



## Gender, gelijkheid en geneeskunde

Deze beschouwing is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.), pagina 486 (Sylvie Lo Fo Wong) en pagina 490 (Anne-Marie Giesen et al.).

### Samenvatting

Lagro-Janssen T. *Gender, gelijkheid en geneeskunde*. *Huisarts Wet* 2014;57(9):452-6.

In deze beschouwing toon ik de meerwaarde aan die het genderperspectief biedt aan zorg, wetenschappelijk onderzoek en medisch onderwijs. Ik wijs op de tekortkomingen die schuilen in een louter biologische benadering van sekseverschillen. Een biopsychosociale denkwijze, zoals gangbaar in de huisartsgeneeskunde, en een *personalized medicine* kunnen hun voordeel doen met de verworvenheden vanuit de gendersensitieve geneeskunde. Tot slot laat ik zien hoeveel gender en gelijkheid in de geneeskunde met elkaar te maken hebben. Toepassing van gendersensitieve kennis heeft het meisje uit de casus die ik beschrijf gelijke kansen geboden op de juiste zorg. Gegevens uit gendersensitief onderzoek wijzen erop hoe belangrijk het is om te streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten. Gelijke uitkomsten kunnen juist nopen tot een ongelijke behandeling voor vrouwen en mannen. Bovendien bepalen attitude en bejegening of de zorg toegankelijk is voor alle vrouwen, ook voor kwetsbare, gemarginaliseerde groepen vrouwen in onze samenleving. Het doel van een gendersensitieve geneeskunde is om de medische zorg aan vrouwen en mannen te verbeteren. Deze vorm van patiëntenzorg is ook een bron van inspiratie voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.

Sanne, zeventien jaar, havo-leerling, zit samen met haar moeder wat bozig voor me. Het gaat niet goed. Moeder en dochter hebben vaak ruzie en voelen zich daar niet gelukkig bij. Moeder zegt dat Sanne niet luistert, dat ze liegt en een grote mond heeft, ook op school. Haar schoolprestaties zijn slecht, opdrachten heeft ze nooit op tijd klaar, ze is ongemotiveerd, praat veel, is snel afgeleid en lijkt de hele boel aan haar laars te lappen. En nu wil ze al een week niet meer naar school. Sanne zelf vertelt dat ze moe is en geregeld last heeft van hoofdpijn. Ze voelt zich ook nerveus door 'alle gedoe'. Moeder weet niet wat te doen.

Ik ken Sanne al sinds ze een jong kind was als een drukpratend, fantasierijk meisje, dat snel afgeleid is en altijd in is voor iets spannends. Ze is de jongste uit een gezin van vier kinderen, een leuke, goed verzorgde, jonge vrouw, die er volwassener uitziet dan haar zeventien jaar. Ze is gezond, gebruikt als anticonceptiemiddel de pil, en ook geregeld paracetamol. Ze rookt niet, blowt in het weekend en gebruikt, soms fors, alcohol, alleen als ze gaat 'stappen'.

### DE ZORG

Als we kijken naar de tien meestgenoemde klachten van jonge vrouwen en mannen, ervaren in de afgelopen veertien dagen, dan worden verschillen zichtbaar [tabel 1]. Sanne deelt haar moeheid en hoofdpijn met vele andere vrouwen en één op de vier jonge vrouwen heeft zich in de laatste twee weken nerveus of gespannen gevoeld. Jongeren komen niet snel met deze klachten op het spreekuur van de huisarts. De vragen waarmee jonge vrouwen bij de huisarts komen, betreffen voornamelijk anticonceptie, urineweginfecties, pijnlijke menstruatie of klachten van vaginale afscheiding [tabel 2]. Jonge mannen bezoeken de huisarts minder vaak en komen dan vooral met (sport)ongevallen en klachten van het bewegingsapparaat.

