

De kennisagenda Gender en Gezondheid biedt een overzicht van de kennislacunes op het gebied van gender en gezondheid en dient als basis voor nieuwe programmering waaronder een toekomstig Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid. Deze agenda is tot stand gebracht in samenwerking met een groot aantal experts in het zorgveld, de Werkgroep Onderzoek van de Alliantie Gender & Gezondheid, met ondersteuning van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, directie Emancipatie.

Door meer en beter te kijken naar verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, ziekte en behandeling liggen er grote kansen voor verbetering van de kwaliteit van leven en daarmee samenhangend vermindering van verspilling en zorgkosten.

Deze kennisagenda is interessant voor professionals in de eerste lijn, verpleegkundigen, medisch specialisten, zorgmanagers, zorgverzekeraars, beleidsmakers, onderzoekers en gezondheids-economen, kortom voor iedereen die te maken heeft met gezondheid en ziekte.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl



Kennisagenda Gender en Gezondheid



Inhoud

Voorwoord 3

Deel I Achtergronden

Inleiding 6

Hoofdstuk 1 Kennis 10

Hoofdstuk 2 Recente internationale ontwikkelingen 15

Hoofdstuk 3 Totstandkoming en opbouw kennisagenda 18

Deel II Kennisagenda

De cliënt centraal 23

Thema 1 Bestaande kennis verzamelen en toepassen 25

Thema 2 Levensloop 28

a Jeugd 29

b Volwassenheid en maatschappelijke participatie 33

c Veroudering 38

Thema 3 De zorggebruiker 44

a Leefstijl en gezondheidsbevordering 44

b Algemene zorg 46

c Geneesmiddelen 51

Thema 4 Klachten en problemen 54

a Hart- en vaatziekten 54

b Lichamelijk en psychisch geweld 62

c Diabetes 66

d Migraine 69

e Onverklaarde klachten 72

f Psychische en psychiatrische klachten 75

g Reuma 79

h Vrouwspecifieke en seksuele klachten 82

Thema 5 Methodologie van sekse- en genderbewust onderzoek 89

Tot slot Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid 93

Deel III Bijlagen

Met bijdragen van 96

Noten 98

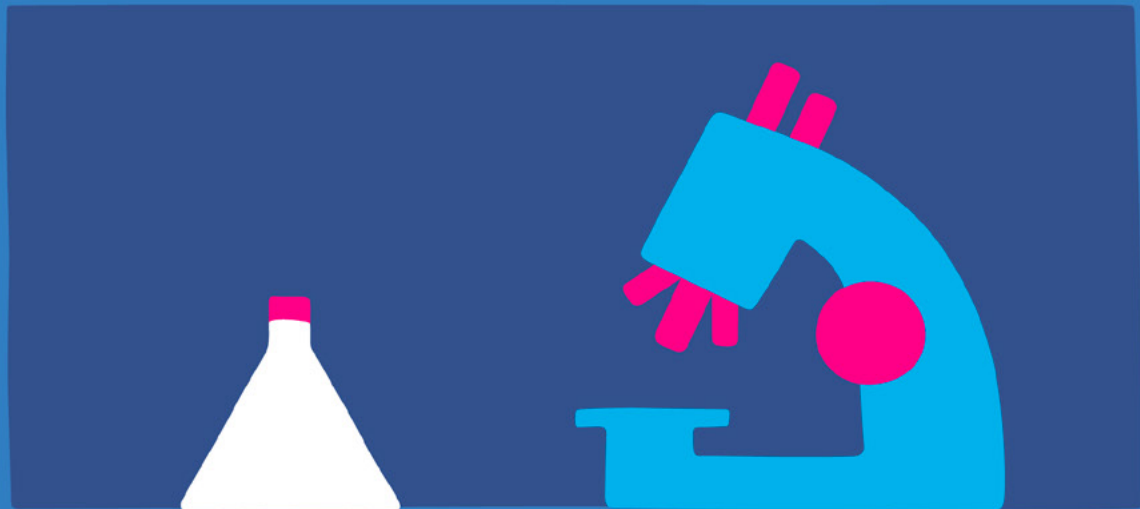
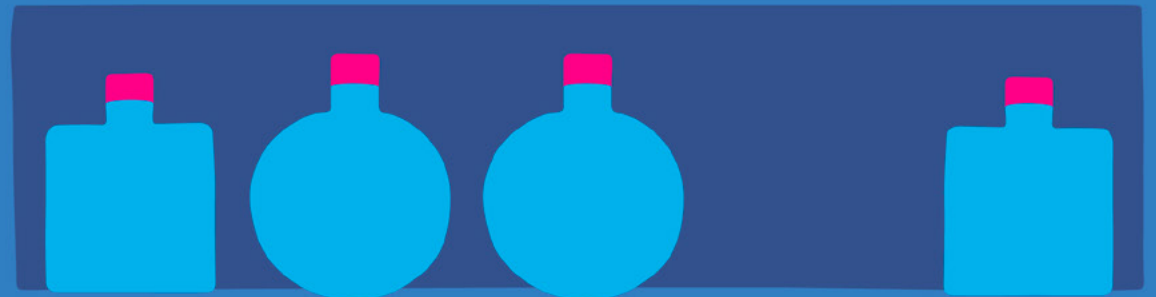
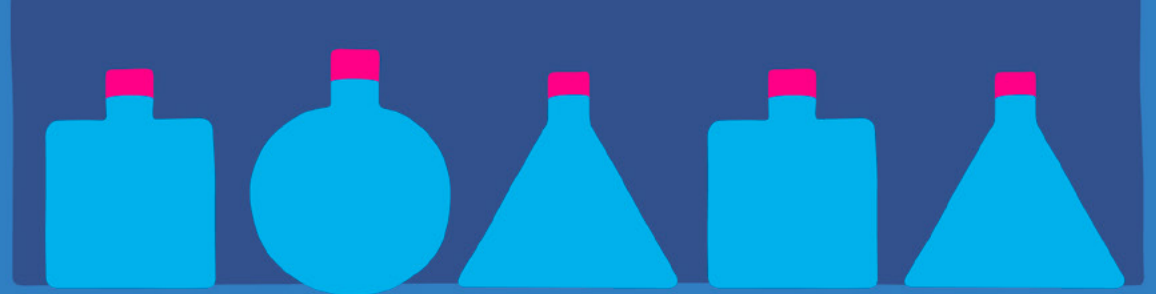
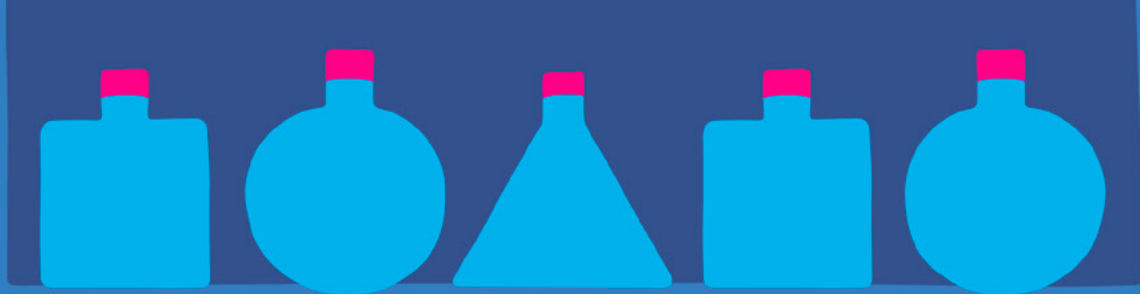
Voorwoord

Met trots presenteer ik u de kennisagenda Gender en Gezondheid. Deze is tot stand gebracht in samenwerking met een groot aantal experts uit het zorgveld, namens de Alliantie Gender & Gezondheid, die wordt ondersteund door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), directie Emancipatie. Duidelijk is dat we niet om de in deze kennisagenda geformuleerde vragen heen kunnen. Omdat er in onderzoek en praktijk nog onvoldoende wordt gekeken naar verschillen tussen mannen en vrouwen in gezondheid, ziekte en behandeling liggen er grote kansen voor verbetering van de kwaliteit van zorg aan vrouwen en daarmee samenhangend vermindering van zorgkosten.

Een deel van de kennislacunes kan in lopende subsidieprogramma's meegenomen worden. Zo dient elke onderzoeker zich bij een onderzoeksproject af te vragen of er seksspecifieke aspecten aan de orde zijn. Zo ja, dan dient het onderzoek hier terdege rekening mee te houden. Als dit stelselmatig gebeurt, levert dat al een hele verbetering op. Daarnaast is er voor de meer algemene kennisvragen een apart kennisprogramma aangewezen. Deze kennisagenda biedt een uitgebreid overzicht van de kennislacunes als basis voor een dergelijk kennisprogramma.

De ontwikkeling van deze kennisagenda hoort bij een groter traject van de Alliantie Gender & Gezondheid waarin toegewerkt wordt naar een kennisprogramma. Dit kennisprogramma bepleit een gecoördineerde aanpak wat betreft onderzoek, onderwijs en implementatie op het gebied van gender en gezondheid. Aan deze kennisagenda is door veel deskundigen meegewerkt. Ik wil hen hier persoonlijk danken voor hun enorme inzet, hun kritische blik en altijd weer welwillende medewerking.

Henk J. Smid, directeur ZonMw
Den Haag, mei 2015



Inleiding

Gedeeld uitgangspunt in onze gezondheidszorg is dat kwaliteit van zorg voor iedereen zou moeten gelden, ongeacht leeftijd, sekse, seksuele voorkeur, sociaaleconomische situatie en culturele achtergrond. Het huidige streven naar het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen is een direct gevolg van dit uitgangspunt.

Verschillen tussen mannen en vrouwen

Mannen en vrouwen hebben vele overeenkomsten, maar verschillen op het gebied van gezondheid en ziekte ook in vele opzichten van elkaar, zowel biologisch, psychisch, sociaal als cultureel. Dit heeft als consequentie dat ook de zorg aan mannen en vrouwen – waar nodig – van andere aard dient te zijn¹. Dat gaat veel verder dan zorg die voortkomt uit verschillen in geslachtsorganen, borsten en vrouwspecifieke zaken als zwangerschap, geboorte, hormonen, cyclus of menopauze. Zo behoren hart- en vaatziekten bij vrouwen tot de belangrijkste doodsoorzaken, mede omdat signalen zich bij hen anders manifesteren en niet altijd door artsen als zodanig worden herkend. Weliswaar leven vrouwen langer dan mannen, maar vooral de laatste jaren van hun leven is de kwaliteit van leven bij vrouwen slechter². ‘Men die quicker, but woman get sicker’, is een inmiddels veel aangehaalde uitspraak. De levensverwachting is voor vrouwen 83 jaar, dat is 3,5 jaar meer dan voor mannen³. Maar het verschil in levensverwachting zonder chronische ziekten is daarentegen bijna zeven jaar in het voordeel van mannen⁴. Mannen zijn gemiddeld ook positiever over hun gezondheidstoestand dan vrouwen. In de periode 2011–2013 beoordeelde bijna 83% van de mannen en ruim 78% van de vrouwen hun gezondheidstoestand als ‘(zeer) goed’. Dit verschil komt niet alleen door een verschil in achterliggende objectieve gezondheid, maar ook door verschillen in leefstijl en sociaaleconomische status en door de manier waarop mannen en vrouwen tot een oordeel over de eigen gezondheid komen⁵.

Gezondheidsverschillen

Vrouwen hebben in vergelijking met mannen een slechtere gezondheid. Zo hebben ze bijvoorbeeld vaker te maken met comorbiditeit en psychische problemen als depressie en angststoornissen. Ruim 15% van de vrouwen en 10% van de mannen meldde in de periode 2011–2013 een beperking in horen, zien en/of bewegen. Vrouwen hebben een lagere arbeidsduur, het ziekteverzuim onder werkende vrouwen ligt iets hoger dan onder werkende mannen en in zijn totaliteit maken vrouwen hogere ziektekosten dan mannen⁶. Zo is het aantal ziekenhuisopnamen per 10.000 personen volgens de Landelijke Medische Registratie (LMR) onder vrouwen ruim 20% hoger dan onder mannen. Als ziekenhuisopnamen in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed hiervan worden uitgesloten, is het verschil nog altijd 10%. Boven de zestig jaar worden er juist meer mannen opgenomen, vooral in verband met kanker en hartvaatziekten⁷. Naast kostenbesparing en het recht op passende en dus kwalitatieve zorg is ook het streven naar grotere maatschappelijke participatie van vrouwen een belangrijke reden om aandacht te schenken aan determinanten van gezondheid van vrouwen en vrouwspecifieke aspecten van gezondheid en gezondheidszorg.

Focus vooral op vrouwen: inhaalslag

Een gendersensitieve gezondheidszorg richt zich op kwaliteit van zorg voor mannen én vrouwen. Dit vraagt om een op de persoon afgestemde multidisciplinaire benadering (dat wil zeggen zowel multidisciplinair binnen de gezondheidszorg als tussen het medische domein, psychologie, sociologie etc.) van de zorggebruiker binnen zijn of haar specifieke omgeving, waarbij alle sekse- en genderspecten in ogenschouw genomen worden. Dat betekent dat een allesomvattend kennisprogramma zich op zowel vrouwspecifieke als manspecifieke zaken zou moeten richten. Ook bij mannen zijn immers gebieden die om extra aandacht vragen. Mannen leven bijvoorbeeld korter, sterven vaker aan kanker en hebben vaker een verslavingsstoornis. Er zijn echter ten minste twee redenen om in een toekomstig kennisprogramma de focus in eerste instantie vooral te leggen bij vrouwspecifiek gezondheidsonderzoek en de implementatie van resultaten daarvan. Ten eerste is in bestaand gezondheidsonderzoek in veel gevallen uitsluitend gebruik gemaakt van mannelijke proefpersonen en proefdieren^{8,9} of wordt er geen duidelijk onderscheid gemaakt naar sekse van proefpersoon of -dier. Mede daardoor is een achterstand ontstaan in wetenschappelijke kennis over vrouwspecifieke aspecten. Ten tweede zijn de zorgkosten die vrouwen maken hoger dan die van mannen en hebben werkende vrouwen een kortere arbeidsduur en een iets hoger ziekteverzuim dan werkende mannen. Dat betekent dat een meer genderspecifieke gezondheidszorg kansen biedt zowel op het terrein van kwaliteit van zorg als kostenbesparing. Daarvoor is wel een inhaalslag nodig. Dat wil niet zeggen dat ook in een toekomstig kennisprogramma de aandacht alleen naar vrouwen zal uitgaan. Zo wordt in deze kennisagenda veelvuldig aangegeven dat er behoefte is aan onderzoek naar genderverschillen bij diverse onderwerpen. Daarbij gaat het om sekse- of gender-

differentiatie tussen vrouwen én mannen. Wel zullen in een kennisprogramma keuzes gemaakt moeten worden om beperkt beschikbare middelen adequaat te besteden. Daarbij zal de benodigde inhaalslag voor vrouwen zwaar wegen, met als doel te komen tot een gezondheidszorg die beter is afgestemd op de biologische, psychische, culturele en sociale kenmerken, situationele contexten en gedragingen van de verschillende zorggebruikers.

Overheidsbeleid

Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) noemt in de 'Hoofdlijnenbrief Emancipatiebeleid 2013–2016' van mei 2013, 'vrouwen en gezondheid' een nieuw beleidsthema dat verkenning verdient. Het jaar daarvoor schreef ZonMw het signalement 'Vrouwen zijn anders'¹⁰, over de noodzaak om via onderzoek, ontwikkeling en implementatie te komen tot een meer seksspecifieke kwalitatieve gezondheidszorg. In de emancipatiebeleidsbrief geeft minister Bussemaker aan dat zij behoefte heeft aan verklaringen van verschillen in gezondheid tussen vrouwen en mannen, met het oog op de mogelijke noodzaak van verschillende interventies. Samen met voortrekkers op dit terrein wil het kabinet inzetten op het vergroten van kennis en bewustzijn bij stakeholders over nut en noodzaak van een 'genderbewuste' gezondheidszorg en op het daadwerkelijk helpen ontwikkelen ervan. Daartoe is met steun van het ministerie een alliantie gestart die de mogelijkheden zal verkennen om de genderbewustheid en -sensitiviteit in de gezondheidszorg te bevorderen. De Alliantie Gender & Gezondheid is inmiddels aan het werk onder penvoering van WOMEN Inc. Deze kennisagenda is tot stand gekomen vanuit de Werkgroep Onderzoek van genoemde Alliantie. Dit moet ertoe leiden dat de kwaliteit van leven van vrouwen en mannen verbetert en waar mogelijk kosten worden bespaard. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap werkt in het streven naar een genderbewuste gezondheidszorg samen met de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)¹¹. Eerder, in 2000 heeft het ministerie van VWS een beleidsprogramma over gender en gezondheid opgesteld¹². In de Strategische kennisagenda VWS 2020 (januari 2012) stelt het ministerie van VWS dat er in de gezondheidszorg meer aandacht zou moeten zijn voor een gesegmenteerde aanpak naar type zorggebruikers. Het ministerie ondersteunt – in nauwe samenwerking met OCW – mede vanuit die visie ook het werk van de Alliantie Gender & Gezondheid zoals onder andere blijkt uit de brief van de minister aan de Tweede Kamer (d.d. 28 oktober 2014) met betrekking tot het incorporeren van gendersensitieve gezondheidszorgaspecten binnen geneeskundige opleidingen.

Alliantie Gender & Gezondheid

De Alliantie Gender & Gezondheid stelt zich ten doel te bereiken dat er binnen de huidige lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg meer rekening wordt gehouden met sekse en gender. Verschil moet worden gemaakt waar dat nodig is, dat wil zeggen, waar een ongelijke behandeling voor mannen en vrouwen een betere

kwaliteit van zorg realiseert. De Alliantie pleit niet voor een aparte gezondheidszorg die gendersensitief is, maar voor integratie van gendersensitiviteit in de huidige gezondheidszorg. Deze kennisagenda moet richting geven aan het onderzoek dat nodig is om dit doel te bereiken en moet gezien worden in relatie tot andere activiteiten van de Alliantie binnen de werkgroepen Bewustwording en Communicatie en Onderwijs.

Diversiteit en intersectionaliteit

Sekse-gender is slechts één van de vele onderscheiden die gemaakt kunnen worden binnen de totale groep zorggebruikers^{13, 14}. Daarnaast is bijvoorbeeld onderscheid naar leeftijd, etniciteit, sociaaleconomische situatie (ses) en seksuele voorkeur van belang. Zo hebben vrouwen tot zestig jaar van niet-westerse herkomst met 17% beduidend vaker een beperking in horen, zien en/of bewegen dan autochtone vrouwen (9%). Zowel beperkingen in beweging (11%) als in zien (9%) komen ongeveer twee keer zo vaak voor bij niet-westerse vrouwen als bij autochtone vrouwen. Bij gehoorbeperking is er geen verschil. Een langdurige aandoening komt minder vaak voor bij niet-westerse (53%) dan bij autochtone vrouwen (57%). Ze hebben minder last van gewrichtsslijtage van heupen en knieën (ruim 5% tegenover bijna 8%) en minder vaak kanker (gehad)¹⁵. Met elkaar maakt dit een grote mate van diversiteit zichtbaar, ook binnen vrouwen – en mannen – als groep. In feite is er sprake van subcategorieën en subsubcategorieën. De vele onderscheiden die te maken zijn (mannelijk-vrouwelijk, homo-hetero, lage-hoge ses) kunnen ook opgevat worden als continua in plaats van als tweedeling. Al deze aspecten kunnen elkaar bovendien wederzijds beïnvloeden. Binnen een intersectionele benadering wordt uitgegaan van dergelijke continua die invloed op elkaar uitoefenen^{16, 17, 18}.

Terminologie/begrippen

In de kennisagenda wordt een onderscheid gemaakt tussen de begrippen sekse en gender. Sekse duidt hier op de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen. Gender verwijst naar een sociaal en cultureel proces waarbij aan mannen en vrouwen verschillende rollen en gedragingen worden toegeschreven inclusief de wisselwerking met psychische aspecten daarvan. Omdat het in de gezondheidszorg niet alleen om biologische verschillen, maar ook om verschillend gedrag en de sociale context van zorggebruikers gaat, wordt gebruik gemaakt van de term gender-sensitieve gezondheidszorg. De term gendersensitief duidt op vaardigheden, zoals een gendersensitieve benadering door (huis)artsen in hun diagnostiek, behandeling en begeleiding. Zodoende spreken we in deze kennisagenda ook over gender-sensitieve diagnostiek, zorg en behandeling. Waar gesproken wordt over sekse betreft het puur de biologische verschillen. Deze kennisagenda richt zich op zowel sekse- als gendersensitieve aspecten van de gezondheid en gezondheidszorg.

