmisbruik	66	11,6	P76 Depressie	172	19,2
P18 Geneesmiddelenmisbruik	64	11,3	P03 Down/depressief gevoel	72	8,1
P76 Depressie	59	10,4	P72 Affectieve psychose	71	7,9
P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie	46	8,1	P73 Andere/niet gespec. psychose	71	7,9
P70 Organische psychosen	46	8,1	P02 Crisis/voorbijgaande stressreactie	62	6,9
P17 Tabaksmisbruik	39	6,9	P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	60	6,7
P73 Andere/niet gespec. psychose	32	5,6	P15 Chronisch alcoholmisbruik	38	4,3
P01 Angstig/nerveus/gespannen gevoel	24	4,2	P70 Organische psychose	34	3,8
P03 Down/depressief gevoel	22	3,9	P71 Schizofrenie, alle vormen	32	3,6
P11 Hyperventilatie	19	3,3	P75 Hysterie/hypochondrie	31	3,5
Totaal top 10	417	73,4	Totaal top 10	643	71,9

delijk 'onderbedeeld', terwijl het aantal initiatieven van de huisarts bij mannen in de oudste groep weer veel hoger ligt.

In hoofdstuk Z liggen de zaken enigszins anders. Per 1000 actieve patiënten vindt zo'n initiatief duidelijk vaker plaats bij vrouwen; per 1000 contacten zijn de verschillen echter praktisch tot nul gereduceerd. Opnieuw wijkt het beeld in de leeftijdsklasse 65-74 af: bij mannen vinden daar veel minder initiatieven plaats om een sociaal probleem te vervolgen.

Er zijn duidelijk seksegebonden verschillen in de top-10 van de episoden in hoofdstuk P (psychisch) die de huisartsen op hun initiatief starten c.q. vervolgen (tabel 5a en 5b). Bij mannen staat misbruik (alcohol, tabak, drugs) op de voorgrond (36 procent bij de start, 30 procent tijdens het vervolg tegen respectievelijk 12 en 4 procent van de initiatieven bij vrouwen), en worden relatief veel symp-

toomdiagnosen gestart; tijdens het vervolg van de episode gaat het bij vrouwen in hoofdzaak om 'echte' psychiatrische aandoeningen (46 procent van de initiatieven, tegen 24 bij de mannen).

Beleid en sekse

In tabel 6 valt om te beginnen op dat huisartsen in het contact met patiënten met psychische en sociale problemen aanzienlijk minder vaak medicamenten voorschrijven dan dat ze een adviserend of counselend gesprek voeren. De overmaat van vrouwen bij het krijgen van medicatie voor een psychisch probleem per 1000 actieve patiënten verkeert goeddeels in het tegendeel bij beschouwing van de cijfers per 1000 contacten: in de twee laagste leeftijdscategorieën krijgen mannen per contact vaker medicatie; daarentegen krijgen oudere vrouwen duidelijk vaker een recept dan mannen.

Het beeld van verzoeken om medicatie (tabel 7) sluit hier goed bij aan: mannen in de leeftijdsklassen 14-24 en 25-44 jaar, en vrouwen in de leeftijdsklassen 45-74 jaar vragen vaker om medicijnen. Duidelijk is dat de expliciete vraag van de patiënt hierbij dus van groot belang is. Uit het Transitieproject blijkt dat een verzoek om medicatie in hoofdstuk P (psychisch) praktisch altijd wordt gehonoreerd: in alle leeftijd/geslachtsgroepen gebeurt dat steeds in rond de 96 procent van de gevallen; als de huisarts iets voorschrijft uit hoofdstuk P (psychisch), is dat echter slechts in circa 45 procent van de gevallen gekoppeld aan het verzoek van de patiënt.

Medicatie naar aanleiding van een sociaal probleem komt, evenals het verzoek ervoor, niet veel voor. Bij oudere vrouwen wordt vaker voorgeschreven dan bij mannen, en de relatie met het verzoek om een

Tabel 6 Medicatie en advies/counseling als interventies bij psychische en sociale problemen naar leeftijd en geslacht

			15-24		25-44		45-64		65-74		≥75	
			(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
P50	medicatie P n=4079	V	60	15	162	41	281	65	309	58	314	46
		M	52	18	202	64	195	51	154	33	201	32
Z50	medicatie Z n=228	V	5	1	10	2	20	5	19	3	24	3
		M	-	-	7	2	9	2	6	1	13	2
P45/58	advies/counseling P n=6306	V	159	40	330	83	348	80	364	68	419	61
		M	102	36	292	92	317	83	164	35	297	48
Z45/58	advies/counseling Z n=4816	V	129	32	230	58	303	70	348	65	412	60
		M	81	28	175	55	239	63	174	38	315	50

(1) per 1000 actieve patiënten; (2) per 1000 contacten.