Aard en voorkomen van alledaagse ziekten, chronische aandoeningen, klachtpresentatie, ervaren gezondheid, hulpvraaggedrag en medicijngebruik zijn voor vrouwen en mannen duidelijk verschillend.

Sanne is echter ook een voorbeeld van sekseverschillen in uitingsvormen van aandoeningen. Toen ze de keer daarna op mijn verzoek en met instemming van haar moeder alleen op het spreekuur kwam, kreeg ik het volgende verhaal te horen.

Sanne is twee jaar geleden door een oudere vriend van haar vriendje verkracht. Ze heeft er nooit iets over verteld, niet aan haar ouders, noch aan haar vriendje, bang om afgewezen te worden. Ze heeft ook gezwegen omdat ze zich schuldig voelde en zich ervoor schaamde dat het haar was overkomen. Ze had de situatie helemaal verkeerd ingeschat en volgens de 'dader' had ze het zelf uitgelokt. Bovendien had ze veel gedronken. Ze heeft geen aangifte bij de politie gedaan en wilde het voorval zo snel mogelijk vergeten. Met het vriendje van toen is het trouwens snel uitgegaan, maar ze ziet hem nog wel af en toe. Op school heeft ze veel moeite om mee te komen, ze begrijpt de lesstof niet en durft niet om uitleg te vragen. De ervaring dat veel dingen haar niet lukken, veroorzaakt negatieve gedachten over haarzelf als laks, lui, dom en naïef. Daar word je niet vrolijk van... Aan het einde van het consult vertelt ze ineens dat ze, inmiddels gestopt met de pil, onveilige seks heeft gehad met haar ex-vriendje en dat ze zwanger is. Ze wil een abortus. Dat wil ze niet aan moeder vertellen. Die staat op het punt om met haar vader op vakantie te gaan en ze wil de vakantie niet voor haar moeder verpesten. Ze vertelt het wel aan haar peettante en uiteindelijk ook aan haar moeder. Een abortus volgt. Gelukkig wil ze verwezen worden naar de psycholoog in ons team. Deze komt tot de conclusie dat er, naast de traumatisatie, de verkrachting, ook sprake is van een niet-onderkende aandachtstekortstoornis, adhd. Ze beschikt over voldoende cognitieve vermogens en is ook voldoende in staat zich in anderen te verplaatsen. De psychiater bevestigt de diagnose adhd. Met educatie en begeleiding van Sanne, haar ouders en haar school, knapt ze, zonder medicatie, geweldig op.

### SEKSEVERSCHILLEN IN SYMPTOMEN

Deze casus komt uit de psychiatrie, waar ontwikkelingsstoornissen bij meisjes vaak niet worden herkend, omdat de uitingsvorm van die ontwikkelingsstoornis, adhd, op gedragsniveau voor mannen en vrouwen anders is.<sup>3</sup> Mannen

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen • Correspondentie: Toine.Lagro@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Deze beschouwing is een verkorte versie van de afscheidsrede van prof.dr. Lagro-Janssen, 'Gender, gelijkheid en geneeskunde'.

**Tabel 1** De meestvoorkomende klachten met significante vrouw-manverschillen (18-22 jaar), ervaren in de afgelopen twee weken; in percentages<sup>1</sup>

Klacht	Vrouwen	Mannen
Moeheid	59,6	38,4
Hoofdpijn	59,6	35,1
Slapeloosheid	29,6	18,7
Pijn in nek/schouders	26,3	13,4
Buikkrampen, buikpijn	24,6	8,2
Nerveus, gespannen, angstig	24,2	12,7
Duizeligheid	21,2	8,6
Pijn laag in rug	20,5	12,3
Snel boos, geïrriteerd	19,9	12,3
Misselijkheid	18,9	6,3

vertonen bij problemen, ook als deze de gezondheid betreffen, meer externaliserend gedrag, dat wil zeggen dat mannen de oorzaak van hun problemen meer buiten zichzelf leggen: de baas neemt verkeerde beslissingen, de vrouw geeft onvoldoende aandacht en de kinderen luisteren ook al niet meer. Vrouwen laten een meer internaliserend gedrag zien: ze zoeken de oorzaak van een probleem eerder bij zichzelf. Schaamte en schuld zijn hun deel.<sup>4</sup>