Hoofdstuk 1 Kenni

Belangrijke pijlers voor een beleid gericht op het terugdringen van gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen zijn bewustwording, kennisontwikkeling en het bundelen en verspreiden van bestaande en nieuwe relevante kennis. De laatste jaren is er internationaal al een aanzienlijke hoeveelheid kennis beschikbaar gekomen over verschillen tussen mannen en vrouwen bij specifieke aandoeningen. Deze kennis is echter nog onvoldoende opgenomen in de praktijk van de Nederlandse zorg. Daarnaast bestaan er nog vele en belangrijke kennislacunes wat betreft sekse- en genderverschillen in gezondheid, in het bijzonder de vrouwspecifieke gezondheidsaspecten.

Differentiatie

Anno 2015 gaat in de gezondheidszorg de aandacht in toenemende mate uit naar specifieke groepen zorggebruikers, waarbij verschillen in bijvoorbeeld leeftijd, sociaal-economische situatie, genetische profielen, herkomst, seksuele voorkeur en geslacht meer en meer leidend worden voor specifieke interventies en therapieën. Dit wordt mede mogelijk gemaakt door nieuwe kennis (mede dankzij moderne informatica- en biotechnologieën), een grotere mondigheid van verschillende groepen zorggebruikers en een betere samenwerking tussen beleid, praktijk en onderzoek. Ook de nadruk op kwaliteit en doelmatigheid en bijvoorbeeld het streven naar een lang, gezond maar vooral ook maatschappelijk actief leven voor alle groepen burgers werkt een gedifferentieerde aanpak in de hand. Ook in de Strategische kennisagenda VWS 2020 worden deze ontwikkelingen beschreven. Kortom: we weten meer, we kunnen meer en zowel beleidsmakers als zorgverleners en zorggebruikers willen meer.

Mogelijke winst

Kennis over gendersensitieve gezondheidszorg is dus van belang om tot een betere herkenning en behandeling van ziekten van vrouwen en mannen te komen. Dit veronderstelt navenante aanpassingen in de opleiding van zorgprofessionals, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, de preventieve acties van gemeenten en het gezondheidsbeleid van de landelijke overheid. In samenhang zullen deze aan-

passingen positieve effecten hebben op de gezondheid van vrouwen en daarmee een betere kwaliteit van leven, lagere ziektelast, mogelijk lagere maatschappelijke kosten, een lager ziekteverzuim en wellicht een hogere maatschappelijke participatie van vrouwen bewerkstelligen.

Huidige kennis vooral gebaseerd op onderzoek onder mannen

Vrouwen worden vaak gediagnosticeerd en behandeld conform richtlijnen die zijn opgesteld op basis van onderzoek onder mannen^{19, 20}. Er zijn trainingen ontwikkeld om richtlijnontwikkelaars tools aan te bieden om systematisch sekse en gender in de richtlijnontwikkeling te integreren, maar tot op heden worden sekse en gender nog onvoldoende in richtlijnen opgenomen.

Vanuit de al dan niet bewuste veronderstelling dat resultaten van gezondheidsonderzoek genderneutraal zijn, worden vrouwelijke proefdieren bij fundamenteel onderzoek vaak uitgesloten, om vertekening van onderzoeksresultaten door bijvoorbeeld hormonale verschillen te voorkomen. In de dagelijkse medische praktijk resulteert dit uiteindelijk, vooral bij vrouwen, in late of verkeerde diagnoses, hogere ziektelast en inadequate behandeling, met onnodige ziekte, oplopende zorgkosten en – in het uiterste geval – vermijdbare sterfte als gevolg²¹.

Vanuit diezelfde misvatting zijn medicijnen lange tijd uitsluitend op (jonge) mannen getest, hoewel ze vaak verschillend en in een ander tempo door de lichamen van mannen en vrouwen worden opgenomen, verspreid en uitgescheiden. Hierdoor worden veel medicijnen volgens een op onderzoek onder mannen gebaseerde standaarddosering voorgeschreven aan vrouwen, met onnodige risico's op over- of onderdosering en bijwerkingen. Daarnaast wordt in onderzoek waaraan wel vrouwen hebben deelgenomen vaak geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende seksen en/of subgroepen. Ook dit leidt tot onnodige gezondheidsproblemen en zorgt voor oplopende kosten van de gezondheidszorg.

Overeenkomsten én verschillen

Realisering van de doelstelling 'passende kwalitatieve zorg voor iedereen' vergt veel kennis over de grote diversiteit binnen de totale groep zorggebruikers. Waar tot op heden de gezondheidszorg en het gezondheidsonderzoek nog meestal uitgaat van 'one size fits all' is meer en meer aandacht voor individuele verschillen van belang, opdat daadwerkelijk 'zorg op maat' of anders gezegd 'personalized medicine' geleverd wordt. Dat betekent dat ook in wetenschappelijk onderzoek naast overeenkomsten, verschillen tussen en binnen onderzoekspopulaties systematisch dienen te worden bestudeerd. Deze kennisagenda is er op gericht meer gezondheidskennis te vergaren over de vrouwelijke populaties.

Stand van zaken

Onderzoek naar verschillen tussen mannen en vrouwen in de gezondheidszorg is niet nieuw. Er zijn vooral veel gegevens beschikbaar op het gebied van epidemiologie en zorggebruik. Er is daarentegen minder kennis beschikbaar over het zorgzoekgedrag van vrouwen en mannen en over de vraag waar de sekseverschillen die we daarbij zien mee te maken hebben.

Minder is ook bekend over onderliggende oorzaken van die sekseverschillen en de vrouwspecifieke kanten van preventie, diagnostiek en de doelmatigheid van behandeling van zogenoemde generieke aandoeningen. Even belangrijke vragen liggen er op het terrein van farmacotherapie – zoals gezegd, zijn medicijnen vooral op mannen getest – en betreffende de relatie tussen gezondheid van vrouwen en vraagstukken als maatschappelijke participatie, gevolgen van geweld en veroudering/‘healthy aging’.

Dit alles wil niet zeggen dat vrouwspecifiek gezondheidsonderzoek start vanuit een vacuüm. Zowel nationaal als internationaal neemt het aantal publicaties over genoemde onderwerpen toe. Zo is een sekse/genderspecifiek zoekfilter ontwikkeld²², en in 2014 is een interactieve database met sekse- en genderspecifieke medische literatuur 2014 gelanceerd²³. Helaas ontbreken goede reviews over gender en gezondheid veelal.

Implementatie

Deze kennisagenda geeft op een groot aantal terreinen inzicht in de huidige kennislacunes ten aanzien van gender- en vrouwspecifieke aspecten van gezondheid en zorg. Het doel van de kennisagenda is richting te geven aan een nieuw kennisprogramma specifiek op het terrein van gender en gezondheid voor vrouwen. Essentieel is daarbij dat zowel nieuw te ontwikkelen als bestaande kennis haar weg vindt naar de zorgpraktijk, richtlijnen, beleid en onderwijs. Om deze implementatie te stimuleren is het van belang binnen het kennisprogramma daar expliciet ruimte voor te creëren. Bewustwording, bundeling en verspreiding van bestaande kennis is daarbij van even groot belang als het ontwikkelen en implementeren van nieuwe kennis. Aangezien de implementatie van bestaande kennis over een gendersensitieve zorg moeizaam verloopt, is onderzoek nodig naar factoren die de implementatie van (bestaande) kennis in de praktijk bevordert dan wel belemmert. In deel II, thema 1 wordt uitgebreider ingegaan op het verzamelen en toepassen van bestaande kennis.

Internationale initiatieven

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO heeft ‘women’s health’ formeel tot ‘urgent priority’ benoemd. In Amerika heeft het U.S. Department of Health and Human Services aanbevelingen gedaan om bij onderzoek, behandeling en nieuwe technologieën meer aandacht te besteden aan sekse en gender. Het EU/US Gendered Innovations project informeert wetenschappers over het belang van man-vrouw-

verschillen in onderzoek, waarbij zij via hun website ook vele praktische handvatten aanreiken om in medisch-wetenschappelijk onderzoek aan deze verschillen recht te doen²⁴. In Europa loopt EUGenMed (European Gender Medicine Project); een project waarbij een groep stakeholders gezamenlijk een innovatieve roadmap ontwikkelt om sekse en gender in biomedisch en gezondheidsonderzoek te implementeren. Ook is er steeds meer aandacht voor de positie van vrouwen binnen de wetenschappelijke wereld. Een voorbeeld hiervan is het European platform of Women scientists, dat ervoor pleit om de positie van vrouwelijke wetenschappers te versterken.

In hoofdstuk 2 wordt uitgebreider ingegaan op internationale ontwikkelingen.

ZonMw

In Nederland wordt veel van het gezondheidsonderzoek gefinancierd vanuit verschillende programma’s van ZonMw. Aandacht voor diversiteit en dus ook man-vrouwverschillen in gezondheidsuitkomsten alsmede de factoren waardoor deze verschillen tot stand komen is een basisuitgangspunt binnen deze programma’s. Kennis over sekse- en gendersaspecten van gezondheid en gezondheidszorg is dan ook binnen een aantal programma’s te vinden.

Al in de periode 2000–2004 voerde ZonMw het programma M/V de factor sekse in de gezondheidszorg uit, in opdracht van het ministerie van VWS. Het programma had als doel inzichten uit de seksspecifieke hulpverlening te implementeren in de structuur en het beleid van de gezondheidszorg. In totaal financierde ZonMw dertig projecten op zes verschillende thema’s: basisartsopleidingen, kwaliteitsbeleid, regionaal zorgbeleid, patiënten/consumentenbeleid, vrouwenzelfhulp en wetenschappelijk onderzoek. Het programma is er in geslaagd een basis te leggen voor de beoogde structurele verankering van seksspecifieke hulpverlening. Wel bleek dat de noodzaak voor een meer gendersensitieve gezondheidszorg in het veld niet altijd werd gevoeld^{25, 26}.

Het lopende ZonMw-programma Zwangerschap en geboorte²⁷ draagt bij aan het terugdringen van vermijdbare sterfte en ziekte rond de geboorte (perinatale sterfte en morbiditeit) bij moeder en kind. Het bevorderen van gezonde zwangerschap en geboorte in achterstandssituaties (preventie) is daarbij een belangrijke prioriteit. In multidisciplinaire consortia werken professionals samen die betrokken zijn bij zwangerschap en geboorte, van de nulde tot en met de derde lijn. Het programma stelt vrouwspecifieke zaken rond zwangerschap en geboorte – met name op het gebied van preventie – expliciet aan de orde.

Inmiddels is bij ZonMw het vijfde preventieprogramma²⁸ van start gegaan. Het programma levert kennis op die bijdraagt aan de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie (NPP). Het NPP Alles is gezondheid... bepaalt de komende jaren naast de uitvoeringsagenda ook de kaders van de langjarige onderzoeksprogrammering. Van de onderzoeksprogrammering is het 5e Programma

Preventie een belangrijk onderdeel. Het 5e Programma Preventie heeft de volgende deelprogramma's: Opvoeding & onderwijs, Wonen en leven in een gezonde wijk en omgeving, Werk(en) is gezond, Preventie in de zorg en Vroege opsporing. Sekse en gender zijn hierbinnen geen aparte thema's op zich, maar gezien de aandacht voor risicogroepen, worden ze, waar relevant, wel in de projectvoorstellen meegenomen. Gendersverschillen komen ook aan bod binnen andere ZonMw-programma's zoals Doelmatigheid, Jeugd en het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Breed spectrum

Een gendersensitieve gezondheidszorg vergt een benadering waarbij rekening wordt gehouden met een breed spectrum van biologische, medische, psychische en sociale aspecten.

Op sommige onderwerpen vraagt dit een integrale en multidisciplinaire benadering. Integraal, dat wil zeggen dat de hele mens – inclusief zijn of haar omgeving – in beschouwing wordt genomen. Multidisciplinair, dat wil zeggen dat professionals vanuit diverse vakgebieden binnen en buiten de gezondheidszorg samenwerken. Er bestaan, zoals gezegd, diverse theoretische perspectieven binnen het onderzoeksgebied gender en gezondheid. Springer, Hankivsky & Bates onderscheiden in *Social Science & Medicine* (2012) een relationele, intersectionele en biosociale benadering. Elk perspectief gaat gepaard met eigen eisen aan de onderzoeksaanpak. Als data vanuit meerdere theoretische genderperspectieven worden bestudeerd (theoretische triangulatie), kan dit het begrip van gezondheidsproblemen aanzienlijk verhogen, bijvoorbeeld waar het onderwerpen als menstruele en menopauzale of onverklaarde klachten, angst- en eetstoornissen of veroudering bij vrouwen betreft. In deel II, thema 5 wordt uitgebreider ingegaan op de methodologie van sekse- en genderbewust onderzoek.

Hoofdstuk 2 Recente internationale ontwikkelingen

De relatie tussen gender en gezondheid staat wereldwijd in de belangstelling. De gedachte dat er op het gebied van met name de vrouwspecifieke gezondheidszorg een achterstand is ontstaan, vindt overal gehoor. De afgelopen jaren zijn dan ook op vele plekken initiatieven ontstaan om iets aan deze achterstand te doen. Zo hebben vooraanstaande universiteiten (Charité Berlijn, Karolinska Instituut Stockholm) centra voor Gender in Medicine opgericht, hebben belangrijke internationale tijdschriften speciale edities aan dit thema besteed en neemt het aantal wetenschappelijke artikelen en handboeken over dit onderwerp in snel tempo toe. Onderstaand een beknopt overzicht van de belangrijkste internationale initiatieven op het gebied van onderzoek naar gender en gezondheid.

WHO

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO stelt dat vermijdbare gezondheidsverschillen onjuist en onrechtvaardig zijn en heeft mede in dat kader Women's Health tot 'urgent priority' benoemd. Het in 2009 verschenen rapport 'Women and Health, today's evidence, tomorrow's agenda' is een krachtig pleidooi voor een wereldwijde gendersensitieve gezondheidszorg. Onderzoek, registratie en monitoring zijn daar belangrijke instrumenten bij.

Verenigde Staten

In Amerika bestaat een aantal initiatieven om onderzoek naar gender en gezondheid te stimuleren. Al in 1990 werd het Office for Research on Women's Health opgericht als onderdeel van de National Institutes of Health, mede om te bewerkstelligen dat vrouwen in klinische trials worden geïncludeerd²⁹. Het U.S. Department of Health and Human Services beschrijft in haar Strategic Plan 2020 een zestal doelstellingen op het gebied van gender en gezondheid, inclusief de stappen die nodig zijn om deze doelstellingen te realiseren. Een belangrijk initiatief is de Gendered Innovations website van de Stanford University, gestart in 2009, die tot doel heeft wetenschappers en ingenieurs te voorzien van praktische methoden voor sekse- en genderanalyses in wetenschap en technologie (zie ook Europa verderop).

Canada

Het Canadian Institute of Gender & Health (IGH) is ook in internationaal opzicht een belangrijke voortrekker waar het gaat om de stimulering van onderzoek naar gender en gezondheid. Dankzij het werk van het IGH is sinds 2010 de voorwaarde van kracht om bij alle onderzoeksaanvragen bij de 12 Canadian Institutes for Health Research (CIHR) aandacht aan sekse en gender te besteden. Het IGH heeft ook veel educatief materiaal ontwikkeld: What a Difference Sex and Gender Make. A Gender, Sex and Health Research Casebook³⁰. Daarnaast ontwikkelt het IGH een online training voor onderzoekers en evaluatoren³¹.

Europa

Onderzoek

Ook de Europese Commissie heeft aangegeven de genderdimensie van onderzoek belangrijk te vinden. Sinds 2000 heeft de Commissie hiertoe opeenvolgende projecten gefinancierd: Gender Impact Assessments FP5 (2000–2001); Gender Action Plans (FP6 2002–2006); GenderBasic (2005–2007) en Gendered Innovations (2010–2013)³².

EUGenMed³³ (European Gender Medicine Project), looptijd 2013–2015, is het meest recente project waarbij genderexperts samen met zeer diverse stakeholders (onderzoeksinstituten, beleidsmakers, tijdschriften, subsidieverstrekkers, onderwijs, farmaceutische industrie, Ngo's, patiëntenverenigingen, politici) een innovatieve roadmap ontwikkelen om sekse en gender in biomedisch en gezondheidsonderzoek, richtlijnen en medisch onderwijs in Europa te implementeren. Het benadrukken en presenteren van al bestaande kennis over gender en gezondheid, bijvoorbeeld op het terrein van preventie, biomedisch onderzoek en medicatie staat daarbij hoog op de agenda³⁴. Nederland draagt hier inhoudelijk actief aan bij.

Beleid

Het brede onderzoeks- en innovatieprogramma Horizon 2020 van de Europese Commissie – waaronder ook de financiering van gezondheidsonderzoek valt – geeft in nog sterkere mate dan de voorgangers KP6 en KP7 – aan dat in alle stadia van onderzoek en innovatie sekse en gender dienen te worden geïntegreerd. Hiermee beklemtoont de Europese Commissie het belang dat zij hecht aan het onderwerp sekse en gender in biomedisch en gezondheidsonderzoek.

Onderwijs

Onder de noemer EUGIM³⁵ (European Curriculum in Gender Medicine) werkten van 2010 tot 2012 zeven Europese universiteiten samen om in (medische) opleidingen meer aandacht te krijgen voor sekse- en genderspecten van gezondheid (zorg). Daartoe is een flexibele opleidingsmodule Gender Medicine ontwikkeld, die eenvoudig in te passen is binnen bestaande bachelor- en masterprogramma's³⁶. Tevens wordt binnen het genoemde EUGenMED project aandacht besteed aan medisch onderwijs.

Netwerken

Cost netwerk genderSTE³⁷ is een 'targeted' netwerk van beleidsmakers en experts dat tot doel heeft een verandering van institutionele culturen en een betere integratie van sekse- en genderanalyse in onderzoek en innovatie te bewerkstelligen.

Een ander initiatief gefinancierd door de EU is GENDER-NET ERA-NET³⁸ waarbinnen twaalf Europese en Amerikaanse beleidsorganisaties samenwerken om binnen het brede veld van onderzoek en innovatie door structurele veranderingen gelijkheid tussen mannen en vrouwen te bewerkstelligen.

Ook individuele Europese landen nemen initiatieven om het genderspect meer aandacht te geven in onderzoek en ontwikkeling. Zo heeft de Irish Research Council in het 2013–2020 Gender Strategy & Action Plan voorwaarden opgenomen die ertoe moeten leiden dat onderzoekers de sekse en/of genderdimensie een duidelijke plek geven in hun onderzoek. Ook Noorwegen, Zweden en IJsland komen met een gezamenlijk genderprogramma³⁹.

Het kennisprogramma Gender en Gezondheid zal optimaal aansluiten bij internationale initiatieven en bestaande kennis en infrastructuur benutten.

Hoofdstuk 3

Totstandkoming en opbouw kennisagenda

Het doel van deze kennisagenda is om richting te geven aan een nieuw nationaal kennisprogramma Gender en Gezondheid. Het streven is de belangrijkste kennis-
hiaten te benoemen om zo vorm te kunnen geven aan een dergelijk programma. Uiteraard is daarbij in grote lijnen gekeken naar kennis die al voorhanden is, om te voorkomen dat onderwerpen in de kennisagenda terechtkomen waar al voldoende over bekend is. Hetzelfde geldt voor onderwerpen waar momenteel al onderzoek naar gedaan wordt.

Algemene termen

De onderwerpen die in de kennisagenda worden benoemd als kennislacune, zijn beschreven in algemene termen waarbij gekozen is voor een indeling in globale categorieën. Er zullen reviews binnen het kennisprogramma nodig zijn om daar een verder gedifferentieerde en meer gedetailleerde invulling aan te geven.