Tabel 7 Verzoeken om interventies in hoofdstuk P en Z van patiënten naar leeftijd en geslacht

			15-24		25-44		45-64		65-74		≥75	
			(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
P50	verzoek om medicatie P n=2036	V	22	6	81	20	137	32	152	28	132	19
		M	33	12	115	37	94	25	65	14	95	15
Z50	verzoek om medicatie Z n=27	V	1	-	1	-	3	1	1	-	3	-
		M	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-
P45/58	verzoek advies/counseling n=368	V	7	2	21	5	21	5	9	2	7	1
		M	8	3	20	6	24	6	4	1	5	1
Z45/58	verzoek om advies/counseling n=378	V	10	2	25	6	23	5	22	4	13	2
		M	5	2	14	4	15	4	5	1	12	2

(1): per 1000 actieve patiënten; (2): per 1000 contacten

recept is hier minder duidelijk, ook al gezien het zeer kleine aantal.

Om een adviserend of counsellend gesprek wordt maar weinig gevraagd; op contactbasis vragen mannen er vaker om bij psychische problemen, en vrouwen bij sociale problemen (tabel 7). Duidelijk is (tabel 6) dat huisartsen hoofdzakelijk uit zichzelf adviseren en counsellen: het gebeurt voor psychische en sociale problemen 13.356 maal, terwijl er nog geen 1000 keer om gevraagd is.

De verdelingen van de interventies adviseren en counsellen over de leeftijd/geslachtsgroepen vertonen het bekende patroon: per 1000 actieve patiënten is er een grote overmaat bij vrouwen; per 1000 contacten zijn de verschillen gering, en komt de interventie voor een psychisch probleem bij mannen van 25-64 jaar vaker voor. Weer valt op hoezeer de huisarts een afwijkend beleid lijkt te voeren bij mannen van 65-74 jaar: er wordt in deze groep relatief weinig geadviseerd en gecounsellend, terwijl de cijfers voor de oudste groep mannen weer veel hoger liggen.

Beschouwing

In dit artikel hebben we een poging ondernomen aan de hand van gegevens uit het Transitieproject inzicht te krijgen in de mate waarin huisartsen op het terrein van psychische en sociale problemen in de omgang met mannen en vrouwen een verschillende gedragslijn aan de dag leggen.

Vrouwen presenteren per 1000 actieve patiënten aanzienlijk meer psychische en sociale problemen dan mannen en ze krijgen dan ook meer diagnoses. De verschillen tussen de seksen worden echter zowel bij contactredenen als diagnoses sterk ingelopen bij een berekening per 1000 contacten. In die berekeningswijze hebben mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep 25-44 evenveel diagnoses in hoofdstuk Z (sociaal) en hebben mannen zelfs meer contactredenen en episoden uit hoofdstuk P (psychisch). Het aantal diagnoses dat de huisarts per contact stelt, is sterk gedifferentieerd naar leeftijdsklasse: de verschillen tussen de leeftijdsklassen zijn veelal groter dan de verschillen tussen de seksen

binnen de afzonderlijke leeftijdsklassen. Opvallend is het grote verschil tussen de seksen in de leeftijdsklasse 65-74 jaar in beide hoofdstukken, zowel voor de contactredenen als de episoden. In de hoogste leeftijdsklasse is dat verschil weer veel kleiner. Er lijkt bij de leeftijd van 75 jaar een soort 'omslagpunt' te liggen.