De symptomen van adhd – aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit – worden bij meisjes eerder gemist, omdat ze op gedragsniveau minder storend zijn: leerachterstand verstoort de orde in de klas niet en wijst niet direct in de richting van een ontwikkelingsstoornis. Niet de impulsiviteit op zich alarmeert bij meisjes, maar de gevolgen van hun impulsieve gedrag, zoals het zich onnadenkend in hachelijke situaties begeven, met als gevolg ongewenste zwangerschap, mishandeling en seksueel misbruik. Het zijn deze gevolgen die zorgen baren en tot consultatie leiden.<sup>5</sup>

Kortom, de uitingsvormen verschillen tussen jongens en meisjes, maar de onderliggende mechanismen zijn in dit geval gelijk. Dit leidt ertoe dat bij meisjes ontwikkelingsstoornissen worden gemist, zoals bij jongens mogelijk depressies.

De casus van Sanne illustreert ook het belang van kennis over het veelvuldig voorkomen van ongewenste seksuele contacten bij (jonge) vrouwen. Grensoverschrijdend gedrag, ongewenste seks, verkrachting, systematisch seksueel misbruik: het is voor sommige adolescenten dagelijkse realiteit. Ik geef u enkele cijfers over vrouwen jonger dan 25 jaar. Eén op de 3 vrouwen is wel eens tegen haar wil aangeraakt, 1 op de 5 tegen haar wil gezoend, en 1 op de 6 vrouwen geeft aan wel eens gedwongen te zijn seksuele handelingen te verrichten die ze niet wilde.<sup>6</sup>

Concluderend: bij Sanne heeft toepassing van seksespecifieke kennis tot betere zorg geleid. Deze kennis biedt Sanne dezelfde kans op een juiste behandeling als een jongeman. Seksespecifieke kennis is een voorwaarde voor een gelijke toegang tot de juiste zorg.

## DE THEORIE

Het begrip *seks* verwijst naar het geheel van biologische, dat wil zeggen chromosomale en hormonale, eigenschappen van de mens. Deze bepalen of iemand vrouw dan wel man is. Een van de belangrijkste boodschappen van de seksespecifieke geneeskunde is dat elke lichaamscel een geslacht heeft.<sup>7</sup> Vrouwen hebben twee X-chromosomen, terwijl mannen een X- en een Y-chromosoom hebben. Vrouwelijke cellen hebben dus tweemaal zoveel kopieën van X-chromosomale genen als mannen. Het X- en het Y-chromosoom verschillen enorm in het aantal genen. Het X-chromosoom is groot en bevat meer dan 1000 genen. Deze genen coderen voor eiwitten die van belang zijn voor bijna al onze lichaamsfuncties. Het Y-chromosoom is klein en bevat minder dan 100 genen. Genen op het X-chromosoom dragen aanzienlijk bij aan het verschil in gevoeligheid voor ziekten tussen mannen en vrouwen. Dit wordt vooral duidelijk bij de geslachtsgebonden erfelijke ziekten: mannen zijn gevoelig voor mutaties in hun enkele kopie van X-gebonden genen, terwijl vrouwen ten gevolge van de zogenaamde X-inactivatie meestal, maar niet altijd, beschermd zijn tegen de ernstige klinische manifestaties van mutaties in X-gebonden genen.