Interviews

De kennisagenda Gender en Gezondheid is samengesteld met hulp van de leden van de Werkgroep Onderzoek van de Alliantie Gender & Gezondheid. Deze leden zijn allen deskundig op het terrein van genderverschillen binnen hun eigen vakgebied. Met alle werkgroepleden zijn interviews gehouden om bestaande kennis en lacunes die om verder onderzoek vragen, te inventariseren. Daarnaast is – waar nodig – een klein aantal deskundigen geraadpleegd van buiten de werkgroep. De bevindingen uit die gesprekken zijn neergelegd in verslagen die weer becommentarieerd zijn door de geïnterviewden. Op basis van deze verslagen en bronnen uit vakliteratuur is deze kennisagenda geschreven. Daarbij hebben de betreffende deskundigen voor hun eigen (sub)thema opmerkingen en aanvullingen kunnen aanleveren die vervolgens verwerkt zijn in het voorliggende concept.

Invitational Conference

In februari 2015 vond een invitational conference plaats waarbij de concept-kennisagenda is besproken met tientallen deskundigen. Zij hebben bij de verschillende thema's aangegeven welke kennislacunes naar hun mening prioriteit zouden moeten krijgen binnen het kennisprogramma Gender en Gezondheid, op basis van de criteria. Deze prioriteiten zijn bij elk besproken thema in deze kennisagenda in een apart kader geplaatst.

Criteria

Het aantal onderwerpen dat zich leent voor onderzoek naar gender en gezondheid is bijna oneindig. Gender speelt immers een rol in alle facetten van de gezondheidszorg (zowel bij zorggebruikers als zorgverleners), de preventiesector en het gezondheidsonderzoek. Om richting te geven aan een kennisprogramma is het maken van keuzes derhalve onvermijdelijk. Belangrijke overwegingen daarbij zijn mogelijke kwaliteitsverbetering, kostenbesparing (direct en indirect), reikwijdte en kans op implementatie/valorisatie. Dit leidt tot de volgende criteria.

- 1 Mate van ziektelast en mogelijkheid tot verbetering van kwaliteit van leven; het gaat hierbij om zaken als ernst, chroniciteit, de duur en mortaliteit.
- 2 Mate van prevalentie; prioriteit zou gegeven moeten worden aan thema's die grote groepen cliënten betreffen.
- 3 Implementeerbaarheid van onderzoeksuitkomsten; het uiteindelijke doel is met onderzoek de zorgpraktijk te verbeteren, dat wil zeggen bij te dragen aan preventiemaatregelen, diagnose-, behandelings- en of begeleidingsmogelijkheden.
- 4 Hoogte van ziektekosten en mogelijkheden om deze terug te dringen.
- 5 Maatschappelijke relevantie, waaronder de mate van maatschappelijke participatie, arbeidsduur en ziekteverzuim.

Bij het toepassen van deze criteria is – onder andere – gebruik gemaakt van gegevens uit www.volksgezondheidenzorg.info

Prioritering

De kennisagenda geeft een groot aantal kennislacunes aan. Deze kennislacunes beantwoorden volgens de geraadpleegde deskundigen in grote lijnen aan genoemde criteria. Een verdere prioritering is nodig om het toekomstige kennisprogramma af te bakenen. Daarbij zijn verdere kennissyntheses nodig om goed in beeld te brengen welke kennis al beschikbaar is, zodat op basis daarvan keuzes gemaakt kunnen worden. Op sommige onderwerpen (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten) zijn reviews beschikbaar, maar op de meeste onderwerpen ontbreken deze vooralsnog.

Opbouw

Het voorafgaande leidt tot vijf grote thema's voor deze kennisagenda die waar nodig zijn onderverdeeld in subthema's.

Thema 1 Bestaande kennis verzamelen en toepassen

Thema 2 Levensloop

- a Jeugd
- b Volwassenheid en maatschappelijke participatie
- c Veroudering

Thema 3 De zorggebruiker

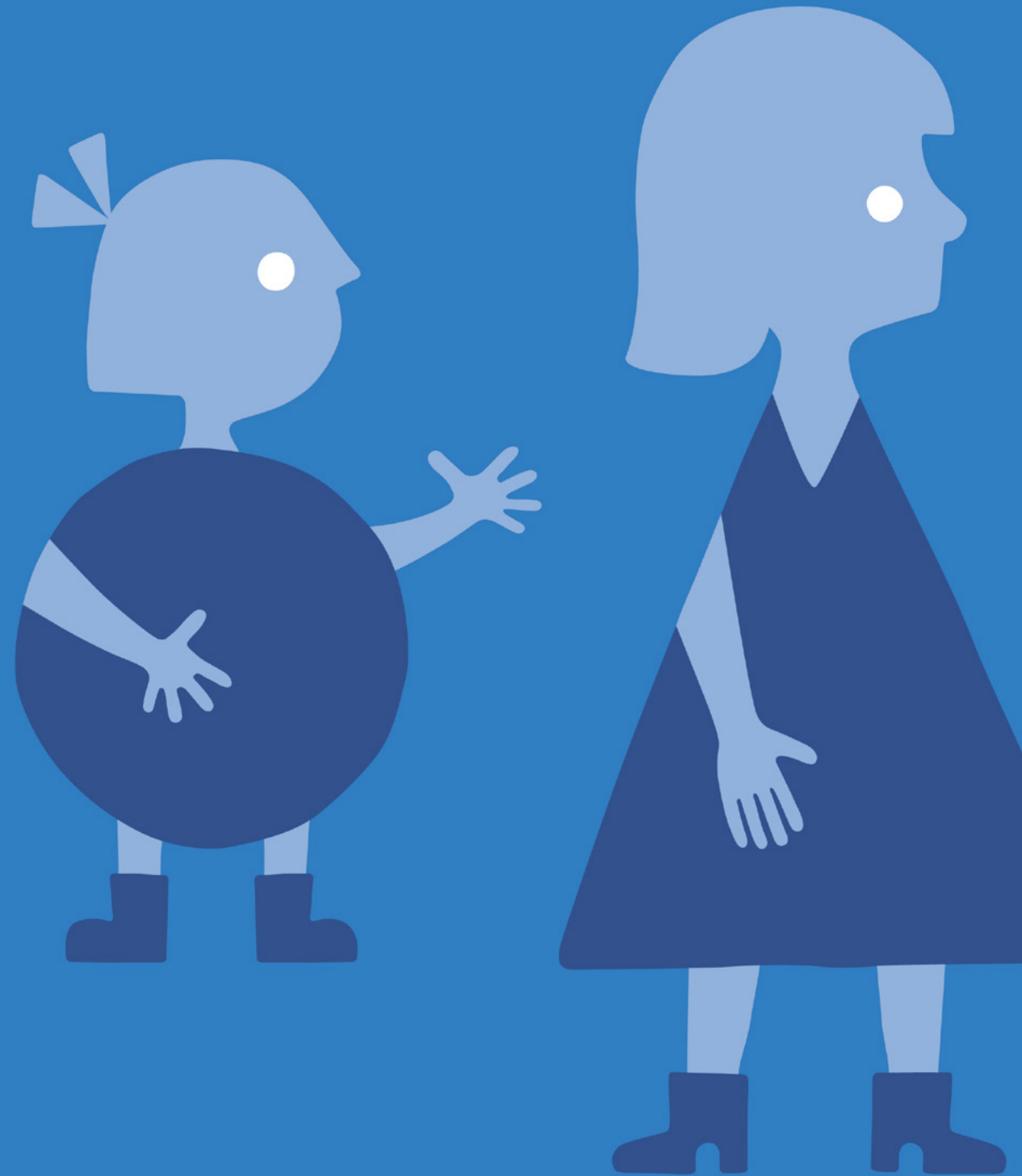
- a Leefstijl en gezondheidsbevordering
- b Algemene zorg
- c Geneesmiddelen

Thema 4 Klachten en problemen

- a Hart- en vaatziekten
- b Lichamelijk en psychisch geweld
- c Diabetes
- d Migraine
- e Onverklaarde klachten
- f Psychische en psychiatrische klachten
- g Reuma
- h Vrouwspecifieke en seksuele klachten

Thema 5 Methodologie van sekse- en genderbewust onderzoek

In deel II worden deze thema's uitgewerkt. Daar waar het gaat over kennislacunes waarvoor nieuw onderzoek nodig is (thema 2 tot en met 5), gaat het uitdrukkelijk zowel om het 'ontwikkelen als implementeren' van nieuwe kennis. Per thema zijn zowel themaspecifieke lacunes benoemd als lacunes die meerdere thema's betreffen (deze lacunes worden dus bij meerdere thema's beschreven).





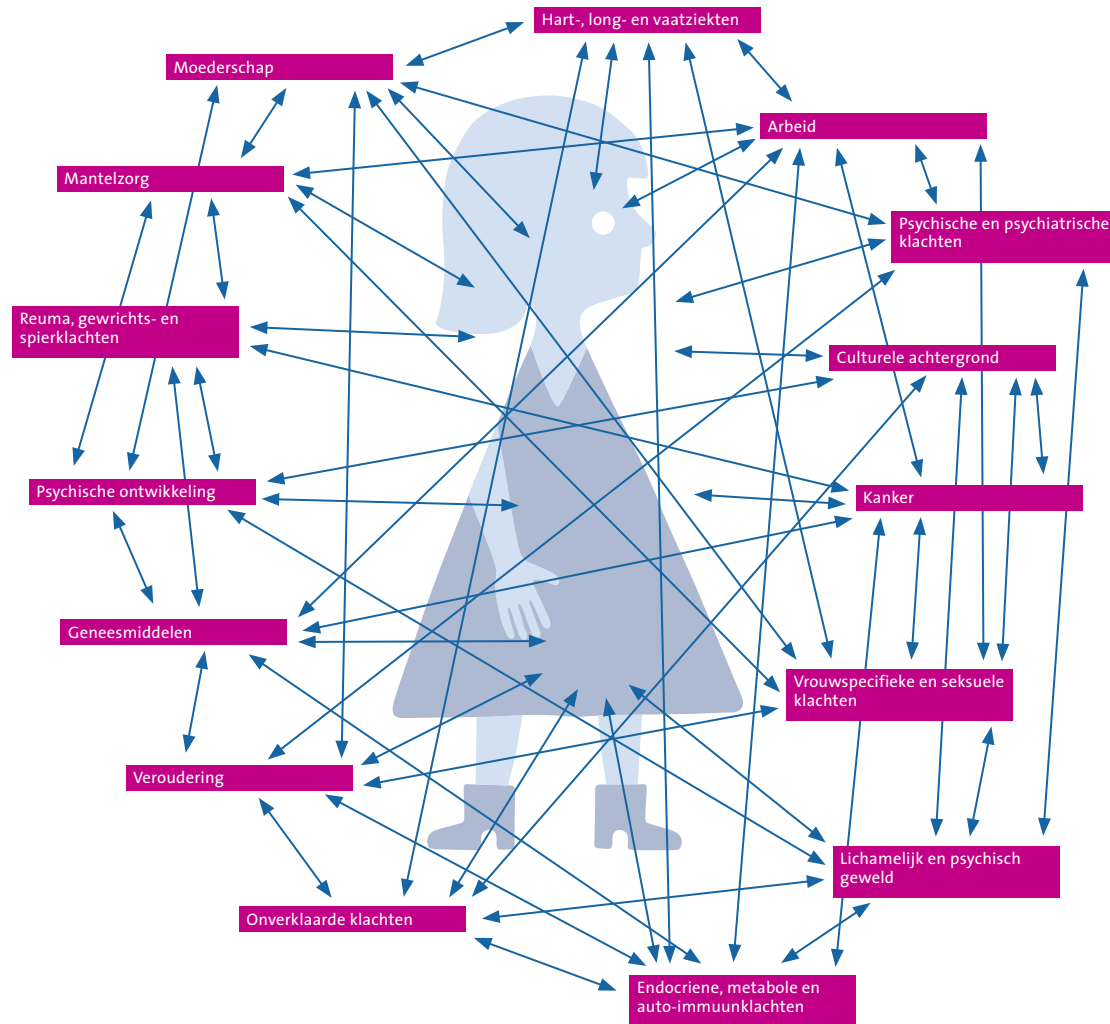
Deel II Kennisagenda

De cliënt centraal

Het motto 'de cliënt centraal' wordt mede in het kader van de verbetering van kwaliteit van zorg door velen onderschreven, maar blijkt in de praktijk van zorg en onderzoek vaak lastig uit te voeren. 'De cliënt centraal' vergt multidisciplinaire samenwerking die soms moeilijk te realiseren is in een gezondheidszorg die ingedeeld is in verschillende nog te veel los van elkaar opererende disciplines en die, ondanks alle voorde- ringen op dit gebied, nog merendeels los staat van andere domeinen.

De Werkgroep Onderzoek van de Alliantie Gender & Gezondheid pleit voor kwali- teitsverbetering door een multidisciplinaire aanpak, zowel in de praktijk als in het onderzoek. Dat volgt direct uit het gebruik van het begrip gender, dat verwijst naar een sociaal en cultureel proces waarbij aan mannen en vrouwen verschillende rollen en gedragingen worden toegeschreven inclusief de wisselwerking met psychische aspecten daarvan. Het uitgangspunt 'de cliënt centraal' betekent dan ook dat zowel bij diagnostiek als bij preventie, begeleiding en behandeling, klachten en de effecten van interventies en therapieën in samenhang met allerlei biologische, sociale en culturele factoren worden bekeken.

Onderstaande figuur geeft schematisch aan hoe allerlei klachten en problemen met elkaar kunnen samenhangen, ook in relatie tot zaken als culturele achtergrond, psychisch welzijn en arbeid.



Multidisciplinariteit

De term multidisciplinair is in dit kader op drie verschillende manieren te omschrijven: (1) samenwerking tussen disciplines binnen de gezondheidszorg, (2) samenwerking tussen de gezondheidszorg en andere domeinen zoals de welzijnssector, de jeugdzorg en/of de arbeidssector en (3) samenwerking tussen praktijk (inclusief patiënten), beleid en onderzoek. Al deze vormen van samenwerking zijn volgens de Werkgroep Onderzoek van belang om daadwerkelijk 'de cliënt centraal' te kunnen stellen. Dat betekent concreet dat in een toekomstig kennisprogramma Gender en Gezondheid deze vormen van multidisciplinariteit leidend moeten zijn, ook bij de toekenning van onderzoeks- en implementatiegelden.

Thema 1 Bestaande kennis verzamelen en toepassen

Internationaal is veel kennis over gender en gezondheid beschikbaar, maar deze is vaak nog niet geschikt voor toepassing in de Nederlandse situatie. Ook onderzoek dat in dit kader in Nederland is gedaan, heeft nog nauwelijks geresulteerd in aanpassingen van onderwijs en richtlijnen. Disseminatie van bestaande kennis binnen meerdere gezondheidsgebieden is van groot belang⁴⁰.

Kloof wetenschap, praktijk en beleid

Veel kennis die inmiddels wel aanwezig is, wordt onvoldoende toegepast binnen de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg. Dat geldt ook voor gendersensitieve zorg. Daar zijn verschillende redenen voor. Teveel seksspecifieke kennis 'blijft hangen' in wetenschappelijke publicaties en leidt niet tot aanpassing van richtlijnen en gedrag van artsen en andere zorgprofessionals. Vaak zijn zorgverleners onvoldoende op de hoogte van nieuwe sekse- en genderrelevante inzichten, mede omdat deze lang niet altijd eenvoudig te vinden zijn. Daarnaast heeft het onderwerp gendersensitieve zorg, ondanks de toenemende aandacht voor 'personalized medicine' (behandeling op maat, afgestemd op de persoonlijke kenmerken van de cliënt) geen hoge status binnen de praktijk van zorgprofessionals en wetenschap. Ook binnen opleidingen en nascholingen is gendersensitieve zorg nauwelijks een aandachtspunt. Dit wrekt zich in de zorg die vrouwen momenteel aangeboden krijgen.

Implementatie bevorderen

De Alliantie Gender & Gezondheid stelt zichzelf expliciet tot doel om niet alleen nieuwe kennis te ontwikkelen, maar ook om bestaande kennis beter te implementeren in zorg en beleid. Een effectieve implementatie vergt niet alleen kennis, maar ook acceptatie, adoptie en toepassing van die kennis in het veld. Daartoe is meer zicht nodig op factoren die de acceptatie van deze kennis kunnen bevorderen of juist belemmeren. Onderzoek daarnaar – en toepassing van de uitkomsten daarvan – binnen het kennisprogramma Gender en Gezondheid zal een impuls kunnen geven aan het ontwikkelen van effectieve strategieën ten aanzien van de implementatie van kennis over gender en gezondheid.

Reviews

Zoals ook in hoofdstuk 1 staat aangegeven is een belangrijke voorwaarde voor de implementatie van kennis over gender en gezondheid dat er een beter overzicht komt van de bestaande nationale en internationale kennis over dit onderwerp. Het is daarbij van groot belang dat er meer reviews komen waarin kennis wordt gebundeld en voor de praktijk inzichtelijk wordt gemaakt.

Implementatie in kennisprogramma Gender en Gezondheid

Binnen het op te richten kennisprogramma Gender en Gezondheid zal ongeveer 25% van de beschikbare middelen ter beschikking worden gesteld aan de verdere implementatie van bestaande kennis over gender en gezondheid. Het betreft dan ook een kennisprogramma en niet uitsluitend een onderzoeksprogramma. Alle geraadpleegde deskundigen benadrukken het belang van implementatie om daadwerkelijk tot veranderingen te komen in de gezondheidszorgpraktijk. Hiertoe is enerzijds onderzoek nodig naar effectieve implementatiestrategieën, anderzijds vergt dit het opbouwen van een infrastructuur die de implementatie van bestaande en nieuwe kennis kan bevorderen.

Kennislacunes

- Reviews van bestaande (nationale en internationale) kennis over gender- en vrouwspecifieke aspecten van in deze kennisagenda genoemde thema's, inclusief het identificeren van ontbrekende kennis. In de reviews dient aandacht te zijn voor te verwachten effecten op zowel kwaliteit van leven als zorgkosten.
- Onderzoek naar en ontwikkeling van effectieve strategieën om implementatie van kennis over gender en gezondheid te stimuleren, zowel richting praktijk (beroepsorganisaties, behandelaars) als richting beleid (overheden, verzekeraars).
- Analyse en aanpassing van bestaande richtlijnen en (diagnostische) vragenlijsten op gender- en vrouwspecifieke aspecten waar inmiddels voldoende bewijsvoering voor is, inclusief aanpassing op gendersaspecten van de richtlijn voor richtlijnontwikkeling.
- Het opzetten van drie academische werkplaatsen, waardoor een infrastructuur ontstaat (The Dutch Community Gender Medicin) waarbij onderzoek, praktijk en beleid vanzelfsprekend samenwerken en integreren. Belangrijk is daarbij dat er ontschotting van de gezondheidszorg en samenwerking tussen vakgroepen en specialismen specialismen en andere relevante domeinen plaatsvindt. Een academische werkplaats kan dienen als een expertisecentrum om uitwisseling van kennis te bevorderen.
- Bundelen en ter beschikking stellen van kennis over gender- en vrouwspecifieke lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg in één groot, landelijk, digitaal platform.

- Implementeren van bestaande en nieuwe kennis over gender- en vrouwspecifieke gezondheidszorg (lichamelijk en geestelijk) in bestaande gezondheidsplatforms.
- Gendersensitieve zorg opnemen in (de eindtermen van) opleidingen en nascholingen.
- Opname van bestaande kennis over genderverschillen in voorlichtingsmateriaal voor patiënten.
- Vergelijkend onderzoek naar bestaande wet- en regelgeving, instituten en overige infrastructuur in Nederland ten opzichte van andere landen op het gebied van gender & health.
- Publiek-private samenwerking met farmaceutische bedrijven en zorgverzekers gericht op gender en gezondheid.