De relatie tussen het aantal contactredenen en diagnoses laat op het terrein van hoofdstuk P (psychisch) geen noemenswaardige seksegebonden verschillen zien; bij beide seksen zijn er meer episoden dan contactredenen. Dat betekent dat het relatief lage aantal episoden bij mannen vrijwel rechtstreeks kan worden verklaard uit het evenzeer geringe aantal contactredenen. In hoofdstuk Z (sociaal) worden bij vrouwen in relatie tot het aantal geregistreerde contactredenen uit hoofdstuk Z (sociaal) meer episoden gediagnostiseerd, maar de verschillen zijn niet groot. Het feit dat ongeveer 20 procent van de contactredenen uit hoofdstuk P (psychisch) leiden tot een diagnose in hoofdstuk Z (sociaal), zou hier een rol kunnen spelen.

Al met al geven met name de gegevens per 1000 contacten weinig aanleiding tot de conclusie dat huisartsen er erg toe neigen bij vrouwen meer of eerder te denken aan psychische of sociale problemen dan bij mannen. Overigens moet daarbij aangetekend worden dat bij vrouwen per contact iets meer (6 à 7 procent) episoden aan de orde komen.

Vrouwen lijden, ongeacht de berekeningswijze, vaker aan stress, nervositeit, depressief gevoel, angststoornis en depressie, een gegeven dat in overeenstemming is met bevindingen uit de literatuur.^{1 5745} Duidelijke sekseverschillen werden ook gevonden bij werkproblemen en het cluster misbruik/verslaving (een overmaat bij mannen), en de clusters problemen met partners en met kinderen (een overmaat bij vrouwen). Dat mannen meer problemen met verslaving en misbruik hebben, is al vaker vastgesteld.² Verder verricht een veel grotere proportie mannen dan vrouwen betaalde arbeid, en bijgevolg lopen mannen ook meer kans op dat terrein problemen te ondervinden.⁴⁶ Ook de over-

maat bij vrouwen aan 'problemen met partners en kinderen' is geen verrassing.⁴⁷ Wel verrassend is dat bij mannen boven de 75 jaar opnieuw iets blijkt van een 'omslagpunt': in deze leeftijdsgroep hebben zij – duidelijk in tegenstelling tot de situatie in alle andere leeftijdsklassen – aanzienlijk meer partnerproblemen dan vrouwen. Daarbij gaat het vooral om de episoden Z14 en Z15 (problemen met ziekte en dood van de partner).

Wat betreft initiatieven van de huisarts om psychische en sociale problemen aan de orde te stellen, valt in de eerste plaats op dat huisartsen veel vaker een oude episode tijdens een vervolcontact aan de orde stellen dan dat zij een nieuwe episode 'creëren'. In de tweede plaats laten de cijfers zien dat er geen sprake van is dat dit soort initiatieven bij vrouwen vaker plaatsvinden dan bij mannen, integendeel. Bij sociale problemen zijn er per 1000 contacten praktisch geen verschillen tussen de seksen, maar bij psychische problemen zijn huisartsen op dit punt actiever bij mannen dan bij vrouwen, vooral in het vervolgen van een episode, behalve in de leeftijdsgroep 64-75 jaar. Deze grote activiteit in het vervolgen van episoden is goed te verklaren uit de episoden waarom het gaat: in hoofdstuk P (psychisch) zijn dat bij mannen vooral misbruik/verslaving en bij vrouwen vooral psychiatrische stoornissen.

Mannen van 65-74 jaar lijken er op het punt van psychosociale aandacht van de huisarts bekaaid van af te komen. Door de duidelijke relatie tussen de aantallen contactredenen en episoden kan dat niet zonder meer aan het gedrag van de huisarts worden toegeschreven. Huisartsen nemen echter bij deze groep wel degelijk minder initiatieven om zulke episoden te starten of te vervolgen. Wat daarvan de achtergrond is, en hoe het te verklaren is dat dit verschijnsel zich bij mannen boven de 75 jaar niet voordoet, is onduidelijk, en vraagt om nader onderzoek.