Binnen de genetica wordt het steeds duidelijker dat epigenetische processen een belangrijke rol spelen bij de seksespecifieke gevoeligheid voor ziekten. Deze processen veroorzaken veranderingen in de expressie van genen zonder dat er wijzigingen zijn in de dna-volgorde. Ze zetten genen aan en uit, bijvoorbeeld in antwoord op veranderingen in de omgeving of in de biologie.<sup>8</sup> Er worden steeds meer aanwijzingen gevonden voor de gedachte dat verschillen in genexpressie als gevolg van epigenetische regulatie in belangrijke mate bijdragen aan de fenotypische verschillen tussen mannen en vrouwen, zoals bij auto-immuunziekten en psychiatrische aandoeningen. De impact van seks op het genoom, dat is het DNA met de volledige informatie van een organisme, is dus veel groter dan men ooit dacht. Tot zover het begrip *seks*.

De term *gender* staat voor de psychische eigenschappen en gedragskenmerken die in een bepaalde cultuur worden toegeschreven aan vrouwen en mannen. Deze definiëren de gender-

### Abstract

Lagro-Janssen T. *Gender, equality, and medicine. Huisarts Wet* 2014;57(9):452-5.

This article highlights the importance of taking the gender perspective into account in healthcare, scientific research, and medical curricula. There are inherent shortcomings to considering gender differences solely from a biological perspective. Both personalized medicine and biopsychosocial treatment approaches, common in general practice, benefit from knowledge of gender-sensitive medicine. Moreover, gender and equality are interrelated in medicine. The application of gender-sensitive knowledge to the girl mentioned in the case history enabled health professionals to provide appropriate care. Data from gender-sensitive research confirm how important it is to keep pursuing equality in health outcomes. This may require unequal treatments for women and men. Moreover, our attitudes and approaches decide whether healthcare is actually accessible to all women, including the vulnerable, marginalized groups of women. The aim of gender-sensitive medicine is to improve medical care for both men and women. It is an important stimulus to research and education.

**Tabel 2** De meest gepresenteerde aandoeningen op het spreekuur van de huisarts per 1000 patiëntjaren bij vrouwen en mannen, 15-19 jaar<sup>2</sup>

Vrouwen		Mannen	
Anticonceptie	325	Contusie/hematoom	106
Nervositeit	117	Hooikoorts	57
Verkoudheid	99	Verkoudheid	48
Urineweginfecties	97	Acne vulgaris	48
Contusie/hematoom	87	Nervositeit	39
Acne vulgaris	81	Overige symptomen bewegingsapparaat	39
Dermatitis	66	Distorsie enkel	37
Dysmenorroe	61	Verwondingen	37
Wratten	47	Astma	35
Hooikoorts	45	Wratten	32
Overige symptomen van het bewegingsapparaat	43	Dermatitis	31
Vaginitis/candida	42	Eczeem	27
Conjunctivitis	40	Griep	25
Moe/malaise	40	Cerumen	21
Astma	38	Gedragstoornis	20

rollen. Omgeving, ervaringen en levensloop verschillen voor vrouwen en mannen, en worden door beide geslachten uiteenlopend gepercipieerd. Dat is wat we verstaan onder *gender*. Gender speelt, zo blijkt uit het voorafgaande, een directe en wezenlijke rol in de verandering van biologische eigenschappen.<sup>9</sup> Sekse speelt op haar beurt een directe rol in de wijze waarop iemand zichzelf ervaart, de zelfperceptie, en dus iemands gender.

Laten we als voorbeeld het mannenlichaam nemen. Een lichamelijke aspect van de mannelijke identiteit – een groot en sterk lichaam – draagt bij aan de mannelijke genderrol van het uitstralen van kracht. Op basis van mijn jarenlange ervaring als huisarts met vrouwelijke en mannelijke patiënten en hun lichamen ben ik tot het inzicht gekomen dat hun ‘lichamelijkheid’ mede door het genderverschil wordt bepaald, dat gender iets is wat geïncarneerd wordt. Voortbouwend op een biologisch sekseverschil verwerven we, worden we, gedurende ons leven een mannelijk of vrouwelijk lichaam. Onze levensgeschiedenis, ons sociale leven en onze genderidentiteit worden als het ware op onze lijven geschreven.