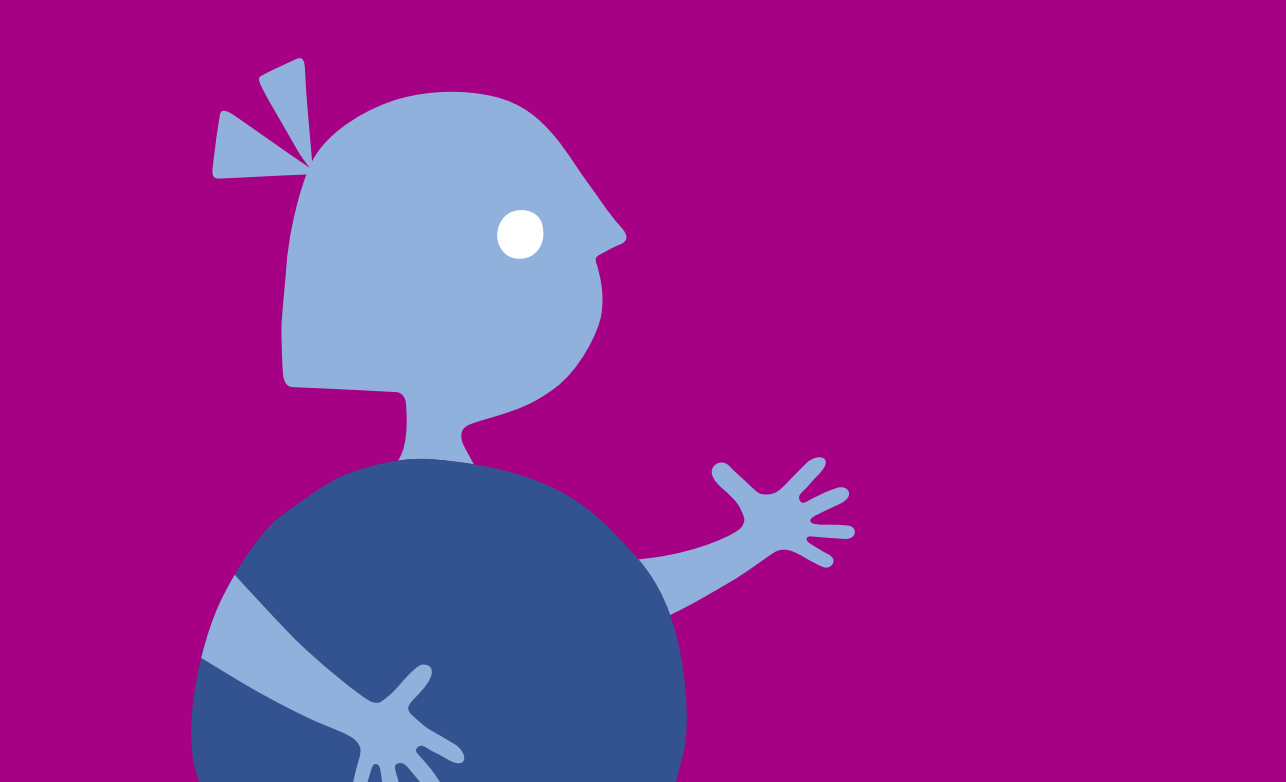
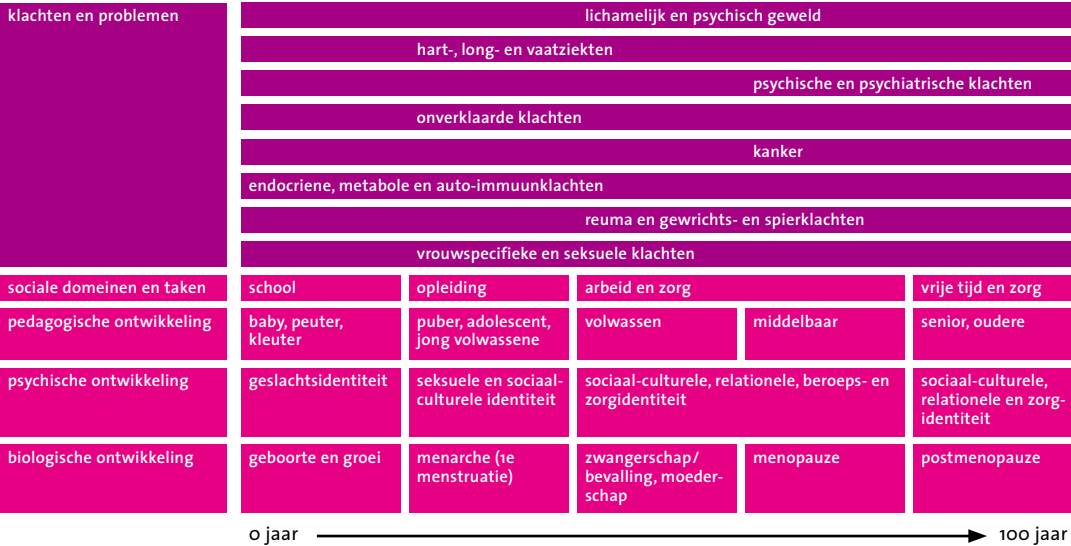
Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Reviews van bestaande (nationale en internationale) kennis over gender- en vrouwspecifieke aspecten van in deze kennisagenda genoemde thema's.
- Aanpassen van richtlijnen en richtlijnontwikkeling.
- Het opzetten van academische werkplaatsen.
- Bundelen en ter beschikking stellen van kennis over gender- en vrouwspecifieke lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg in één groot, landelijk, digitaal platform.
- Gendersensitieve zorg opnemen in (de eindtermen van) opleidingen en nascholingen.
- Vergelijkend onderzoek naar bestaande wet- en regelgeving, instituten en overige infrastructuur in Nederland ten opzichte van andere landen op het gebied van gender & health.
- Publiek-private samenwerking met farmaceutische bedrijven en zorgverzekers gericht op gender en gezondheid.

Thema 2 Levensloop

‘De cliënt centraal’ wil ook zeggen dat problemen en klachten worden bekeken in relatie tot de leefsituatie. Die verschilt van persoon tot persoon en is mede afhankelijk van de levensfase van de vrouw. In de jeugdfase gaat het vooral om groeien, leren en het vormen van een prille identiteit. Volwassenen staan ‘volop in het leven’, gaan relaties aan, vormen al dan niet een gezin en participeren intensief in het maatschappelijk leven. Ouderen kunnen nog wel volop participeren in de samenleving, al is dit in de regel niet meer door betaalde arbeid. In toenemende mate krijgen de meeste ouderen te maken met lichamelijke (en soms psychische) klachten en gebreken.

De ontwikkeling die vrouwen meemaken gedurende hun leven is, zoals in onderstaand schema is weergegeven, vanuit verschillende perspectieven te beschouwen: biologisch, psychologisch, pedagogisch of sociologisch. De meeste gezondheidsklachten kunnen zich op elk moment in het leven openbaren. Dat neemt niet weg dat elke levensfase eigen (elkaar vaak beïnvloedende) gezondheidsrisico’s en problemen met zich meebrengt.



Thema 2a Jeugd

Er zijn grote verschillen tussen meisjes en jongens, in biologie, hormoonhuishouding, ontwikkeling en zorgconsumptie. In onderzoek en in beleidsnota’s wordt nog onvoldoende onderscheid gemaakt, terwijl dit wel degelijk relevant is. Zo wordt in het RGO-advies ‘Kind en Ziekte’⁴¹ geen onderscheid gemaakt tussen jongens en meisjes, niet in de inhoud en niet in de tabellen rond incidentie, prevalentie en zorgkosten. Maar er wordt ook niet aangegeven dat er geen verschillen zijn. Dit is blijkbaar nog een gebied dat aandacht behoeft en waar gezondheidswinst te behalen is. Gelukkig komt er de laatste jaren meer aandacht voor gezondheidsverschillen tussen jongens en meisjes en komt er meer kennis beschikbaar.

Verschillen

Uiteraard zijn er biologische verschillen tussen jongens en meisjes. Al in de zesde week van de zwangerschap wordt het (mannelijk) Y-chromosoom actief. Dat zorgt ervoor dat de mannelijke geslachtsdelen zich ontwikkelen. Ook de hersenontwikkeling verloopt onder invloed van testosteron al in de baarmoeder geheel anders. Zo ontwikkelt bij jongens de rechterhelft zich doorgaans beter dan de linkerhelft. Testosteron zorgt er verder voor dat het immuunsysteem zich minder goed ontwikkelt.

Jongens ontwikkelen zich anders dan meisjes. Die verschillen zitten bijvoorbeeld in de ontwikkeling van de hersenen en de hormoonhuishouding. Gemiddeld rijpen jongens iets langzamer dan meisjes: het jongensbrein is gerijpt na 25 jaar, het meisjesbrein is dat ongeveer twee jaar eerder. Het afweersysteem van jongens is aanvankelijk wat zwakker: jongens zijn in hun eerste levensjaren iets vaker ziek dan meisjes. De fysieke groei verloopt bij jongens vaak langzamer en onregelmatiger dan bij meisjes. Jongens hebben vaak groeispurten, bij meisjes gaat de groei wat geleidelijker. Ook de emotionele en cognitieve ontwikkeling verloopt bij jongens minder snel en minder geleidelijk dan bij meisjes. Qua taalontwikkeling lopen jongens 1 tot 1,5 jaar achter op meisjes. De puberteit begint bij meisjes tussen de 9 en de 14 jaar en bij jongens tussen 10 en 17 jaar.

Tijdens de adolescentie start de seksuele ontwikkeling gecombineerd met vruchtbaarheid en menstruatie; ingrijpende lichamelijke veranderingen met tal van lichamelijke en psychosociale gevolgen.

Meisjes kunnen impulsen die voortkomen uit het centraal zenuwstelsel beter beheersen. Hun sterker ontwikkelde frontale cortex zorgt voor remming van impulsen.

In de afgelopen dertig jaar ging men er veelal vanuit dat seksespecifiek gedrag kwam door de opvoeding die we kregen. Onderzoek wijst echter uit dat de hersenontwikkeling al in de baarmoeder anders verloopt en daardoor van grote invloed is. Aan de hand daarvan zou je kunnen stellen dat jongens en meisjes gewoon geheel anders denken. Toch is het zo dat ook opvoeding de hersenen beïnvloedt. Hersenen blijven zich immers ontwikkelen. Hersenen ontwikkelen zich door te leren. Het is niet uitgesloten dat een stereotyperende benadering van kinderen de hersenen zo beïnvloedt dat meisjeshersenen en jongenshersenen steeds meer verschillen gaan vertonen.

Lichamelijke klachten

De ervaren gezondheid neemt af naarmate kinderen ouder worden: van 96% bij kinderen jonger dan 12 jaar (beoordeling van de ouders/verzorgers), via 92% bij jongeren van 12–18 jaar tot 90% bij jongeren van 18–25 jaar. Meisjes zijn iets minder positief dan jongens (92% versus 94%)⁴². Dit beeld komt overeen met de resultaten van de HBSC-studie 2009⁴³ over de gezondheidsbeleving van jongeren. Bij de jongeren van 12–15 jaar is er weinig tot geen verschil tussen jongens en meisjes; 81% tot 91% zegt een goede of zeer goede gezondheid te genieten. Bij de jongens is dat op 16-jarige leeftijd nog altijd 87%, maar bij meisjes is het percentage teruggelopen tot 71%.

Lichamelijke klachten vormen de meest voorkomende reden om naar huisarts te gaan, vooral onder meisjes. Van de fysieke gezondheidsproblemen zijn lichamelijke klachten (spanningshoofdpijn, migraine, buikpijn, obstipatie of vermoeidheid) de meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken.

In totaal bezoeken 88 per 1.000 0-19-jarigen de huisarts vanwege een lichamelijke klacht, variërend tussen 3,3 per 1.000 voor migraine en 24 per 1.000 voor obstipatie. Hoofdpijn, buikpijn en migraine komen het vaakst voor bij meisjes tussen 10 en 19 jaar.

Psychologische en sociale problematiek

Over het algemeen genomen is de Nederlandse jeugd gelukkig⁴⁴. Al met al zijn basisschoolleerlingen gelukkiger dan middelbare scholieren, en voelen tijdens de adolescentie meer meisjes dan jongens zich ongelukkig⁴⁵.

De manier waarop gedragsproblemen zich uiten, verschilt tussen jongens en meisjes. Jongens worden vaak lastig voor hun omgeving: ze gaan schreeuwen en (soms) dingen vernielen. Meisjes worden eerder lastig voor zichzelf: ze worden depressief, krijgen eetstoornissen of gaan in zichzelf snijden.

Dertig procent van de jongens van 16 jaar drinkt op één dag in het weekend meer dan tien glazen, van de meisjes doet 9% dat. Meisjes drinken steeds meer en kunnen slechter tegen drank dan jongens. Bij meisjes van 15–19 jaar is in de periode 2000–2010 het aantal opnames op de spoedeisende hulp (SEH) voor een alcoholvergiftiging met 101% gestegen. Bij de jongens is dit met 66% toegenomen⁴⁶.

Problematisch gamen komt vooral voor bij jongens (7% tegenover 0,9% bij meisjes); problematisch gebruik van sociale media komt juist vaker bij meisjes voor (8,6% tegenover 3,7% bij jongens)⁴⁷. Problematisch gebruik van sociale media hangt bijvoorbeeld samen met verlaagde schoolprestaties, afname van sociale activiteiten buiten het internet en depressieve gevoelens⁴⁸.

ADHD en autisme komen veel vaker voor bij jongens en worden mede daardoor bij meisjes vaker over het hoofd gezien dan bij jongens.

Autismespectrumstoornissen uiten zich bij vrouwen op een andere manier dan bij mannen. Op sociaal en communicatief gebied is er vaak sprake van compensatiemechanismen, waardoor gedragsobservaties soms onvoldoende zicht geven op de aanwezige problematiek⁴⁹. Ouders en leerkrachten, maar ook psychologen en psychiaters herkennen de gematigde symptomen van meisjes minder snel. Jongens met ADHD vertonen impulsief gedrag en zijn lastig. Meisjes vindt men misschien druk en praatgraag, maar niet lastig waardoor deskundige hulp onvoldoende wordt ingeschakeld.

Zowel voor jongens als voor meisjes geldt dat zij meer risico op seksueel misbruik lopen wanneer zij opgroeien bij één biologische ouder. Meisjes lopen een groter risico dan jongens, zeker wanneer zij bij een stiefvader wonen. Seksueel misbruik komt vaker voor in gezinnen waarin de moeder, letterlijk of emotioneel, afwezig is. Dat is bijvoorbeeld het geval als de moeder buitenshuis werkt, verslaafd of ziek is. Meisjesbesnijdenis, of beter gezegd vrouwelijke genitale verminking, is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, waar geen medische noodzaak voor is. Daarbij wordt een deel of het geheel van de vrouwelijke genitaliën weggesneden. Hoe vaak vrouwelijke genitale verminking daadwerkelijk voorkomt bij in Nederland woonachtige meisjes, is niet bekend. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)

heeft dit aantal in 2005 op 50 geschat.

Uit het langlopende TRAILS-onderzoek onder 2.300 kinderen en jongeren in Noord-Nederland blijkt dat meisjes met psychische problemen meer gebruik van zorg maken dan jongens⁵⁰. De gegevens laten zien dat op 10/11-jarige leeftijd 20% van de jeugd deze zorg gebruikt, op 19-jarige leeftijd is dit gestegen tot 32%. De stijging zit vooral bij meisjes, en verreweg de meeste zorg is algemene zorg, zoals het bezoeken van de huisarts.

In de ZonMw-programma's voor Jeugd komen daar waar relevant verschillen tussen meisjes en jongens in psychosociale ontwikkeling aan bod. Waar mogelijk zullen onderdelen van deze kennisagenda Gender en Gezondheid worden meegenomen in nieuwe programmering.

Kennislacunes

- Eendrachtige samenwerking van de verschillende disciplines en onderzoeksgroepen in het onderzoeksveld 'verschillen tussen jongens en meisjes bij gezondheid en ziekte'.
- Verschillen tussen jongens en meisjes (jeugd) wat betreft hoofdpijn en migraine.
- Invloed van hormonale cyclus op ontwikkeling en gezondheid van meisjes.
- Oorzaken van grote toename huisartsenbezoek door meisjes.
- Effectieve interventies voor terugdringen verslaving aan sociale media bij meisjes.
- Gendergerelateerde methoden om de ontwikkeling van obesitas, diabetes en cardiovasculaire risicofactoren bij kinderen (met name na zwangerschapsdiabetes) te verminderen.



Thema 2b **Volwassenheid en maatschappelijke participatie**

De volwassenheid staat grotendeels in het teken van maatschappelijke participatie. Naast de eigen gezinssituatie (in alle verscheidenheid) is er meestal sprake van arbeid, vrijwilligerswerk en/of soms mantelzorg. Gedurende de volwassenheid kunnen zich vele gezondheidsproblemen – al dan niet vrouwspecifiek – openbaren. Deze problemen worden behandeld onder thema 4: klachten en problemen. Hier beperkt de kennisagenda zich tot de relatie maatschappelijke participatie en gezondheid.

Participeren

Maatschappelijke participatie staat in onze samenleving hoog in het vaandel. Arbeid of andere vormen van maatschappelijke participatie en gezondheid beïnvloeden elkaar wederzijds. De invloed van maatschappelijke participatie op gezondheid is niet eenduidig, zo blijkt uit de literatuur. Werk (inclusief vrijwilligerswerk) beïnvloedt de gezondheid meestal positief, maar soms ook negatief door het veroorzaken van aan arbeid gerelateerde klachten of het verergeren van al bestaande gezondheidsproblemen. Andersom heeft de mate van gezondheid van mensen invloed op hun arbeidsparticipatie en andere vormen van participatie.

Voorals als gezondheidsproblemen tot beperkingen leiden, is er sprake van een negatief effect op participatie. Een slechte gezondheid heeft een negatief effect op participatie aan arbeid (één uur per week of meer) en andere activiteiten (vrijwilligerswerk en lidmaatschap van een (sport) vereniging). Dat vrouwen vaker last hebben van beperkingen en een minder goede gezondheid rapporteren, heeft dus een negatief effect op hun (arbeids)participatie⁵¹. Uit onderzoek over gezondheid en arbeidsdeelname bleek dat het negatieve effect van een slechtere gezondheid op arbeidsdeelname sterker is bij vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst dan bij autochtone vrouwen⁵².

Op verschillende manieren kan een minder goede gezondheid de arbeidsparticipatie negatief beïnvloeden: nooit toetreden tot de arbeidsmarkt (in het geval van ernstige ziekten/beperkingen), ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, en (voor zover tegenwoordig nog mogelijk) vroegpensioen. Daarbij moet worden opgemerkt dat voor (vooral oudere) vrouwen er nog een verborgen effect is van gezondheid op arbeidsdeelname, dat in de genoemde onderzoeken niet zichtbaar wordt omdat daar alle banen vanaf één uur per week meetellen. Veel vrouwen werken namelijk parttime, maar de reden daarvoor is bij oudere vrouwen vaak hun slechtere gezondheid. Verder blijkt uit onderzoek dat oudere, hogeropgeleide vrouwen (van alle categorieën werknemers) relatief vaak vermoeidheid en gevoelens van uitputting in relatie tot hun werk rapporteren. Vrouwen die minder dan 25 uur per week werkten, hadden hier minder last van dan vrouwen die in grotere deeltijdbanen en voltijdbanen werkten. Daaruit concluderen de onderzoekers dat deze vrouwen in deeltijd werken om de totale belasting (van werk en zorg voor kinderen/huishouden en mantelzorg) te beperken en daarmee hun gezondheid te beschermen⁵³. De kans bestaat dat door de huidige transities in de zorg de vraag naar mantelzorg en daarmee de druk op vrouwen verder zal toenemen. Veel vrouwen in Nederland hebben een betaalde baan, maar de gemiddelde arbeidsduur is laag⁵⁴.

Er zijn specifieke vrouwen- en mannenberoepen. Mannen zijn iets meer te vinden in sectoren waarin veel zwaar lichamelijke arbeid wordt verricht (zoals de bouw). Maar ook de arbeidsomstandigheden in sectoren waarin veel vrouwen werken, zoals de gezondheidszorg, de schoonmaakbranche en uitzendwerk, zijn ongunstig⁵⁵. Veel van dit werk is lichamelijk en/of emotioneel zwaar. Totaal hebben iets meer mannen dan vrouwen te maken met lichamelijk zwaar werk en iets meer vrouwen met emotioneel zwaar werk⁵⁶. Bovendien werken vrouwen vaker dan mannen in beroepen waarin ze zelf weinig regie hebben over hoe, wanneer en in welke volgorde ze hun werk doen en hebben vrouwen meer dan mannen te maken met seksuele intimidatie en geweld op het werk⁵⁷. Vrouwen werken ook meer dan mannen in laagbetaalde sectoren (en verdienen verhoudingsgewijs dus ook minder) en doen vaker werk dat zich leent voor deeltijdarbeid, zodat ze werk en zorgtaken kunnen combineren. Bekend is verder dat vrouwen ook voor hetzelfde werk vaak lager betaald worden.