Tenslotte zou seksegebonden bias bij de huisarts zich kunnen uiten in verschillen in interventies. In ons onderzoek is in de

eerste plaats gebleken dat huisartsen in alle leeftijd/geslachtsgroepen praktisch altijd een verzoek om medicatie in hoofdstuk P (psychisch) honoreren. Zonder in te gaan op de vraag of dat nu al of niet 'goed' is, stellen we vast dat zich op dat punt geen verschil in behandeling voordoet tussen mannen en vrouwen. Verder blijkt dat jongere mannen (15-24 en vooral 25-44 jaar) per 1000 contacten vaker medicatie in hoofdstuk P (psychisch) krijgen dan vrouwen, in tegenstelling tot de situatie in de oudere leeftijdsgroepen. De relatie met het verzoek van de patiënt blijkt duidelijk: jongere mannen (15-44 jaar) vragen er per 1000 contacten veel vaker om dan vrouwen, terwijl dat in de oudere leeftijdsgroepen juist andersom ligt. De contactreden van de patiënt blijkt op dit punt dus een sterk sturende (zij het zeker niet alles verklarende) invloed op het gedrag van de huisarts te hebben. De in de literatuur nogal eens vermelde suggestie dat met name oudere vrouwen onder meer vaker medicatie in hoofdstuk P (psychisch) krijgen omdat ze er zelf om vragen, lijkt daarmee gesteund.^{42 43}

Overigens moet bij dit alles worden aangetekend dat de beschikbare cijfers geen informatie geven over wát er is voorgescreven, en ook niet over de hoeveelheid en de dosering. Het is dus op zichzelf mogelijk dat vrouwen weliswaar niet vaker iets krijgen voorgescreven maar wel meer per keer.

Huisartsen adviseren en counsellen bij psychische en sociale problematiek veel vaker dan ze voorschrijven, en het verzoek daartoe van de patiënt speelt veel minder een rol. Advies/counseling vindt per 1000 contacten bij vrouwen iets vaker plaats bij sociale problemen, en bij mannen iets vaker bij psychische problemen. De verschillen zijn – opnieuw met uitzondering van de leeftijdsklasse 65-74, waarin met mannen opvallend weinig adviserend of counselend wordt gepraat – niet erg groot, en lijken niet te wijzen op een structurele seksegebonden bias in de hier bedoelde zin.

Misschien hadden de (vooral Noordamerikaanse) auteurs die in de zeventiger jaren

klaagden over 'bias' van (huis)artsen in de zin dat ze bij vrouwen per definitie sneller neigen tot de opvatting dat het 'wel psychisch' zal zijn, daar en toen gelijk. Aan de hand van recente Nederlandse gegevens uit een complete morbiditeitsregistratie hebben wij geen duidelijke aanwijzingen voor een dergelijke vooringenomenheid gevonden.

Much ado about a small, but interesting thing.

Literatuur

- Nathanson CA. Illness and the feminine role: A theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9: 57-62.
- Vereijken I, Bauduin D. Sociale klasse, sekse en psychische problemen. Een verkennend onderzoek op het terrein van de psychiatrische epidemiologie. Utrecht: Nederlands centrum geestelijke volksgezondheid, 1992.
- Lamberts H, Wood M. ICPC. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Aneshensel CS, Pearlin LI. Structural contexts of sex differences in stress. In: Barnett RC, ed. *Gender and Stress. Part II – Social Roles: 75-95*. New York: Free Press, 1987.
- Wethington E, McLeod JD, Kessler RC. The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress. In: Barnett RC, ed. *Gender and stress. Part II: Social roles: 144-56*. New York: Free Press, 1987.
- Al-Issa I. Gender and adult psychopathology. In: Al-Issa I, ed. *Gender and psychopathology*. New York: Academic Press, 1982.
- Belle D. The stress of caring. Women as providers of social support. In: Goldberger L, Breznitz S, eds. *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, 1982.
- Robins LN, Helzer JE, Weisman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 949-58.
- Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1994.
- Lamberts H, Oskam SK, Hofmans-Okkes IM, et al. Episodegegevens uit het Transitieproject op diskette. De gebruiksmogelijkheden van 'Trans'. *Huisarts Wet* 1994; 37: 421-6.
- Gove WR. Sex differences in mental illness among adult men and women. An evaluation of four questions raised regarding the evidence of higher rates of women. *Soc Sci Med* 1978; 12: 187-98.
- Gove WR, Tudor J. Adult sex roles and mental illness. *Am J Sociol* 1973; 78: 812-35.
- Kessler RC, McLeod JD. Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *Am Sociol Rev* 1984; 49: 620-31.
- Radloff LS, Rae DS. Susceptibility and precipitating factors to depression: sex differences and similarities. *J Abn Psych* 1979; 88: 174-81.
- Cleary PD, Mechanic D. Sex differences in psychological distress among married people. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 111-21.
- Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. *Soc Sci Med* 1993; 36: 393-402.
- Jenkins R. Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine* 1985; 15: Monograph supplement 7.
- De Bakker DH, Claessens AAMC, Van der Velden J. Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie. Utrecht: Nivel, 1992.
- Kessler RC. Methodological issues in the study of psychosocial stress. In: Kaplan HB, ed. *Psychosocial stress: trends in theory and research*. New York: Academic Press, 1983.
- Wallerstein J, Kelly J. *Surviving the breakup*. New York: Basic Books, 1980.
- Stroebe MS, Stroebe W. Who suffers more? Sex differences in health risk of the widowed. *Psychological Bulletin* 1983; 93: 270-301.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend B. Sex differences in psychiatric disorders. *Am J Sociol* 1976; 81: 1447-54.
- Briscoe ME. Proxy responses in health surveys: a methodological issue. *Sociol Health Illness* 1984; 6: 359-65.
- Briscoe ME. Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultations. *Soc Sci Med* 1987; 25: 507-13.
- Verbrugge L. Sex differences in morbidity and mortality in the United States. *Soc Biol* 1977; 23: 275-96.
- Kandrack M-A, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.
- Gove WR, Hughes M. Possible causes of the apparent sex differences in physical