Momenteel is er binnen de medische wetenschappen een belangrijke reden om de term *seksespecifieke geneeskunde* te vervangen door *gendersensitieve geneeskunde*. De recente wetenschappelijke en publieke aandacht voor verschillen tussen man en vrouw reduceert deze tot louter biologische sekseverschillen en vergroot die biologische verschillen uit tot een onveranderlijke allesomvattende verklaringgrond voor man-vrouwverschillen in relatie tot ziekte en gezondheid.

Dit gebeurt ook bij de hersenen. Er bestaat geen eenvoudige één-op-éénrelatie tussen hersengebieden en mentale processen. De jonge menselijke hersenen bezitten een enorme plasticiteit en ontwikkelen zich in interactie met de omgeving. Eenmaal volwassen geworden, verschillen de hersenen van mannen dan ook van die van vrouwen, zowel wat structuur als wat chemie betreft. Deze verschillen zijn immers het

gevolg van sociale ervaringen en van de wisselwerking tussen hersenen en omgeving. Deze discussie is van meer dan alleen theoretisch belang. De term *seksespecifieke geneeskunde* doet anno 2013 te veel denken aan sekse als louter biologisch verschijnsel, met als gevolg dat vrouwegezonderheid tegenover mannengezonderheid komt te staan.<sup>10</sup> *Gendersensitieve geneeskunde* rekt ook de gezondheid van mannen expliciet tot onderwerp van haar onderzoek, juist vanwege de interactie tussen sociale genderrollen en gezondheid.

Wie gender als onderzoeksdomein in de geneeskunde definiëert, gaat als vanzelfsprekend uit van een biopsychosociaal ziekteconcept, dat naast de biologie de context en levensgeschiedenis van mensen en hun klachten centraal stelt. Binnen de huisartsengeneeskunde zijn de omgeving en levensloop van patiënten belangrijke diagnostische, prognostische en therapeutische waarden. Daarom sluit een gendersensitieve benadering goed aan bij het theoretisch uitgangspunt van de huisartsengeneeskunde.

Concluderend: gender is een veronachtzaamde factor in de ontwikkeling van het individu en in de ziekteleer. Wellicht is voor een beter begrip van ziekten met alle diversiteit in uitingvorm, beloop en behandeling een paradigmawisseling nodig die gender als derde component toevoegt aan het ziekteconcept, naast gen en omgeving.

### HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Welke nieuwe kennis levert het op als we in onderzoek apart naar vrouwen en mannen kijken? Ik geef een voorbeeld aan de hand van het onderzoek naar problemen van de bekkenbodemp.

#### Wat is het probleem?

Ten eerste worden klachten van de bekkenbodemp hoofdzakelijk onderzocht bij patiënten die naar de specialist verwezen zijn, en ten tweede gebeurt dat onderzoek hoofdzakelijk

bij vrouwen. De meeste mensen met urine-incontinentie (UI) presenteren hun klacht echter aan de huisarts en UI komt ook veel bij oudere mannen voor.

#### Hoe ziet gendersensitief onderzoek eruit?

We hebben in de eerste lijn onderzoek verricht onder mannen en vrouwen in een veel minder geselecteerde populatie dan die van de specialist.<sup>11-13</sup> Zodoende wordt duidelijk dat mannen veel sneller hulp vragen dan vrouwen en voor minder ernstige incontinentieklachten, omdat ze, meer dan vrouwen, de klachten psychisch als sterk invaliderend ervaren en als storend beschouwen voor hun dagelijks leven. Ook de angst voor verlies aan seksuele activiteit en voor prostaatkanker zijn voor mannen belangrijke redenen om naar de dokter te gaan. Vrouwen op hun beurt wachten langer met een bezoek aan de huisarts, omdat ze het meer vinden horen bij het ouder worden. Een andere bevinding is dat vrouwen buitenshuis vaak niet zittend plassen uit angst voor vieze wc-brillen, terwijl het hangen boven de wc mictieklachten in stand kan houden. Dat bij mannen ongewenste seksuele ervaringen in de voorgeschiedenis mogelijk een rol spelen bij mictieklachten is door het gendersensitieve perspectief een nieuwe onderzoeksvraag geworden.