Op het gebied van vrijwilligerswerk en informele zorg zijn vrouwen iets actiever dan mannen. De zorg voor kinderen en mantelzorg komt meer neer op de schouders van vrouwen dan op die van mannen.

De totale tijdsbesteding van mannen en vrouwen met jonge kinderen is onder mannen het hoogst⁵⁸.

Arbeidsparticipatie, verzuim en arbeidsongeschiktheid

Veel Nederlandse vrouwen doen betaald werk, maar ze werken relatief weinig uren. Werk draagt over het algemeen bij aan gezondheid en mede daarom is het hebben van betaalde arbeid wenselijk. Talenten van vrouwen zijn belangrijk voor de samenleving, sociologisch maar ook economisch, bijvoorbeeld voor de financiering van de verzorgingsstaat. Ook de representatie van vrouwen op de werkvloer en in hogere functies is van belang voor een meer evenwichtige arbeidsverdeling.

Ook al is de arbeidsparticipatie en de arbeidsduur van vrouwen lager dan die van mannen, ze doen bijna even vaak een beroep op arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen als mannen. De dubbele belasting van vrouwen door de combinatie van arbeid en gezin zorgt alleen bij alleenstaande moeders voor meer arbeidsongeschiktheid. Wel is het (kortdurend) verzuim onder vrouwen met jonge kinderen hoger dan dat van mannen met jonge kinderen.

In 2013 bedroeg het ziekteverzuim 3,6% onder mannen en 4,4% onder vrouwen. Het ziekteverzuim is de afgelopen twee jaar gedaald. Dat geldt vooral voor vrouwen, die in 2013 het laagste verzuim hadden sinds 2008. Het verschil in ziekteverzuim tussen mannen en vrouwen is het grootst in de leeftijdsgroep van 25 tot 35 jaar. Hoewel het verzuimpercentage exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof is, is het aannemelijk dat vrouwen in deze leeftijdscategorie vaker verzuimen vanwege ziekte tijdens de zwangerschap of als gevolg van complicaties bij de bevalling⁵⁹. Dat vrouwen – vrijwel steeds ongeacht de leeftijd – vaker verzuimen dan mannen komt ook doordat relatief veel vrouwen werkzaam zijn in de gezondheidszorg of het onderwijs, waar het ziekteverzuim relatief hoog is⁶⁰.

Mede omdat de toestroom van vrouwen op de arbeidsmarkt in Nederland pas laat op gang kwam (jaren tachtig) is de gemiddelde leeftijd van vrouwen op de arbeidsmarkt lager dan die van werkende mannen⁶¹. Dat betekent dat verwacht kan worden dat door het gemiddeld ouder worden van vrouwelijke werknemers ook het ziekteverzuim van vrouwen de komende jaren verder zal toenemen met alle gevolgen, waaronder een verdere groei van maatschappelijke kosten, van dien⁶².

Verschillen tussen vrouwen onderling qua opleidingsniveau, leeftijd en culturele achtergrond hebben grote invloed op de wijze waarop de relatie tussen arbeid en gezondheid uitpakt. Zo hebben Turkse en Marokkaanse vrouwen een nog hoger arbeidsongeschiktheidsrisico en is hun arbeidsdeelname afgenomen. Ondanks een hogere opleiding is het verzuim van jonge vrouwen nog altijd hoger dan dat van hun mannelijke leeftijdsgenoten, met name als gevolg van psychische klachten⁶³.

Deeltijdwerk werd vroeger vooral geassocieerd met moederschap, maar tegenwoordig lijkt dit de norm te worden voor alle vrouwen⁶⁴. Bovendien worden in de tweede fase van de crisis vooral de werkgelegenheid in de publieke sector en de dienstverlening waaronder de gezondheidszorg getroffen. In deze sectoren zijn vrouwen oververtegenwoordigd.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Genderverschillen (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) in de wederkerige relatie tussen psychische problemen (stress, angsten, depressie, burn-out) en arbeidsverzuim dan wel arbeidsongeschiktheid.
- Relatie werkstress bij vrouwen en hart- en vaatziekten, mede in het licht van dubbele taken (huis/gezin en werk) van vrouwen.
- Samenhang tussen seksuele problemen en bekkenbodempromotie en de gevolgen daarvan voor het maatschappelijk functioneren van vrouwen.
- De wijze waarop vrouwelijke werknemers, leidinggevers en arboartsen aankijken tegen en omgaan met vrouwspecifieke klachten zoals vruchtbaarheidsproblemen of problemen tijdens menstruatie en overgang.
- Armoede bij oudere (migranten)vrouwen in relatie tot gezondheid, gezondheidszorg, en informele zorg.
- Methoden van anticonceptie en de effecten op de maatschappelijke participatie van vrouwen.
- Cyclus- en reproductiegerelateerde problemen van vrouwen en de gevolgen daarvan voor maatschappelijke participatie.
- De gevolgen van menstruele en menopauzale klachten voor de maatschappelijke participatie inclusief de arbeidsduur en het ziekteverzuim van vrouwen.

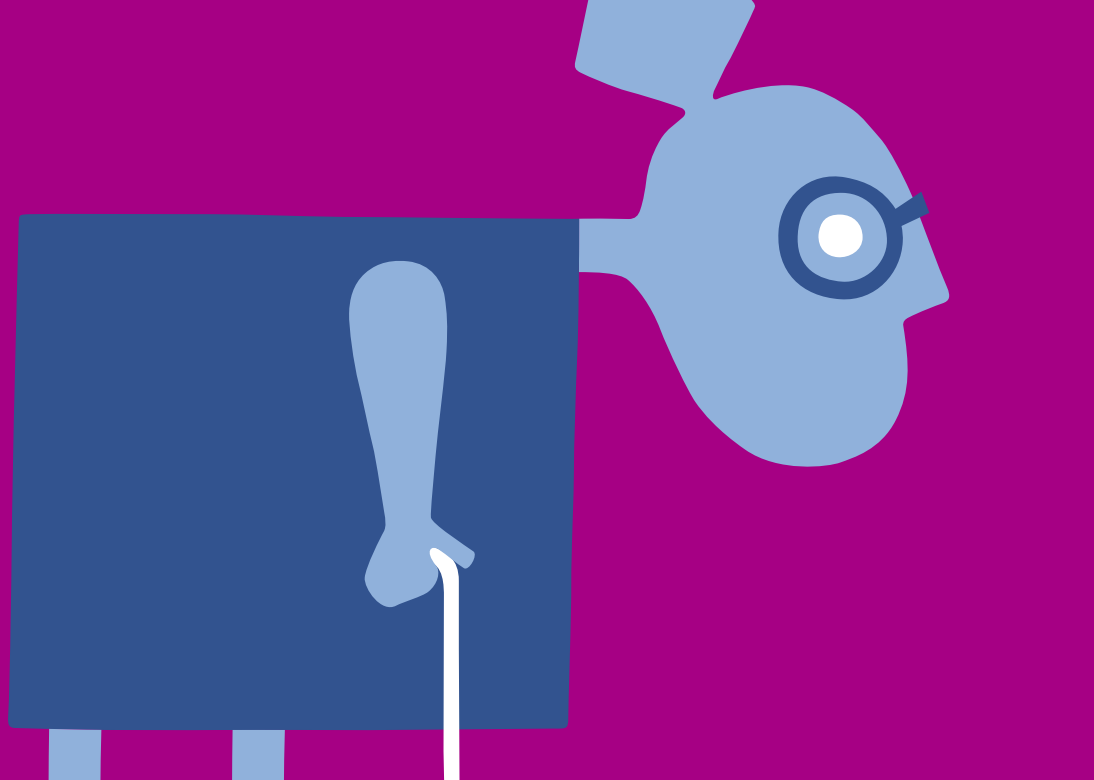
Specifiek op volwassenheid en maatschappelijke participatie

- Genderverschillen (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) in maatschappelijke participatie, arbeidsduur, verzuim en arbeidsongeschiktheid in relatie tot gezondheid, onderliggende factoren en maatschappelijke kosten.
- Genderverschillen (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) in de wijze waarop leidinggevers en werkgevers omgaan met participatie, verzuim en arbeidsongeschiktheid in relatie tot gezondheid.
- Multidisciplinair onderzoek naar de gevolgen van dubbele belasting (arbeid, gezin en mantelzorg) voor de gezondheid, positie en maatschappelijke participatie van vrouwen. Dit mede in het licht van de actuele transities in de zorg en het feit dat vrouwen meer zorgberoepen uitoefenen.
- Genderverschillen (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) binnen arbozorg (zowel bij behandelaars als werknemers).
- De verschillen tussen parttime en fulltime werk van vrouwen in relatie tot gezondheid.

- De invloed van seksuele intimidatie en geweld op het werk in relatie tot arbeidsparticipatie, arbeidsduur, verzuim en arbeidsongeschiktheid.
- De relatie tussen verzuim en arbeidsongeschiktheid en minder regie in het werk van vrouwen.
- Genderverschillen in verzuim en arbeidsongeschiktheid in relatie tot gezondheid (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) gerelateerd aan zaken als geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en culturele achtergrond.
- Factoren die de re-integratie van vrouwen in het arbeidsproces na de behandeling van borstkanker versterken.
- Gezondheid en overbelasting als reden voor vrouwen om zich terug te trekken uit het arbeidsproces (bijvoorbeeld ter preventie van verzuim en arbeidsongeschiktheid) en de consequenties die niet-werken heeft voor de gezondheid.
- De relatie tussen arbeidsomstandigheden en de gezondheid van vrouwen (ook op latere leeftijd).

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacune tot topprioriteit benoemd.

- Multidisciplinair onderzoek naar de gevolgen van dubbele belasting (arbeid, gezin en mantelzorg) voor de gezondheid, positie en maatschappelijke participatie van vrouwen. Dit mede in het licht van de actuele transities in de zorg en het feit dat vrouwen meer zorgberoepen uitoefenen.



Thema 2c Veroudering

Eén van de belangrijkste uitdagingen in de zorg waarbij het aspect gender ernstig is onderbelicht, is veroudering en daaraan gekoppeld 'healthy aging'. Gemiddeld leven vrouwen langer dan mannen, maar mannen en vrouwen hebben evenveel jaren van goede gezondheid. Het aantal jaren dat vrouwen in goede gezondheid leven, neemt ook niet toe. Kortom, de extra jaren die vrouwen leven, is in matige of slechte kwaliteit van leven, dit ondanks het feit dat een groot deel van het gezondheidsbudget wordt besteed aan chronische ziekten van de ouder wordende vrouw. Op oudere leeftijd verschillen vrouwen en mannen zowel in de mate waarin aandoeningen voorkomen als de aard van de aandoeningen en het aantal aandoeningen dat tegelijkertijd optreedt (multimorbiditeit). Vrouwen hebben andere aandoeningen dan mannen en deze zijn minder vaak levensbedreigend⁶⁵. Multimorbiditeit komt ook meer bij vrouwen voor.

Het percentage 75-plussers met beperkingen is bij vrouwen veel hoger dan bij mannen, niet alleen doordat vrouwen ouder worden dan mannen. Ook wanneer men rekening houdt met de leeftijdsopbouw van de groepen vrouwen en mannen van 75 jaar en ouder, blijft het percentage beperkingen bij vrouwen hoger dan bij mannen⁶⁶. Ruim 41% van de mannen zegt minimaal één langdurige aandoening te hebben, tegenover ruim 53% van de vrouwen. Hoe ouder men is, hoe vaker men twee of meer langdurige aandoeningen meldt⁶⁷.

Ziekten waaraan naar verhouding meer vrouwen overlijden dan mannen zijn psychische en gedragsstoornissen (vooral dementie), ziekten van huid en onderhuids bindweefsel (merendeel doorlig- en andere infecties) en ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel (osteoporose, artrose, artritis). Aan deze ziekten overlijden ruim tweemaal zoveel vrouwen als mannen, vooral op zeer hoge leeftijd⁶⁸. Vrouwen worden disproportioneel getroffen door beroerte. Beroertes komen nauwelijks voor onder de zestig jaar. Onder ouderen neemt de incidentie met de leeftijd sterk toe. In elke leeftijdsgroep is de incidentie voor vrouwen lager dan voor mannen, tot op hoge leeftijd. Desondanks sterven er in Nederland meer vrouwen aan een beroerte dan mannen, doordat er relatief veel oudere vrouwen zijn, juist oudere vrouwen een beroerte krijgen en de sterftেকans toeneemt met de leeftijd. Er zijn sekseverschillen geconstateerd in het risicoprofiel, de klinische presentatie, de reactie op de behandeling, het pathologisch mechanisme (intrinsieke en hormonale mechanismen) en de pathofysiologische gevolgen.

Oorzaken

Er is een aantal studies gewijd aan de vraag waarom vrouwen langer leven dan mannen. Verklaringen worden gezocht in verschillen in leefstijlfactoren (bijvoorbeeld roken en drinken), risicovoller gedrag van mannen, fysiek zwaardere beroepen, mate van stress en geweld (moord). Door voortgaande emancipatie van vrouwen (relatief meer roken, meer en zwaarder dan wel stressvoller werk) is de verwachting dat de verschillen in levensduur tussen mannen en vrouwen (deels) zullen verminderen. Daarnaast lijkt het hormoon oestrogeen het vrouwenlichaam in betere conditie te houden en zou het immuunsysteem van vrouwen langer goed functioneren. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen ten voordele van vrouwen wordt al gedurende lange tijd in ongeveer elk land ter wereld gezien. Om die reden is het zeer waarschijnlijk dat er mede een biologisch verschil tussen de seksen aan ten grondslag ligt.

Hierbij kan het gaan om factoren die gerelateerd zijn aan de genen en factoren die gerelateerd zijn aan geslachtshormonen. Een belangrijke genen-gerelateerde factor is de inactivatie (random of selectief) van één van de twee X-chromosomen die plaatsvindt in alle vrouwelijke cellen. Hierdoor kunnen disfunctionele genen onderdrukt worden en voordelige genen juist tot expressie worden gebracht. Mannelijke cellen hebben maar één X-chromosoom en hier vindt zo'n inactivatie niet plaats. Geslachtshormonen kunnen langs twee wegen hun invloed doen gelden: via structurele effecten die tot stand komen gedurende kritieke perioden in de ontwikkeling van het menselijk lichaam (zoals in de foetale periode, de vroege kindertijd en de puberteit) en via tijdelijke effecten die optreden als de hormoonspiegels stijgen en weer verdwijnen als de spiegels dalen. De verschillen die zo tussen vrouwen en mannen ontstaan, leiden bij vrouwen tot gunstiger uitkomsten ten aanzien van onder meer immuunfunctie, oxidatieve stress reacties en antioxidant status, het lipoproteïenmetabolisme, vetopslag en metabolisme, de stressrespons via de hypothalamus-hypofyse-bijnier as (HPA) en het vermogen van vrouwelijke cellen om de integriteit te behouden onder invloed van verschillende stressoren.

Een combinatie van deze factoren kan bijdragen aan de langere levensverwachting van vrouwen⁶⁹.

Het tekort aan oestrogenen na de menopauze⁷⁰ veroorzaakt bij vrouwen hoogstwaarschijnlijk klachten als verlies in botdensiteit, hart- en vaatziekten (incl. hersenbloeding), cognitieve stoornissen en alzheimer, depressiviteit, verzakkingen en incontinentie. De Utrechtse gynaecoloog Bart Fauser noemde dit tijdens zijn oratie in 2005 de vrouwspecifieke veroudering, omdat deze een biologische oorzaak heeft die alleen voor het vrouwelijk geslacht geldt. Het hele lichaamssysteem van vrouwen is anders. De ovariumfunctie beperkt zich niet tot reproductie, maar speelt een centrale rol bij de gehele gezondheidstoestand en het welbevinden van vrouwen gedurende hun hele leven: van de embryonale tijd tot aan het overlijden.

De gezondheid op oudere leeftijd wordt sterk bepaald door de beperkingen die optreden bij het uitvoeren van de dagelijkse bezigheden (kwaliteit van leven). Oudere vrouwen ervaren meer beperkingen dan oudere mannen. Dat vrouwen vaker multimorbiditeit hebben, kan dit verschil maar ten dele verklaren: ook bij een gelijk aantal aandoeningen blijken de beperkingen die vrouwen ervaren ernstiger te zijn⁷¹ en ook bij aandoeningen van gelijke aard (die de beperkingen bepaalt) zijn de beperkingen bij vrouwen meestal groter⁷². Mogelijk is de ernst van de aandoeningen bij vrouwen groter of spelen andere factoren, bijvoorbeeld sociaal-maatschappelijke factoren, een rol in het ervaren van beperkingen, die vaker voorkomen bij vrouwen of die een ander effect hebben bij vrouwen dan bij mannen. Hier is nog weinig onderzoek naar gedaan.

Stand van zaken

Het aantal ouderen groeit met de jaren en aandoeningen die voorheen vaak een dodelijke afloop hadden, worden dankzij betere zorg meer en meer chronische aandoeningen. Daarmee nemen de druk op de gezondheidszorg en de daaraan gekoppelde maatschappelijke kosten eveneens toe.

Onder ouderen is dementie een toenemend probleem. Ondanks wisselende resultaten uit verschillende studies lijkt dementie even vaak bij mannen als vrouwen voor te komen. Bij mannen lijken erfelijke factoren een grotere rol te spelen bij het ontstaan van dementie, bij vrouwen oestrogenen. Mannen met dementie hebben een kortere levensduur en verhoogde mortaliteit in vergelijking met vrouwen. Armoede – een belangrijke risicofactor voor gezondheidsproblemen – is onder oudere vrouwen, met name migrantenvrouwen, een veel groter probleem dan onder mannen. Vrouwen hebben slechtere pensioenen, migrantenvrouwen hebben behalve vaak geen pensioen ook geen volledige AOW. Dat betekent dat ze op bijstandsniveau of daaronder moeten leven. In relatie tot het ontvangen van zorg, de decentralisatie, mantelzorg, en ook de toename van dementie bij migrantengroepen is dit een onderbelicht maar zeer ernstig probleem. Zeker wanneer volgende generaties ook onvoldoende toegang hebben tot de arbeidsmarkt, en er dus ook in families onvoldoende financiële buffer ontstaat.

Vrouwen met een vroege overgang hebben vaker te kampen met gezondheidsproblemen. Vrouwen worden steeds ouder, maar de menopauzeleeftijd blijft gelijk. Vrouwen zullen dus een steeds groter deel van hun leven ná de overgang leven (thans ruim 1/3 deel). Hier liggen enorme uitdagingen in het licht van de toenemende focus op kwaliteit van leven, naast duur van leven. Menopauze (uitval ovariumfunctie) komt bij mannen niet voor, alhoewel ook bij mannen de testosteronspiegels geleidelijk dalen met het ouder worden.

Voor een beroerte geldt dat een prompte herkenning, diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis van cruciaal belang is voor een goede prognose. Vrouwen komen echter met een grotere vertraging dan mannen in het ziekenhuis. Mogelijk doordat de symptomen bij hen vaker atypisch zijn dan bij mannen⁷³ en om die reden zowel door henzelf als door een arts minder snel als een beroerte worden herkend⁷⁴.

Tot de klassieke symptomen behoren halfzijdige verlamming, stoornissen in de spraak, coördinatie en ruimtelijke oriëntatie en geheugenproblemen. Atypische symptomen zijn onder meer (hoofd)pijn, licht in het hoofd voelen en geestelijke veranderingen. Er zijn nog maar weinig studies gedaan naar de symptomen bij vrouwen en of zij zich met een ander beeld presenteren dan mannen. Deze studies laten een wisselend beeld zien: soms presenteren vrouwen zich vaker met atypische symptomen, soms is er geen verschil in de symptomen van mannen en vrouwen⁷⁵. Vrouwen worden minder vaak met trombolyse behandeld dan mannen⁷⁶. Zo ook in Nederland, waarbij dit toegeschreven kon worden aan de grotere vertraging waarmee vrouwen in het ziekenhuis kwamen⁷⁷. Het merendeel van de cliënten met een beroerte krijgt alleen ondersteunende therapie. Er is behoefte aan veilige en effectieve behandelingsmogelijkheden.