- health: an empirical investigation. *Am Sociol Rev* 1979; 44: 126-46.
- 28 Van Alphen IC. Seksespecifiek taalgedrag. Aard, oorzaken en gevolgen. In: *Als u begrijpt wat ik bedoel. Congresbundel KNMG-congres 1994*. Utrecht: KNMG, 1995.
- 29 Van der Geest T. Sexe-specifiek taalgebruik in gesprekken van de grote visite: de inbreng van de patiënt(e). In: *Als u begrijpt wat ik bedoel. Congresbundel KNMG-congres 1994*. Utrecht: KNMG, 1995.
- 30 Davis K. Power under the microscope. Toward a grounded theory of gender relations. Dordrecht: Foris, 1988.
- 31 Lennane KJ, Lennane RJ. Alleged psychogenic disorders in women – a possible manifestation of sexual prejudice. *N Engl J Med* 1973; 288: 288-92.
- 32 Howell MC. What medical schools teach about women. *N Engl J Med* 1974; 289: 304-7.
- 33 Wallen J. Physician stereotypes about female health and illness: a study of patient's sex and the informative process during medical interviews. *Women and Health* 1979; 4: 135-46.
- 34 Redman S, Webb GR, Hennrikus DJ, et al. The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *J Behav Med* 1991; 14: 527-40.
- 35 Bernstein B, Kane R. Physicians' attitudes towards female patients. *Med Care* 1981; 29: 600-8.
- 36 Armitage KJ, Schneidermann LJ, Bass RA. Response of physicians to medical complaints in men and women. *JAMA* 1979; 241: 2186-90.
- 37 Colameco S, Becker LA, Simpson M. Sex bias in the assessment of patient complaints. *J Fam Pract* 1983; 16: 1117-21.
- 38 McCranie EW, Horowitz AJ, Martin RM. Alleged sex-role stereotyping in the assessment of women's physical complaints: a study of general practitioners. *Soc Sci Med* 1978; 12: 111-6.
- 39 Cleary PD, Burns BJ, Nycz GR. The identification of psychiatric illness by primary care physicians: the effect of patient gender. *J Gen Intern Med* 1990; 5: 355-60.
- 40 Cafferata GL, Kasper J, Bernstein A. Family roles, structure, and stressors in relation to sex differences in obtaining psychotropic drugs. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 132-43.
- 41 Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care* 1989; 27: 478-90.
- 42 Verbrugge LM, Steiner RP. Physician treatment of men and women patients. Sex bias or appropriate care? *Med Care* 1981; 29: 609-32.
- 43 Verbrugge LM, Steiner RP. How physicians treat mentally distressed men and women. *Soc Sci Med* 1984; 18: 1-9.
- 44 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The classification of psychological and social problems in general practice. 2. The impact of the patient's perspective. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 14-20.
- 45 Mechanic D. Sex, illness, illness behavior, and the use of health services. *Soc Sci Med* 1978; 12: 207-14.
- 46 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch jaarboek 1995*. 's-Gravenhage: Sdu, 1995.
- 47 Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor physical morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32