#### Resultaat

Integratie van gender in onderzoek in een ongeselecteerde man-vrouwpopulatie levert nieuwe kennis op over de psychische impact, hinder en onrust die UI bij mannen veroorzaakt, en over de angst voor prostaatkanker. Dat noopt tot meer onderzoek naar UI bij mannen. Tot slot is er inzicht verkregen in de wijze waarop genderspecifiek gedrag (hangen boven het toilet) en levensgeschiedenis (misbruik) een rol kunnen spelen als risicofactoren voor het ontstaan van mictieklachten.

Concluderend: aandacht voor gender is een voorwaarde voor gelijkheid – niet in de zin van gelijke behandeling, maar in termen van gelijke resultaten van behandeling. Soms is een ongelijke behandeling voor mannen en vrouwen nodig om een gelijke kans op gezondheid te realiseren. De mening van mannelijke huisartsen dat vrouwen het geweld zelf kunnen uitlokken, beïnvloedt hun houding, wat slachtoffers van geweld ervan kan weerhouden om de dokter openlijk over hun situatie te vertellen.<sup>14</sup>

Vooraf kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals interviews en focusgroepen, geven een goed inzicht in wat patiënten of hulpverleners ervaren, denken, verwachten en willen. Ze zijn voor een gendersensitief onderzoek onmiskenbaar van groot belang.

### HET ONDERWIJS

Twee kwesties wil ik vanuit mijn ervaringen als docent toelichten: de valkuil van het principe van het neutrale lichaam en de tegendraadse praktijk.

#### De valkuil van het principe van het neutrale lichaam

Het onderwijzen van gendersensitieve geneeskunde is onderdicht geven over verandering, vernieuwing, innovatie. Veel

artsen of aanstaande artsen zijn zich óf niet bewust van het bestaan van sekseverschillen anders dan hormonale verschillen, óf zien niet dat sekseverschillen de gezondheid van hun patiënten beïnvloeden. In de dagelijkse praktijk passen ze toe wat ze eerder hebben geleerd en dat is het diagnosticeren en behandelen van uniforme lichamen. In medische leerboeken, dat hebben we onderzocht, is kennis over verschillen tussen mannen en vrouwen schaars.<sup>15</sup> Het diepgewortelde dominante idee is namelijk dat het in de geneeskunde gaat over mensen, niet over mannen of vrouwen. Neutraliteit suggereert ondermeer objectiviteit. Het principe van het uniforme, neutrale en tevens objectief te kennen lichaam kent drie gebreken: genderblindheid, genderbias en androcentrisme.<sup>16</sup>

Het niet onderkennen of erkennen van het belang van sekseverschillen veroorzaakt genderblindheid, dat wil zeggen blind zijn voor en het veronachtzamen van verschillen tussen mannen en vrouwen. Het veroorzaakt genderbias: de aanname dat wat voor het ene geslacht geldt, ook voor het andere geslacht zal gelden. Jammer genoeg kan deze aanname tot calamiteiten leiden, zoals is gebleken bij de werking van geneesmiddelen. Van de tien geneesmiddelen die de Food and Drug Administration (FDA) tussen 1997 en 2001 vanwege ernstige bijwerkingen heeft verboden, waren er acht die vooral bijwerkingen bij vrouwen bleken te geven.<sup>17</sup> Genderbias kan ook ontstaan als men uitgaat van genderverschillen die berusten op seksestereotypingen van mannen en vrouwen, zoals de aanname dat mannen niet goed voor hun chronisch zieke partner zouden kunnen zorgen.