De laatste jaren wordt steeds duidelijker dat vrouwspecifieke veroudering niet alleen gevolgen heeft voor de gezondheidszorg en de gezondheid van vrouwen zelf, maar ook voor de arbeidsmarkt, het ziekteverzuim en de belangrijke bijdrage van vrouwen aan de informele zorg. Mede in dat kader zou de discussie over 'de duur van leven' meer moeten gaan over 'de kwaliteit van leven', of beter gezegd over 'het aantal jaren met een goede kwaliteit van leven'.

Met het ouder worden van de bevolking en de toenemende druk op de gezondheidszorg neemt de behoefte aan mantelzorg toe. Dit wordt nog versterkt door de actuele transities in de zorg. Met name voor mantelzorgers die ook nog de zorg voor hun eigen kinderen hebben (merendeel vrouwen – de zogenoemde sandwichgeneratie) is de belasting vaak erg hoog met psychische klachten als gevolg. Vrouwelijke mantelzorgers gebruiken veelal een verzorgende strategie terwijl mannelijke mantelzorgers vaak een ondersteunende strategie hanteren. Een ondersteunende strategie lijkt zowel bij de mantelzorger als de oudere beter te werken dan een verzorgende strategie⁷⁸. Overigens kunnen ook grootouders mantelzorger zijn wanneer zij bijspringen bij de opvoeding van hun kleinkinderen.

Lopend onderzoek

Internationaal gezien neemt onderzoek naar 'healthy aging' een enorme vlucht, waarbij de nadruk ligt op het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen. Dit vraagstuk wordt daarbij vanuit een maatschappelijk, technologisch, preventie- en zorgperspectief benaderd. In Europees verband buigt het European Innovation Partnership Active and Healthy Aging zich hierover. Veertien Europese landen zijn samen met Canada het Joint Programming Initiative More Years, Better Lives – The Potentials and Challenges of Demographic Change gestart om kennisprogramma's beter op elkaar af te stemmen. Het EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND) is een gezamenlijk en innovatief onderzoeksinitiatief, opgezet om de groeiende uitdaging waar neurodegeneratieve aandoeningen ons voor stellen, aan te pakken. Gender is één van de aandachtspunten binnen deze internationale programma's.

In Nederland werkt het onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel (ondergebracht bij ZonMw), als onderdeel van het Deltaplan Dementie, aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van en de zorg aan dementerenden. Samenwerking met een nieuw programma gender en gezondheid heeft een belangrijke toegevoegde waarde.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Betere herkenning en behandeling van postmenopauzale vrouwen met hart- en vaatziekten ten opzichte van gebruikelijke zorg, waaronder de mogelijke relatie met diastolisch hartfalen.
- Genderverschillen (en het terugdringen daarvan) bij dementie en andere cognitieve aandoeningen (zowel in diagnostiek als behandeling).
- Assessment van langertermijngezondheidsrisico's bij vrouwen met een vroege versus late overgang, met name kanker, hart- en vaatziekten, cognitie, alzheimer, depressie en andere psychische problematiek.
- Langetermijn follow-up naar gezondheid bij vrouwen in relatie tot leeftijd overgang (normaal of vervroegd).
- Hart- en vaatziekten in relatie tot veroudering bij vrouwen. Vrouwen worden ouder dan mannen en hart- en vaatziekten openbaren zich vooral op latere leeftijd. Er zijn eerder signalen, maar basaal is erg weinig bekend over bijvoorbeeld diastolisch hartfalen en specifieke aspecten bij vrouwen. Deze groep gaat heel groot worden; er is een grote interventiestudie nodig.
- Hormonale behandeling bij vrouwen na (al dan niet vervroegde) overgang.
- De relatie tussen vrouwspecifieke veroudering en maatschappelijke participatie.
- Armoede bij oudere (migranten)vrouwen in relatie tot gezondheid, gezondheidszorg, en informele zorg.
- Psychische problematiek in relatie tot de overgang en andere relevante levensfasen.

- Relatie tussen het voorkomen van aneurysma's, de mate van scheurgeneigdheid van de vaatwand en de lokalisatie van het aneurysma en de kans op subarachnoidale bloedingen bij oudere vrouwen.

Specifiek op veroudering

- De oorzaken van verschillen in levensduur tussen mannen en vrouwen.
- Multidisciplinair onderzoek naar genderverschillen in genetische, biologische, sociale en psychische mechanismen bij verouderingsprocessen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de derde en vierde levensfase.
- Multidisciplinair onderzoek naar de samenhang tussen vrouwspecifieke, biologische, sociale, psychische en epigenetische aspecten van multimorbiditeit op latere leeftijd.
- De invloed van verminderd oestrogeen op het ontstaan van klachten bij de veroudering bij vrouwen.
- Andere factoren die de verminderde kwaliteit van leven van oudere vrouwen verklaren.
- Mogelijkheden om 'gezond ouder worden' van vrouwen te verbeteren.
- Genderverschillen in de invloed van verouderingsprocessen op mobiliteit (bewegingsapparaat).
- Risico-assessment omtrent welke vrouwen ernstige klachten tijdens en na de overgang ontwikkelen.
- Genderverschillen in klachtpresentatie en klinisch beeld bij beroerte en de relatie met vertraging in het inroepen van hulp en het stellen van de diagnose.
- Genderverschillen in de uitkomsten bij beroerte (waar veelal oudere vrouwen aan overlijden of veel restklachten van hebben).
- Onderzoek of genderspecifieke criteria moeten worden gehanteerd bij de bepaling welke (invasieve) behandelingsmodaliteiten bij beroerte wordt ingezet.
- Effectieve interventies voor tijdige diagnostiek van beroerte bij vrouwen.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Multidisciplinair onderzoek naar genderverschillen in biologische, sociale en psychische mechanismen bij verouderingsprocessen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de derde en vierde levensfase.
- Multidisciplinair onderzoek naar de samenhang tussen vrouwspecifieke, biologische, sociale, psychische en epigenetische aspecten van multimorbiditeit op latere leeftijd.

Thema 3 De zorggebruiker

Thema 3a Leefstijl en gezondheidsbevordering

Een gezonde leefstijl kan het risico op het ontstaan en het resultaat van de behandeling van ziekten en aandoeningen sterk beïnvloeden. Bekende thema's als niet roken, voldoende bewegen, veilig vrijen, met mate alcohol gebruiken en gezond eten zijn onderwerp van vele gezondheidsbevorderende programma's. Mannen en vrouwen kunnen door hun eigen keuzes een belangrijke invloed uitoefenen op hun gezondheid en het risico op hart- en vaatziekten, diabetes of kanker verkleinen. Er bestaan op sommige gebieden grote verschillen in leefstijl tussen mannen en vrouwen.

Cijfers

Van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder rookte in 2013 23% wel eens en 18% dagelijks. Er roken meer mannen (26%) dan vrouwen (20%). Dit geldt voor alle leeftijdsgroepen⁷⁹. Mannen (43%) zijn ook vaker ex-roker dan vrouwen (35%). In 2013 was het gemiddeld dagelijks aantal sigaretten bij rokers van 15 jaar en ouder ongeveer 13. Er is nauwelijks verschil tussen mannen en vrouwen (COR, 2013)⁸⁰. Van de Nederlandse mannen boven de 19 jaar, drinkt bijna 7% dagelijks meer dan de maximum aanbevolen hoeveelheid van twee glazen alcohol. Van de vrouwen boven de 19 jaar drinkt ruim 6% meer dan de maximum aanbevolen hoeveelheid van één glas alcohol per dag^{81, 82}. Twee van de drie Nederlanders van 19 jaar en ouder voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen. Gemiddeld voldoen mannen vaker dan vrouwen aan de verschillende normen: Nederlandse Norm Gezond Bewegen, de fitnorm of de combinorm⁸³. Nederland telde in 2012 ongeveer 1,3 probleemgebruikers van opiaten per 1.000 inwoners van 15 tot en met 64 jaar. Dit komt overeen met ongeveer 14.000 personen⁸⁴. Van hen is 86% man en 14% vrouw.

In 2012 is 53% van de mannen en 44% van de vrouwen te zwaar. Mannen hebben vaker overgewicht dan vrouwen, desondanks hebben vrouwen vaker obesitas. Van de mannen heeft 11% obesitas, van de vrouwen 14%⁸⁵. Nederlandse volwassenen eten ook weinig groenten en fruit. De Gezondheidsraad adviseert 200 gram groenten en twee stuks fruit per dag te eten. Van de volwassenen tot 69 jaar eet 10% van de vrouwen en 6% van de mannen de aanbevolen hoeveelheid fruit. Groente wordt nog minder gegeten: 5% van alle mannen en vrouwen eet de aanbevolen hoeveelheid^{86, 87}. Autochtone vrouwen en vrouwen van westerse herkomst roken vaker dan niet-westerse vrouwen: ruim 24% tegenover bijna 20% in 2011–2013. Het aandeel met matig overgewicht is even groot, maar ernstig overgewicht komt met ruim 14% vaker voor bij niet-westerse vrouwen dan bij de andere groepen (ruim 8%)⁸⁸.

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering staat hoog op de agenda van beleidsmakers, maatschappelijke organisaties en zorgverleners. Binnen het Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid..., waar het vijfde ZonMw-programma Preventie deel van uit maakt, maken allerlei maatschappelijke partijen afspraken en ondernemen ze gezamenlijk acties die een beweging op gang moet brengen die leidt tot een gezonder en vitaler Nederland. Toch is er nog onvoldoende aandacht voor sekse- en genderaspecten bij gezondheidsbevorderende activiteiten, bijvoorbeeld om te voorkomen dat vrouwen net zoveel gaan roken als mannen. Vandaar dat in deze kennisagenda bij diverse thema's gepleit wordt om meer rekening te houden met specifieke sekse- en genderaspecten bij preventie.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Leefstijlprogramma's die rekening houden met specifieke gendergerelateerde factoren en (kosten)effectiever zijn dan gebruikelijke programma's.

Thema 3b Algemene zorg

Zorggebruikers – zowel mannen als vrouwen – hebben te maken met een scala aan zorg- en hulpverleners binnen de gezondheidszorg en aanverwante domeinen. In veel gevallen zal de huisarts het eerste aanspreekpunt zijn, maar dit kan ook een wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog, praktijkondersteuner (GGZ), fysiotherapeut of een medewerker van een sociaal wijkteam of consultatiebureau zijn. De huisarts is daarbij de generalistische specialist. Hij of zij kent de cliënt vaak jarenlang, is op de hoogte van de specifieke (gezins)situatie van de cliënt en coördineert waar mogelijk alle zorg, zowel somatisch als psychosociaal. De huisarts is overal kosteloos en drempelloos bereikbaar en beschikbaar voor alle vragen op gezondheidsgebied. Ook als het gaat over preventie en leefstijladvisering. Basiszorg zoals geleverd door de huisarts, strekt zich dan ook uit over alle thema's die in deze kennisagenda worden behandeld.

Zorggebruikers mogen van zorgverleners eenzelfde kwaliteit van zorg verwachten, ongeacht hun sekse, of de sekse van de (huis)arts of therapeut. In de praktijk blijken deze sekse- en genderverschillen wel degelijk van invloed te zijn op de geboden zorg. Zorgverlening is niet genderneutraal.

Toegankelijke zorg betekent dat 'personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening'. Toegankelijkheid heeft verschillende aspecten: betaalbaarheid, bereikbaarheid, tijdigheid van acute en niet acute zorg, toegankelijkheid naar behoefte, personeelsaanbod en keuzevrijheid. Op alle aspecten kunnen genderverschillen bestaan.

De keuzevrijheid voor een huisarts, ook de voorkeur voor een vrouw of een man, wordt vooral van belang geacht door vrouwen. Van de vrouwen die deel uitmaakten van het NIVEL-consumentpanel wenste 1 op de 4 te kunnen kiezen, in het merendeel voor een vrouwelijke huisarts. Hoe jonger, hoe meer seksepreferentie wordt uitgesproken. Bij symptomatisch onderzoek en seksuele problemen ligt het percentage tot 36%, waarbij vrouwen bijna altijd de voorkeur hebben voor een vrouwelijke huisarts. Ook vrouwen die een gynaecoloog consulteren prefereren een vrouwelijke gynaecoloog boven een man. Vooral een cliëntgeoriënteerde communicatiestijl verklaart deze seksepreferentie.

Hulpvraaggedrag

Vrouwen en mannen verschillen in hun opvattingen over gezondheid en ziekte. Vrouwen rapporteren meer gezondheidsklachten dan mannen; deze verschillen lijken voort te komen uit de verschillen tussen vrouwen en mannen in de wijze waarop zij signalen over het functioneren van hun lichaam opmerken en interpreteren. Bovendien gaan mannen en vrouwen anders om met (gezondheids)problemen die hun hulpvraaggedrag beïnvloeden.

In 2011 had 83% van de vrouwen ten minste eenmaal contact met de eigen huisarts. Van hen had 30% in dat jaar een of twee keer contact en gemiddeld hadden deze vrouwen 6,1 maal contact met de huisarts. Bij de mannen benaderde 72% ten minste eenmaal de eigen huisarts, 41% van hen een of twee keer en gemiddeld hadden deze mannen 4,7 huisartscontacten⁸⁹. Vrouwen ervaren meer gezondheidsklachten en komen voor alle groepen aandoeningen vaker bij de (huis)arts dan mannen. Onderliggende oorzaken daarvan zijn deels onbekend, evenals de gevolgen ervan voor de gezondheid van mannen en vrouwen^{90, 91, 92}. Naar verhouding is het verschil het grootst bij aandoeningen van de urinewegen: in 2011 kwam 12% van de vrouwen hiervoor bij de huisarts, tegen 4% van de mannen⁹³. Personen van niet-westerse herkomst gaan voor de meeste aandoeningen vaker naar de huisarts dan autochtonen. Aandoeningen waarbij de verschillen groot zijn, zijn bijvoorbeeld bloedarmoede en diabetes. Er zijn juist minder contacten met de huisarts voor klachten die te maken hebben met de oren of het hartvaatstelsel⁹⁴. In alle herkomstgroepen hebben vrouwen vaker contact met de huisarts dan mannen. Dat verschil is het grootst bij de groep van Turkse herkomst. De man-vrouwverschillen per soort aandoening zijn bij vrijwel alle herkomstgroepen ongeveer even groot. Bij aandoeningen van de urinewegen is het verschil bij niet-westerse groepen echter duidelijk kleiner, vooral omdat mannen van niet-westerse herkomst hier relatief vaak de dokter voor raadplegen⁹⁵. Het aantal ziekenhuisopnamen is onder vrouwen 20% hoger dan onder mannen. Als dit wordt gecorrigeerd voor opnames vanwege zwangerschap en geboorte, bedraagt dit verschil nog steeds 10%. Naar verhouding zijn de verschillen in aantal opnamen tussen mannen en vrouwen het grootst bij ziekten aan het urine- en voortplantingsstelsel (urogenitaal stelsel), ziekten van zenuwstelsel en zintuigen, en ziekten van spieren, botten en verbindend weefsel. Hiervoor komen vrouwen 1,5 maal zo vaak in het ziekenhuis als mannen. Voor ziekten van het hartvaatstelsel worden mannen juist 1,4 keer vaker opgenomen. Mannen en vrouwen worden even vaak in het ziekenhuis opgenomen voor de naar verhouding vaak optredende ziekten van het spijsverteringsstelsel⁹⁶.

Communicatie

Mannen en vrouwen communiceren anders en dat is onder andere terug te zien in de wijze waarop zorggebruikers hun klachten al dan niet aan de (huis)arts voorleggen en bespreken. Zo zijn mannen eerder dan vrouwen geneigd om hun (ook psychische) gezondheidsklachten te ontkennen of er zelf een oplossing voor te bedenken. Vrouwen ervaren en rapporteren vaker gezondheidsklachten⁹⁷. Of er bij vrouwen sprake is van 'onnodig' zorggebruik en/of mannen 'onvoldoende' gebruik maken van de zorg is onduidelijk.

Cliënten met kanker blijken de meeste waarde te hechten aan deskundigheid en het gedrag, het handelen en de bejegening van artsen en verpleegkundigen. Maar mannen en vrouwen blijken daarbij verschillende zaken belangrijk te vinden. Vrouwen hechten meer waarde aan 'wachtijden', 'bejegening door de verpleegkundige', 'steun, advies en begeleiding' en 'continuïteit van zorg'.

Uit studies blijkt dat vrouwen waakzamer zijn dan mannen wat betreft hun gezondheid. Ze ondergaan vaker benodigde tests en zijn over het algemeen gewilliger om mogelijk verontrustende symptomen van kanker te laten onderzoeken. Toch bestaan er symptomen die zelfs alerte vrouwen over het hoofd kunnen zien omdat deze symptomen lijken te horen bij de werking van het vrouwenlichaam⁹⁸. Zorgverleners zouden zich meer moeten verdiepen in de wijze waarop mannen en vrouwen lichamelijke klachten ervaren, interpreteren en presenteren, en hun handelen daarop afstemmen door de hulpvraag te achterhalen. Hulpzoekgedrag kan bij vrouwen en vooral bij mannen leiden tot een vertraging in presentatie van de klachten bij de gezondheidszorg.

Preventie

Een (huis)arts en/of praktijkondersteuner maakt op basis van factoren als sekse, leeftijd, sociaaleconomische status, roken, alcohol, overgewicht en bewegen een inschatting van het risico dat zorggebruikers lopen op bijvoorbeeld COPD, hart- en vaatziekten, diabetes, et cetera. Het geven van leefstijladviezen en het bieden van begeleiding daarbij behoort in toenemende mate tot de taken binnen de basiszorg. Opvallend is dat rokende mannen de huisarts minder vaak bezoeken dan niet-rokende mannen, terwijl dit bij vrouwen precies andersom is^{99,100}. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat er gendergerelateerde risicofactoren zijn waar huisartsen op moeten monitoren. Zo hebben vrouwen die tijdens de zwangerschap last hadden van een zwangerschapsvergiftiging op latere leeftijd meer kans hart- en vaatziekten of diabetes te ontwikkelen^{101, 102, 103}.

Mannelijke huisartsen doen meer aan actieve preventie, dus roepen mensen vaker actief op voor een consult. Vrouwelijke huisartsen lijken actiever aan case-finding te doen op het moment dat iemand op het spreekuur komt. Dit past bij de gemiddeld langere consulten van vrouwelijke huisartsen¹⁰⁴.

De sekse van de arts

De sekse van de arts blijkt een belangrijke rol te spelen in zowel de communicatie met de cliënt als de keuzes die de arts in het zorgtraject maakt. Vrouwelijke artsen communiceren cliëntgerichter dan mannelijke artsen^{105, 106}. Vrouwelijke artsen gaan in gesprekken meer in op de psychosociale omstandigheden van de cliënt, geven vaker aandacht aan emoties en gevoelens, hanteren een positievere toonzetting, faciliteren een gelijkwaardige samenwerking met de cliënt en bevorderen een grotere participatie van de cliënt bij medische beslissingen. Voor de meer taakgerichte communicatie, vaak gezien als een meer mannelijke vorm van communiceren, worden in arts-cliëntrelaties geen verschillen gezien tussen beide geslachten. Het gaat daarbij onder andere om zaken als de medische anamnese en het uitleggen van diagnose en beleid. Ook op het gebied van diagnosticeren en behandelen maken mannelijke en vrouwelijke artsen soms andere keuzes.

Mannelijke artsen verrichten bij gelijklopende klachten vaker dan hun vrouwelijke collega's een rectaal onderzoek bij mannelijke cliënten; vrouwelijke huisartsen voeren

op hun beurt vaker een vaginaal toucher uit^{107,108,109}. Kennelijk werpt het psychische belemmeringen op om personen van het andere geslacht intieme vragen te stellen of bij hen intieme handelingen uit te voeren. Dat kan ertoe leiden dat dit achterwege wordt gelaten, met als gevolg geringere vaardigheden van de arts en minder medisch relevante bevindingen.

Mannelijke huisartsen en internisten schrijven vaker psychofarmaca, slaapmiddelen en analgetica voor dan vrouwelijke, en ook hogere doses per keer^{110,111}.

Klachten van vrouwen worden door hun artsen vaker als psychosomatisch geduid dan klachten van mannen, waarbij mannelijke artsen eerder een medicamenteuze kalmerende behandeling geïndiceerd achten en vrouwelijke artsen eerder praten. Vrouwelijke cliënten krijgen veel vaker dan mannelijke kalmerende middelen voorgeschreven en dit vaker door mannelijke artsen dan door vrouwelijke. Daarnaast bieden mannelijke artsen vaker hormonale substitutietherapie aan vrouwen aan in de overgang; ook schrijven zij eerder dan hun vrouwelijke collega's proteaseremmers voor aan hiv-positieve cliënten, hetzij mannen, hetzij vrouwen. Soms blijkt de situatie en de levensfase waarin de arts zich zelf bevindt een nog specifiekere rol te spelen: zo worden vrouwen met overgangsklachten vaker met hormonen behandeld door vrouwelijke huisartsen die zelf in de overgangsleeftijd zitten dan door mannelijke huisartsen of door jongere vrouwelijke huisartsen.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Ontwikkeling en implementatie van beroepsspecifieke NHG-richtlijn voor huisartsen met aandacht voor het herkennen van geweld als achterliggende factor van medische klachten.
- Mogelijkheid van een geautomatiseerd doseringssysteem van geneesmiddelen. In het systeem worden cliëntfactoren opgenomen (o.a. geslacht, gewicht, leeftijd, genetische informatie). Het systeem bepaalt aan de hand van de combinatie van kenmerken de juiste dosering.
- De (kosten)effectiviteit van de behandeling van depressie waarbij huisartsen systematisch vragen stellen over ervaren partnergeweld en hun beleid daarop aanpassen.
- De invloed van de wijze van communiceren over seksualiteit door artsen (uitgesplitst naar sekse) met cliënten.

Preventie

- Gendergerelateerde risicofactoren in leefstijl.
- Onderliggende oorzaken van het frequenter (huis)artsbezoek door vrouwen – vergeleken met mannen – en de gevolgen daarvan voor de zorg aan en de gezondheid en levensverwachting van vrouwen en mannen.
- Genderverschillen in hulpzoekgedrag en eventuele aangrijpingspunten om dit te beïnvloeden.
- Genderverschillen bij leefstijlbegeleiding: kosten, baten en effecten op de ziektelast van gendersensitieve interventies met een focus op rookpreventie.

- Gendergerelateerd verwijzingsgedrag door (huis)artsen (m/v) betreffende mannelijke en vrouwelijke gebruikers.
- Genderaspecten bij tijdige diagnostiek door huisartsen van alle ernstige aandoeningen.

De sekse van cliënt en arts

- Gendersverschillen in verwachtingen, wensen en satisfactie in relatie tot ongelijke toegang tot de totale zorg onderzocht vanuit het perspectief van de (vrouwelijke) cliënt.
- Gendersverschillen in de communicatie tussen arts (m/v) en zorggebruiker (m/v) en strategieën om de negatieve effecten daarvan te verminderen.
- Gendergerelateerd handelen van (huis)artsen (m/v) bij diagnostiek en behandeling van onder andere Parkinson, diabetes, kanker, COPD, incontinentie en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Methoden om artsen (m/v) bewust te maken van hun gendergerelateerd handelen en strategieën om meer eenheid in kwaliteit van zorg te bevorderen.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Gendersverschillen bij leefstijlbegeleiding: kosten, baten en effecten op de ziektelast van gendersensitieve interventies met een focus op rookpreventie.
- Gendersverschillen in verwachtingen, wensen en satisfactie in relatie tot ongelijke toegang tot de totale zorg onderzocht vanuit het perspectief van de (vrouwelijke) cliënt.

Thema 3c Geneesmiddelen

Grote winst is te behalen door bij het onderzoeken en voorschrijven van geneesmiddelen meer rekening te houden met gendersverschillen. De verschillen tussen mannen en vrouwen werken in vele opzichten door bij het gebruik en de werking van medicatie. Vrouwen gebruiken niet alleen meer geneesmiddelen, ze hebben ook vaker last van bijwerkingen dan mannen¹¹².

Stand van zaken

Tot eind vorige eeuw werden vrouwen (en vaak ook vrouwelijke proefdieren) stelselmatig uitgesloten van geneesmiddelenonderzoek^{113, 114}. Reden daarvoor was de vooronderstelling dat de hormonale cyclus van vrouwen of het gebruik van de anti-conceptiepil invloed uitoefent op de onderzoeksresultaten. Een andere reden voor het niet includeren van vrouwen in geneesmiddelenonderzoek zijn de risico's voor mogelijke zwangerschappen tijdens de trial. In de praktijk hebben vrouwen echter wel een hormonale cyclus en slikken veel vrouwen de anticonceptiepil. Het is dus juist belangrijk te weten welke invloed dit heeft op de werking van medicijnen. Ook de risico's van het gebruik van medicatie tijdens zwangerschappen zouden beter in kaart gebracht moeten worden¹¹⁵. Tegenwoordig wordt weliswaar de farmacokinetiek van nieuwe middelen vrijwel altijd apart beschreven voor mannen en vrouwen, maar het farmacodynamische effect (het behandel-effect) wordt bijna nooit apart beschreven voor mannen en vrouwen^{116, 117}. Van zeer veel bestaande medicijnen is de specifieke werking op vrouwen onbekend. In bijsluiters wordt een onderscheid gemaakt in gebruik door volwassenen en kinderen, maar nog niet tussen mannen en vrouwen, terwijl dit gezien de verschillen zeker noodzakelijk is. Nog altijd wordt in onderzoeksvoorstellen de exclusie van (zwangere) vrouwen niet altijd beargumenteerd.

Verschillen in de fysiologie tussen mannen en vrouwen zorgen ervoor dat geneesmiddelen op een andere wijze en in een ander tempo door het lichaam worden opgenomen en uitgescheiden¹¹⁸. Factoren die daarbij een rol spelen zijn – voor zover bekend – onder meer lichaamsgewicht, vetpercentage en stofwisselingssnelheid. Sowieso speelt lichaamsgewicht een belangrijke rol. Vrouwen zijn lichter dan mannen, maar in de dosering wordt daar tot op heden geen rekening mee gehouden. Daarnaast gebruiken vrouwen meer, langduriger en meer verschillende medicijnen en hebben ze een grotere kans op bijwerkingen van medicatie dan mannen^{119, 120, 121, 122}. Het veelvuldiger gebruik van medicijnen door vrouwen ten opzichte van mannen, is niet alleen te verklaren door het slikken van de anticonceptiepil. Ook na de menopauze gebruiken vrouwen meer (verschillende) medicijnen. Dat maakt dat ook de leeftijdsfactor van belang is om in onderzoek mee te nemen.

Er is nog veel te weinig bekend over de specifieke werking van bepaalde (combinaties van) medicijnen bij gebruik door (verschillende te onderscheiden groepen) vrouwen al dan niet binnen verschillende hormonale fasen. Op sekse en gender gericht

onderzoek kan daardoor grote gezondheidswinst en wellicht kostenbesparingen opleveren, met name als de focus daarbij in eerste instantie ligt op medicatie die veel wordt gebruikt, bijvoorbeeld geneesmiddelen die bij chronische aandoeningen worden voorgeschreven. Ook is onvoldoende bekend over genderaspecten bij medicijngebruik.

Lopend onderzoek

Het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) heeft tot doel het inzetten van bestaande geneesmiddelen effectiever, veiliger en doeltreffender te maken. Daartoe richt het programma zich op het verbeteren van farmacotherapeutische zorg, zowel op het niveau van het geneesmiddel als ook op het gebruik van geneesmiddelen in de dagelijkse zorg. Binnen dit programma loopt een aantal specifieke onderzoeken gericht op medicijngebruik (bijvoorbeeld antidepressiva) door zwangere vrouwen. Het is van belang het thema gender en gezondheid verder te integreren in dergelijke lopende programma's.

Wetgeving

Wetgeving voor de markttoelating van nieuwe medicijnen wordt in Europees verband opgesteld. Het opnemen van genderverschillen in dergelijke wetgeving is gewenst, maar zal op Europees niveau moeten worden aangepakt. De internationale ICH richtlijn op dit front is in de Verenigde Staten in wetgeving omgezet; in Europa is de EMA van mening dat dat niet nodig is^{123, 124}. Het zou goed zijn te onderzoeken of daar inmiddels wel meer draagvlak voor is, bijvoorbeeld door het gezamenlijk organiseren van een internationaal congres.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Seksespecifieke aspecten van psychofarmaca (onder andere therapietrouw, leefstijlfactoren).
- Genderverschillen in de effecten en bijwerkingen van medicatie tegen hart- en vaatziekten.
- Genderverschillen in de interactie tussen verschillende medicijnen bij hart- en vaatziekten.
- Mogelijkheid van een geautomatiseerd doseringssysteem van geneesmiddelen. In het systeem worden cliëntfactoren opgenomen (o.a. geslacht, gewicht, leeftijd, genetische informatie). Het systeem bepaalt aan de hand van de combinatie van kenmerken de juiste dosering.
- Genderverschillen in effecten van reumamedicatie.

Specifiek op geneesmiddelen

- Sekseverschillen in de wijze (inclusief de mate en het tempo) waarop medicijnen door het lichaam worden opgenomen, omgezet, verspreid en uitgescheiden.
- Genderverschillen in het omgaan met medicatie door zorggebruikers.
- Inventarisatie van door specifieke groepen vrouwen (bijvoorbeeld in vruchtbaarheidsfase of juist postmenopauzaal) veel (gelijktijdig) gebruikte geneesmiddelen.
- Risico's en veiligheid bij gebruik van veelvuldig voorgeschreven geneesmiddelen tijdens zwangerschap, borstvoeding en gedurende verschillende hormonale fasen.
- Bijwerkingen bij vrouwen van veelgebruikte (combinaties van) medicijnen en aanpassing van bijsluiters (bijv. antidepressiva, bloeddrukverlagers, -diabetesmiddelen).
- Regulatory onderzoek: review van percentage binnen de EU goedgekeurde geneesmiddelen in de afgelopen jaren waarbij seksspecifieke analyses zijn gedaan en het verschil met de VS waar deze analyses wel verplicht zijn.
- Interactie van door specifieke groepen vrouwen veel gelijktijdig gebruikte geneesmiddelen.
- Aanpassing van dosering op basis van genderverschillen.
- Aanpassing van bijsluiters op basis van genderverschillen.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Risico's en veiligheid bij gebruik van veelgebruikte (combinaties) van voorgeschreven geneesmiddelen tijdens zwangerschap en borstvoeding.
- Bijwerkingen bij vrouwen van veelgebruikte (combinaties) van en aanpassing van bijsluiters (bijv. antidepressiva, bloeddrukverlagers, diabetesmiddelen).

Thema 4 Klachten en problemen

Thema 4a Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijk voorbeeld van aandoeningen waarbij verschillen tussen mannen en vrouwen een rol spelen. Deze verschillen uit zich op alle aspecten van hart- en vaatziekten, zowel wat betreft de onderliggende afwijkingen, de invloed van hormonen als ook de dagelijkse praktijk van aanwezige klachten, diagnostiek en behandeling.

De afgelopen decennia is de sterfte aan hart- en vaatziekten in Nederland sterk gedaald. Overleed vijftig jaar geleden één op de twee Nederlanders aan een hart- en vaatziekte, nu is dat één op de vier¹²⁵. Enerzijds komt dit door betere primaire preventie door vooruitgang in de behandeling van dyslipidemie (hoog cholesterol), hypertensie en diabetes, anderzijds is de behandeling van hart- en vaatziekten zelf sterk verbeterd door dotterbehandelingen, bypassoperaties en betere secundaire preventie.

Daar staat tegenover dat leefstijlfactoren zoals overgewicht en bewegingsarmoede toenemen¹²⁶. Het totaal aantal rokers is gedaald, maar het relatieve aandeel van jonge vrouwelijke rokers is toegenomen.

Na migraine is hoge bloeddruk bij vrouwen de meest voorkomende langdurige aandoening (17%), terwijl het bij mannen met 14% de vaakst gerapporteerde is.

Vooraf oudere vrouwen hebben vaker last van hoge bloeddruk dan mannen¹²⁷.

Wat opvalt, is dat de daling van sterfte aan hart- en vaatziekten groter is bij mannen dan bij vrouwen. Onder sommige groepen vrouwen, bijvoorbeeld vrouwen met diabetes, is zelfs helemaal geen verbetering te zien in sterfte aan hart- en vaatziekten¹²⁸. Dit onderstreept de noodzaak om de verschillen tussen mannen en vrouwen volwaardige aandacht te geven.

Sekseverschillen lopen als een rode draad door het hele palet van cardiovasculaire ziekten heen, zowel wat betreft de epidemiologie, de pathofysiologie, de diagnostiek als de behandeling¹²⁹. In de huidige cardiovasculaire zorg wordt daar onvoldoende rekening mee gehouden. Niet alleen de onderliggende afwijkingen, maar ook communicatiestijlen en psychosociale factoren tonen belangrijke verschillen

tussen de seksen. De nog vaak heersende opvatting dat vrouwen een laag risico op hart- en vaatziekten hebben, is sterk achterhaald.

Lopend onderzoek

Er zijn in 2014 drie landelijke multidisciplinaire onderzoeken van start gegaan, alle drie gesubsidieerd door de Hartstichting. Ten eerste het Queen of Heartsproject, over risicomarkers en de relatie met diastolisch hartfalen bij vrouwen. Ten tweede het CREW-project, een multidisciplinaire studie naar de relatie tussen vrouwspecifieke risicofactoren zoals PCOS, pre-eclampsie en migraine en hart- en vaatziekten (zowel arterieel als veneus). Ten slotte de WOMB-studie die onderzoekt welke invloed leefstijl voor de zwangerschap, moeder en kind heeft. Deze studies beperken zich vooral tot de vrouw in haar reproductieve fase¹³⁰.

Epidemiologie

Voor de menopauze hebben vrouwen minder vaak hart- en vaatziekten dan mannen van dezelfde leeftijd. Op oudere leeftijd is dit omgekeerd. Oestrogenen hebben een remmende werking op de ontwikkeling van atherosclerose op jonge leeftijd. Uitgebreide studies hebben aangetoond dat toediening van hormonen na de menopauze geen beschermend effect heeft op vasculaire veroudering en op hogere leeftijd zelfs schadelijk kan zijn^{131, 132}.

Oorzaken

De klassieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals roken, hypertensie, diabetes en dyslipidemie hoog cholesterol gelden voor zowel mannen als vrouwen. Er zijn tussen mannen en vrouwen echter belangrijke accentverschillen in de impact van deze risicofactoren¹³³. Zo is diabetes een grotere risicofactor voor hart- en vaatziekten bij vrouwen dan bij mannen. Ook roken is op jonge leeftijd een relatief zwaardere risicofactor voor vrouwen dan voor mannen; rokende mannen krijgen hun eerste hartinfarct zes jaar eerder dan niet-rokende mannen. Rokende vrouwen krijgen hun hartinfarct veertien jaar eerder dan niet-rokende vrouwen¹³⁴. Roken in combinatie met het gebruik van de anticonceptiepillen levert voor vrouwen boven de 35 jaar een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op.

Naast klassieke risicofactoren zijn er ook gendersensitieve risicofactoren. Voor vrouwen zijn deze vaak gerelateerd aan zwangerschapscomplicaties zoals pre-eclampsie/HELLP, zwangerschapshypertensie, zwangerschapsdiabetes en vroeggeboorte, of ze zijn gerelateerd aan reproductieve problemen) zoals de menstruele cyclus, PCOS en zeer vroege menopauze (< 40^{ste} jaar). Vrouwen met migraine met aura hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Bij mannen is aangetoond dat mannen die op jonge leeftijd (<40^{ste} jaar) een erectiele disfunctie hebben, het risico op hart- en vaatziekten sterk verhoogd is.

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat de veroudering van de bloedvaten andere patronen kent tussen de beide seksen met de nodige implicaties voor klachten,

Preventie

Meer kennis is nodig om risicofactoren en adequate preventieve interventies in beeld te krijgen. Zo heeft onderzoek onder vrouwen van 45 jaar en ouder uitgewezen dat het voorschrijven van acetylsalicylzuur om een eerste hartaanval te voorkomen (primaire preventie) geen effect heeft¹³⁵. Bij mannen met een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel is het nut wel aangetoond. Doordat richtlijnen onvoldoende worden aangepast op voortschrijdende inzichten, krijgen vrouwen met pijn op de borst nog steeds bloedverdunders voorgeschreven vaak samen met maagzuurremmers om (onnodige!) maagklachten als bijwerking te verhelpen.

Diagnostiek

Doordat binnen de huisartsenzorg en binnen de cardiologie onvoldoende gendersensitief wordt gewerkt, is er enerzijds sprake van belangrijke overdiagnostiek in de jongere leeftijdscategorie vrouwen, terwijl bij vrouwen na de menopauze onderdiagnostiek plaatsvindt (en dus onderbehandeling van klachten en risicofactoren). Dit resulteert niet alleen in slechtere zorg, maar ook in veel verspilling en hogere kosten. Het is dus de vraag of de huidige diagnostische mogelijkheden en afkapwaarden van diverse tests voor zowel mannen als vrouwen gelden. Vrouwen domineren in twee belangrijke ziektebeelden in de cardiologie, namelijk microvasculaire angina (pijn op de borst klachten zonder dat de grote vaten verstopt zijn) en hartfalen met behoud van ejectiefractie. Beide ziektebeelden hebben een (gedeeltelijk) gemeenschappelijk onderliggend mechanisme, namelijk een disfunctie in de kleine vaatjes van de hartspeer. Deze kleine vaatjes kunnen met de huidige beeldvormingstechnieken niet goed in beeld worden gebracht waardoor vrouwen met klachten vaak onterecht naar huis worden gestuurd. Bekend is dat deze ziektebeelden, indien symptomatisch, gepaard gaan met een slechtere overleving, en dat de huidige anti-angineuze medicatie onvoldoende effectief is. Echter, dergelijke afwijkingen worden ook bij mannen gezien, maar in mindere mate. De grootste groep omvat echter vrouwen met hartfalen ten gevolge van diastolische disfunctie (dus met behouden knijpkracht van het hart, maar gestoorde vulling van de hartkamer) en omvat voornamelijk postmenopauzale vrouwen. Onduidelijk is hoe en waarom dit ontstaat en waarom voornamelijk bij vrouwen. Daarnaast zijn er nog twee ziektebeelden waarbij er vaak tijdelijk sprake is van hartfalen ten gevolge van sterk verminderde knijpkracht van het hart: peri-partum cardiomyopathie (CM) en Tako Tsubo cardiomyopathie (het zogenoemde Broken Heart Syndroom). Beide ziektebeelden lijken gerelateerd aan plotse en hevige adrenalinetoeename ten gevolge van stress, of rondom de bevalling (peri partum CM) dan wel na een heftige emotie (Tako Tsubo CM).