Omdat het neutrale lichaam wordt ingevuld als een mannelijk lichaam, meestal een mannelijk wit lichaam, wordt de man gezien als normaliteit. Vrouwen wijken af van die norm. We noemen dat *mannelijke dominantie of androcentrisme*.<sup>18</sup>

#### De tegendraadse praktijk

Bij veranderingen – en daar is gendersensitief onderwijs op gericht – is het interessant om te kijken wat mensen tegenhoudt om te veranderen: de tegendraadse praktijk.

*Twijfel* aan de juistheid van de feiten is een van de meest gebruikelijke reacties als men eigenlijk niet wil veranderen. Men gelooft bijvoorbeeld niet dat er nauwelijks medische indicaties of redenen zijn om, ter voorkoming van schade aan de bekkenbodem, standaard liggend op de rug te bevallen.<sup>19</sup> Ook de bevinding dat pijnbestrijding bij de bevalling met lachgas onder omschreven condities veilig en effectief is, geeft steevast aanleiding tot methodologische vraagtekens.<sup>20</sup>

Een tweede reactie is het *marginaliseren* van het belang van gender: aan de juistheid wordt niet getornd, maar wel aan de impact ervan. Andere groepen worden belangrijker gevonden, zoals mensen met een lage sociaal-economische status of een andere etniciteit. Natuurlijk is gender een onderdeel van de diversiteit van mensen en diversiteit is ruimer dan alleen gender: etniciteit, leeftijd, religie, klasse, seksuele voorkeur zijn allemaal factoren die verscheidenheid aanbrengen tussen mensen. Gender staat nooit op zichzelf. De wijze waarop gender zich manifesteert, varieert al naar gelang andere

aanwezige sociale factoren, zoals etniciteit, religie en seksuele voorkeur, interfereren met gezondheid. Men vergeet dat de verschillende factoren vaak gelijktijdig werkzaam zijn. De factor gender speelt een specifieke, telkens andere rol bij de genoemde groepen. Bij etniciteit heeft gender bijvoorbeeld vaak een additieve betekenis: allochtone vrouwen zijn meestal laaggeletterd, kennen een geringe maatschappelijke participatie en hebben weinig toegang tot emancipatoire bronnen. Migrantenjongens lopen de meeste kans om hun school niet af te maken, raken maatschappelijk buitengesloten en lopen daardoor een verhoogd risico op verslaving. In vele religies is de vrouwenrol ondergeschikt aan die van de man, waarbij seksueel misbruik oogluikend en soms openlijk is toegestaan.

Een derde reactie is het neutraliseren van het belang van gender door het probleem te *individualiseren*. Men beroept zich hierbij op de gedachte dat 'ieder mens uniek is', 'elke patiënt anders is', en op de uitspraak 'dat de verschillen tussen vrouwen onderling groter zijn dan die tussen mannen en vrouwen'. De gedachte is juist, maar de redenering dat zij speciaal voor sekseverschillen zou gelden, is dat niet. Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn net zo evidence-based op groepsniveau als alle andere op groepsniveau verkregen uitkomsten, en daarop is een evidence-based georiënteerd medisch curriculum gestoeld. In de spreekkamer moeten de uitkomsten van evidence-based medicine altijd worden aangepast aan de individuele patiënt. Zo ook de feiten over verschillen tussen groepen mannen en groepen vrouwen.

Tot slot de reactie van *afzijdigheid*, die luidt dat sekseverschillen zeker belangrijk zijn, maar toch meer 'iets van vrouwen' zijn, en niet iets dat 'een mannelijke docent' aangaat.<sup>21</sup>

Concluderend: gelijkheid kan pas worden bereikt als waarden, doelen en eindtermen van het geneeskundig onderwijs gendersensitief worden gedefinieerd.

### CONCLUSIE

Toepassing van gendersensitieve kennis heeft Sanne, het meisje uit de casus, gelijke kansen geboden op de juiste zorg. Gegevens uit gendersensitief onderzoek wijzen erop hoe belangrijk het is om te streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten. Gelijke uitkomsten kunnen juist nopen tot een ongelijke behandeling voor vrouwen en mannen. ■

### LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker D, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- 2 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, Schers HJ, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 5de druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
- 3 Wijngaarden-Cremers P, Van der Gaag RJ, Groen W, Oosterling I, Van Deurzen P, van Eeten E. Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and data-analysis. *J Autism Dev Disord*, augustus 2013 (Epub ahead of print).
- 4 Lagro-Janssen ALM, Verdonk P. Seksespecifieke huisartsgeneeskunde. Practicum huisartsgeneeskunde: een serie voor opleiding en nascholing. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2007.
- 5 Groen W, Leen W, Lagro-Janssen A, Van der Gaag RJ. De ontwikkelingsstoornissen ADHD en autisme in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2006;49:324-8.
- 6 De Graaf H, Kruijer H, Van Acker J, Meijer S. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren anno 2012. Delft: Eburon, 2012.
- 7 Wizemann T, Pardue M (eds). Exploring the biological contributions to human health: does sex matter? Washington DC: National Academies Press, 2001.
- 8 Knoers VVAM. Klinische genetica: over innovaties en nieuwe generaties. Oratie aan de Universiteit van Utrecht, 2012.
- 9 Lagro-Janssen ALM. De tweeslachtigheid van het verschil. Nijmegen: SUN, 1997.
- 10 Hammerström A, Annandale E. A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'genderspecific medicine' journals. *Plos One* 2012;7:e34193.
- 11 Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Urinary incontinence in community dwelling elderly: are there sex differences in helpseeking behaviour? *Scand J Prim Health Care* 2004;22:209-16.
- 12 Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people: do men receive less care? *Int J Clin Pract* 2009;63:869-73.
- 13 Van Gerwen M, Schellevis F, Lagro-Janssen T. Comorbidities associated with urinary incontinence: a case-control study from the second Dutch National Survey of General Practice. *J Am Board Fam Med* 2007;20:608-10.
- 14 Lo Fo Wong SH, De Jonge A, Wester F, Mol SSL, Römkens RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender matter? *Fam Practice* 2006;23:578-86.
- 15 Dijkstra AF, Verdonk P, Lagro-Janssen ALM. Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology. *Med Educ* 2008;42:1021-8.
- 16 Lagro-Janssen T. Sex, gender and health: developments in medical research. In: Ellen Kuhlmann, Ellen Annandale (eds). *The Palgrave handbook of gender and healthcare*. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2012.
- 17 Soldin OP, Mattison DR. Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet* 2009;48:143-57.
- 18 Hølge-Hazelton B, Malterud K. Gender in medicine - does it matter? *Scand J Public Health* 2009;37:139-45.
- 19 De Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Geen goede argumenten voor de rugligging als standaard baringshouding tijdens de uitdrijving: een meta-analyse. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;23:1146-50.
- 20 Klomp T, Van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD009351.
- 21 Risberg G, Johansson E, Hamberg K. 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. *Med Educ* 2011;45:613-24.

## Foto's gezocht voor rubriek Uw diagnose

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de nieuwe nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Een man van 22 jaar heeft sinds zeven dagen een klein puistje. Dat wordt groter en heeft centraal een zwarte pit. Hij heeft geen pijn of jeuk en er is geen contact met dieren geweest. Wat is uw diagnose?

- a. Ulcus cruris
- b. Granuloma pyogenicum
- c. Furunkel
- d. Ectyoma

Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op [www.henw.org](http://www.henw.org).



Foto: Siri Visser/Marie Brinkman

Fotoquiz van de maand september