Behandeling

Er zijn toenemende aanwijzingen dat genderverschillen belangrijk zijn in zowel de criteria voor een dotterbehandeling, bypassoperatie of plaatsing van een defibrillator¹³⁶ als in de timing van dergelijke behandelingen bij vrouwen. Bij vrouwen is de tijd vanaf klachten tot aan de behandeling langer dan die bij mannen. Bij cliënten met een verwijde buikaorta blijkt dat vrouwen meer gevaar lopen op scheuring bij dezelfde diameter als mannen. Richtlijnen geven echter geen verschillende afkapwaarden voor mannen en vrouwen om de buikaorta te opereren. Ook op het terrein van perifere vaatlijden staat seksespecifiek onderzoek nog in de kinderschoenen.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Hart- en vaatziekten in combinatie met diabetes bij vrouwen. Deze comorbiditeit leidt tot veel problemen, werkverzuim, en sterfte. Oorzaken van hogere cardiovasculaire sterfte onder vrouwen met diabetes vergeleken met mannen met diabetes¹³⁷.
- Relatie stress en verschillen tussen mannen en vrouwen in de ontwikkeling van hart- en vaatziekten. Een voorbeeld is het Broken Heart Syndroom (een vorm van acuut hartfalen door hevige stress, die zich manifesteert als een acuut hartinfarct). Dit syndroom komt 10x vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Deze vorm van Acuut Coronair Syndroom (ACS) treft een groeiende groep cliënten.
- Genderverschillen bij de relatie tussen dementie en hart- vaatziekten.
- Relatie van de combinatie zwangerschap en psychische problemen (inclusief postnatale psychische problemen) met hart- en vaatziekten.
- Onverklaarde klachten van vrouwen in relatie tot hart- en vaatziekten.
- Leefstijlprogramma's die rekening houden met specifieke gendergerelateerde factoren en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke programma's.
- Relatie werkstress bij vrouwen en hart- en vaatziekten, mede in het licht van dubbele taken (huis/gezin en werk) van vrouwen.
- Hart- en vaatziekten in relatie tot veroudering bij vrouwen. Vrouwen worden ouder dan mannen en hart- en vaatziekten openbaren zich vooral op latere leeftijd. Er zijn eerder signalen, maar basaal is erg weinig bekend over bijvoorbeeld diastolisch hartfalen en specifieke aspecten bij vrouwen. Deze groep gaat heel groot worden; er is een grote interventiestudie nodig.
- Effecten en bijwerkingen van medicatie tegen hart- en vaatziekten bij vrouwen. Bijvoorbeeld genderverschillen in de interactie tussen diverse bloedverdunders gegeven in het kader van hart- en vaatziekten of verschillen in het ontstaan van bloedingen.
- Genderverschillen in de interactie tussen verschillende medicijnen bij hart- en vaatziekten.

- Betere herkenning en behandeling van postmenopauzale vrouwen met hart- en vaatziekten, waaronder de mogelijke relatie met diastolisch hartfalen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Assessment van langetermijngezondheidsrisico's bij vrouwen met een vroege versus late overgang, met name op kanker, hart- en vaatziekten, cognitie, alzheimer en andere psychische problematiek.
- Incidentie van type 2 diabetes, obesitas en cardiovasculaire risicofactoren in de jaren na de bevalling bij moeders die te maken hebben gehad met zwangerschapsdiabetes, inclusief de mogelijke invloed van de etnische achtergrond.
- De relatie tussen lichamelijk en psychisch geweld en aandoeningen als hart- en vaatziekten, onverklaarde klachten (chronische pijnklachten) of gynaecologische problemen.
- Relatie tussen bevalling (peri partum CM) en slechte knijpkracht van de linker hartkamer.
- Implementatie van kennis over verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij rokende vrouwen die de anticonceptiepill gebruiken. Deze kennis is bij veel vrouwen onbekend en artsen ondernemen in dezen te weinig.
- Assessment van migraine als cardiovasculaire risicofactor en de mogelijke genderverschillen hierin. Migraine als onderdeel van genderspecifieke cardiovasculaire risicopredictiemodellen.
- De relatie tussen migraine en zwangerschap gerelateerde cardiovasculaire complicaties, zoals pre-eclampsie en de hoofdpijn die daar secundair bij kan optreden.
- De pathofysiologie en de genderspecificiteit van het verhoogde risico op beroerte bij vrouwelijke cliënten met migraine.
- De mate waarin de frequentie van migraineaanvallen invloed heeft op het cardiovasculaire risicoprofiel bij vrouwen, en welke aanpassingen eventueel moeten worden gedaan aan huidige behandelingen.
- Het verschil tussen migraine met aura en migraine zonder aura als cardiovasculaire risicofactor bij vrouwen.
- Relatie tussen het voorkomen van aneurysma's, de mate van scheurgeneigdheid van de vaatwand en de lokalisatie van het aneurysma en de kans op subarachnoidale bloedingen bij oudere vrouwen.

Epidemiologie

- Cardiovasculair risico van vrouwen met premature menopauze, bijvoorbeeld door preventieve ovariëctomie, bestraling/chemotherapie, of natuurlijke oorzaak.
- Hart- en vaatziekten bij vrouwelijke migranten; dit is een groeiende populatie met veel risicofactoren.

Oorzaken

- Genderverschillen in de impact van klassieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten (zoals roken en diabetes).
- Het meewegen van genderverschillen in cardiovasculair risicomanagement en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Oorzaak van overlijden na een hartinfarct. Na een hartinfarct overlijden meer vrouwen dan mannen ondanks vergelijkbare behandeling. Onduidelijk is waarom.
- De relatie tussen de hormonale cyclus van de vrouw en de ontwikkeling van hart- en vaatziekten.
- De relatie tussen zwangerschap(scomplicaties) en hart- en vaatziekten (als onafhankelijke risicofactor of omdat zij kans op klassieke risicofactoren als diabetes en hypertensie verhogen).
- Overige seksespecifieke risicofactoren voor hart- en vaatziekten (bijvoorbeeld migraine, leefstijl of genetische verschillen tussen mannen en vrouwen).
- Genderverschillen in vasculaire disfunctie rond etiologie, risicofactoren en diagnostiek.
- Relatie met auto-immuunziekten: vrouwen met auto-immuunziekten ontwikkelen vaker hart- en vaatziekten¹³⁸. Het achterliggende mechanisme is onvoldoende bekend.
- Genderverschillen bij de invloed van de behandeling van kanker op hart- en vaatziekten. Denk aan schade door de behandeling van borstkanker en genderverschillen bij de ontwikkeling van hypertensie al dan niet door bloeddrukverhogende oncologische medicatie.
- Risicofactoren, klachten en vroegdiagnostiek bij microvasculaire angina pectoris (hartkramp – MCD) bij vrouwen. MCD in afwezigheid van obstructief CAD (coronary heart disease) is een specifiek cardiologisch probleem bij vrouwen op middelbare leeftijd. Het gaat hier om vrouwen met hartklachten zonder aantoonbare vernauwingen in de slagader. Het betreft een groep vrouwen, die met de huidige cardiologische zorg tussen wal en schip valt¹³⁹.
- Genderverschillen in de relatie tussen vroege vasculaire disfunctie en het risico op hart- en vaatziekten, onder andere met betrekking tot de rol van (epi)genetica en inflammatie, consequenties voor de oudere leeftijdsgroep en een mogelijke relatie met dementie.
- Genderverschillen bij de interactie tussen kanker en hart- en vaatziekten.
- Life time risico op hart- en vaatziekten voor mannen en vrouwen opnemen in richtlijnen, vragenlijsten en tabellen.
- Mogelijke genderverschillen bij hartoperaties in Nederland.
- Oorzaken van verhoogde cardiovasculaire risico's voor vrouwen na de menopauze.
- Rol en precieze werking van oestrogeen als bescherming bij vrouwen voor de menopauze.
- Bepaling tijdstip en rol start hormoonbehandeling bij vrouwen in de overgang.

Preventie

- Specifieke leefstijlelementen van vrouwen en de gevolgen voor onder andere hart- en vaatziekten. Ook bij preventie is het van belang meer toe te spitsen op de verschillen tussen (groepen) mensen. Hoe krijg je vrouwen meer in beweging en voorkom je overgewicht? Hoe kunnen effectieve antirook-preventieprogramma's worden ontwikkeld gericht op jonge vrouwen? Hoeveel vrouwen van boven de 35 jaar roken en gebruiken de pil met als gevolg een fors verhoogd risico op hart- en vaatziekten? Wat levert het op om deze vrouwen proactief te benaderen, te helpen met stoppen met roken of een ander anticonceptiemiddel te laten gebruiken?
- Betere instrumenten om vrouwen met een hoog en laag risico te onderscheiden.
- Cardiovasculaire preventiestrategieën bij vrouwen met hoog cardiovasculair risico (bijv. (zwangerschaps)diabetes, roken of pre-eclampsie).

Diagnostiek

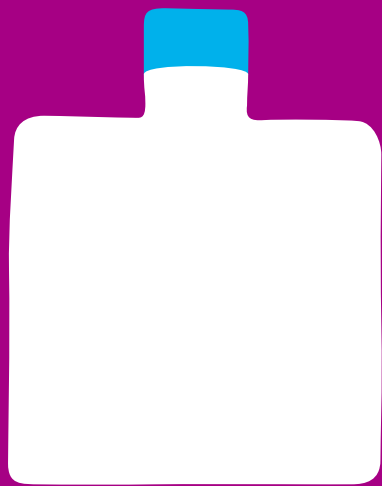
- Wetenschappelijk onderbouwde kosteneffectieve tools (bijvoorbeeld bloedtest, echo, non-invasief onderzoek) om de verschillende uitingsvormen van hart- en vaatziekten bij vrouwen in de diverse levensfasen beter en eerder te herkennen (vroegdiagnostiek). Op dit moment wordt gewerkt aan een bloedtest die in een vroeg stadium kan bijdragen aan de diagnose (diastolisch) hartfalen.
- Onderzoek of de bestaande tests en waarden gelden voor vrouwen. Zo is er recent een test verschenen die aantoont dat je bij vrouwen met een verdenking op een hartinfarct bij een test die bij beide geslachten gebruikt wordt, vrouwen mist die een hartinfarct hebben (die worden dus onterecht naar huis gestuurd). Een meer gevoeliger en kosteneffectieve test voor vrouwen vangt deze groep beter.

Behandeling

- Genderverschillen in criteria voor behandelingsopties.
- Doelmatige communicatie met vrouwelijke zorggebruikers, mede om de eigen regie te bevorderen (bijvoorbeeld door eigen bloeddrukmeting).
- Instrumenten en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg, voor goede diagnostiek en behandeling van diastolisch hartfalen bij vrouwen na de menopauze. Er is thans sprake van onderbehandeling bij vrouwen en ouderen.
- Op basis van gegevens van de zorgverzekeraars 'malpractices' opsporen ten gevolge van niet-gendersensitief werken binnen de cardiologie, en mogelijkheden om deze te verminderen.
- Effectieve behandeling bij vrouwen van microvasculaire angina en hartfalen met behoud van ejectiefractie.
- Genderverschillen in ritmestoornissen (boezemfibrilleren komt meer bij oudere vrouwen voor dan bij mannen; geeft klachten/veel opnames/gebruik bloedverdunners en risico op bloedingen).
- Genderverschillen in beroertes (waar veelal oudere vrouwen aan overlijden of veel restklachten van hebben).

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Kennissynthese van bestaande toepasbare kennis over hart- en vaatziekten bij vrouwen en methoden voor kennisdeling.
- Genderverschillen in vasculaire disfunctie rond etiologie, risicofactoren en diagnostiek.
- Genderverschillen in de samenhang van mentale stress en cardiovasculaire aandoeningen.



Thema 4b Lichamelijk en psychisch geweld

Binnen geweldsdelicten spelen genderverschillen een grote rol. Ook al gebruiken we tegenwoordig vaak genderneutrale termen als huiselijk of familiaal geweld en ook al zijn er vele groepen slachtoffers te onderscheiden (ouderen, kinderen, vrouwen, mannen, homoseksuelen mannen en vrouwen, etc.), en in de praktijk is het overgrote deel van de daders man en van de slachtoffers vrouw^{140, 141, 142}. Vrouwen hebben bovendien vaker te maken met ernstige vormen van geweld en doen vaker dan mannelijke slachtoffers een beroep op medische zorg^{143, 144}. Ook in de achterliggende factoren van geweld spelen genderspecten een belangrijke rol¹⁴⁵. Dat ervaring met geweld voor slachtoffers grote psychische en fysieke consequenties heeft op de korte termijn en in hun latere leven is bekend^{146, 147}. Andersom bekeken zijn er nog vele vragen: we weten bijvoorbeeld niet hoe groot het aandeel is van alle zorg- en andere maatschappelijke kosten die veroorzaakt worden door (familiaal, seksueel en overig) geweld. Dat dit aanzienlijk zal zijn, ligt voor de hand gezien de ernst en de prevalentie van geweld.

Stand van zaken

Er wordt tot op de dag van vandaag veel onderzoek verricht naar (de prevalentie van) met name familiaal en seksueel geweld in de open populatie. Keer op keer levert dergelijk onderzoek schokkende cijfers op. Zo laat een recente studie van de Europese Unie zien dat 33% van de vrouwen in de EU ooit te maken heeft gehad met partnergeweld en dat deze groep vooral hulp zoekt in de medische setting. Het rapport 'Geweld tegen vrouwen. Europese onderzoeksgegevens in Nederlandse context'¹⁴⁸ uit 2014 maakt duidelijk dat 10% van de Nederlandse vrouwen ooit is verkracht, 11% heeft seksueel geweld meegemaakt door een (ex-)partner, 20% is fysiek mishandeld door een (ex-)partner.

Binnen de gezondheidszorg – maar ook in andere branches – neemt het laatste decennium de aandacht toe voor het herkennen van geweld en de rol van hulpverleners daarbij. De wet Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (sinds 2013 van kracht) geldt ook voor medische professionals. Het KNMG heeft in 2012 een Meldcode en Stappenplan Kindermishandeling en Huiselijk geweld ontwikkeld; een veelal juridisch document dat beperkte richtlijnen geeft en vooralsnog onvoldoende wetenschappelijk is onderbouwd.

Het meemaken van geweld heeft vaak levenslange consequenties voor de gezondheid en het welbevinden van slachtoffers¹⁴⁹. Ze bezoeken veel vaker de huisarts, hebben meer chronische klachten, gebruiken meer pijnstillers en depressie komt onder vrouwen met geweldservaringen vijfmaal vaker voor dan onder vrouwen die geen slachtoffer van geweld zijn geweest^{150, 151}. Er is relatief veel bekend over de gevolgen van geweld op de psychische gezondheid van slachtoffers; veel minder weten we over de consequenties voor de lichamelijke gezondheid. In internationaal onderzoek wordt geschat dat een huisarts elke week gemiddeld 1–2 vrouwen ziet met klachten gerelateerd aan partnergeweld¹⁵². Meestal wordt deze groep niet als zodanig herkend. Mishandelde vrouwen blijken bijna tweemaal vaker de huisarts te bezoeken met lichamelijk onverklaarde klachten. Bij slechts 0–3% van de vrouwen die komt met klachten gerelateerd aan partnergeweld, wordt dit herkend¹⁵³. Naast herkenning en het bespreekbaar maken van geweld door medische hulpverleners, is preventie van de directe en late (medische) gevolgen en overdracht van het geweld op de volgende generatie (vooral verwaarlozing en seksueel geweld) van belang¹⁵⁴; het voorkomen van transgeneratiele overdracht. Bij de groep die medische hulp zoekt, gaat het vooral om secundaire en tertiaire preventie in een hoge risicogroep.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Samenhang seksuele problematiek en doorgemaakt seksueel misbruik in de jeugd en partnergeweld als volwassene en de behandeling daarvan.
- De relatie tussen lichamelijk en psychisch geweld en aandoeningen als hart- en vaatziekten, onverklaarde klachten (chronische pijnklachten) of gynaecologische problemen.
- Hertraumatisatie van seksueel geweld bij medische inwendige gynaecologische handelingen.
- Ontwikkeling en implementatie van een beroepsspecifieke NHG-richtlijn voor huisartsen met aandacht voor het herkennen van geweld als achterliggende factor van medische klachten.
- Integrale benadering van psychische problematiek (o.a. angsten, depressie, middelenmisbruik) als gevolg van geweld met inbegrip van alle verschillende seksspecifieke rollen, gezinssituatie en onderlinge interactie (het gezin als systeem).
- De relatie tussen vrouwspecifieke problemen en geweldservaringen en/of opvattingen over genderrollen.
- Samenhang bekkenbodempatiek en seksueel geweld.

Specifiek op lichamelijk en psychisch geweld

- De prevalentie van cliënten met geweldservaringen die hulp zoeken in de medische sector en hun hulpzoekgedrag. Waar zoeken zij hulp en met welke klachten?
- Inzicht in de zorgbehoefte van en zorgkosten voor slachtoffers van familiaal en seksueel geweld.
- Inzicht in de maatschappelijke kosten als gevolg van familiaal en seksueel geweld. Omvang van de groep vrouwen die hierdoor niet meer in staat zijn te werken en een beroep doen op sociale zekerheid en zorg.
- Interactie tussen geweld en sociale klasse.
- Onderzoek naar integrale multidisciplinaire gendersensitieve interventies op gebied van preventie, behandeling, opvoeding en educatie, ter voorkoming van (gevolgen van) geweld en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Fundamenteel onderzoek naar genderverschillen in de gevolgen van geweld op fysische en neuro-immunologische processen en de relatie met de ontwikkeling van lichamelijke (al dan niet onverklaarde) klachten.
- Definieren van de meest kwetsbare groepen en noodzakelijke interventies ter voorkoming van (gevolgen van) geweld.
- Verbetering van de herkenning van slachtoffers van familiaal en seksueel geweld binnen de gezondheidszorg, die zich melden met andere (vaak onverklaarde of psychische) klachten.
- De rol van cultuur, context en gezin bij familiaal en seksueel geweld.

- De invloed van familiaal en seksueel geweld op de ontwikkeling van de seksuele en genderidentiteit.
- Kosteneffectieve interventies gericht op preventie en behandeling van de gevolgen van geweld die de transgenerationale overdracht op kinderen die opgroeien in een gezin met geweld doorbreken.
- Integrale benadering van familiaal en seksueel geweld met inbegrip van alle verschillende seksspecifieke rollen, gezinssituatie en onderlinge interactie (het hele gezinssysteem) inclusief het verbeteren van effectieve hulp.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Onderzoek naar integrale gendersensitieve interventies op gebied van preventie, behandeling, opvoeding en educatie, ter voorkoming van (gevolgen van) geweld en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Fundamenteel onderzoek naar genderverschillen in de gevolgen van geweld op fysische en neuro-immunologische processen en de relatie met de ontwikkeling van lichamelijke (al dan niet onverklaarde) klachten.
- Definieren van de meest kwetsbare groepen en noodzakelijke interventies ter voorkoming van (gevolgen van) geweld.

Thema 4c Diabetes

Diabetes Melitus is een hoog-prevalente aandoening met ramificaties op vele terreinen. Een belangrijk issue is de vertaalbaarheid van studieresultaten uit het buitenland naar de Nederlandse situatie en onze gezondheidszorg.

Epidemiologie

De prevalentie van type 1 diabetes mellitus ligt rond de 100.000 mensen in Nederland en van type 2 diabetes rond de 800.000. De incidentie van zwangerschapsdiabetes is ongeveer 5–8% in Nederland (jaarlijks 20.000–30.000 cliënten). Type 1 diabetes is geassocieerd met een 2–3x verhoogde kans op overlijden in meta-analyses met een hoger getal voor vrouwen¹⁵⁵. Type 1 diabetes leidt tot een verlies van 8–13 levensjaren. De reden voor de verhoogde mortaliteit onder vrouwen is niet precies bekend. Ook voor type 2 diabetes geldt dat de mortaliteit onder vrouwen hoger is, waarbij ook comorbiditeit een belangrijke rol speelt. Op het gebied van morbiditeit komen macrovasculaire complicaties meer voor bij cliënten met elk type diabetes; deze zijn mede verantwoordelijk voor zowel de hogere morbiditeit als de mortaliteit. Hier wordt een duidelijk genderverschil gezien met een hogere incidentie van afwijkingen bij vrouwelijke cliënten. De reden hiervan is hoogstwaarschijnlijk multifactorieel. Van de micro-vasculaire complicaties is de nefropathie vooral gerelateerd aan mortaliteit (nierfalen en macro-vasculaire afwijkingen); samen met retinopathie en neuropathie vormt dit een belangrijke reden voor morbiditeit. Steeds meer wordt bekend over de invloed van gender op de kans op complicaties, zoals het meer voorkomen van neuropathie bij mannen en meer nefropathie bij vrouwen met een specifieke genmutatie. Cliënten met type 1 diabetes hebben een verlies aan jaren in de arbeidsproductieve leeftijd en de orgaancomplicaties verminderen ook de arbeidsproductiviteit. Er is ook een hoger aantal diabetes-gerelateerde verzuimdagen. Eerder onderzoek van het NIVEL heeft laten zien dat cliënten met diabetes meer problemen op het werk ervaren. Het is de vraag in welke mate dit speelt en of genderverschillen hierbij een rol spelen (en zo ja hoe)¹⁵⁶.

Preventie

Preventie van type 1 diabetes is nauw gerelateerd aan een gezonde leefstijl. In bestaande leefstijlprogramma's is vaak geen of weinig aandacht voor gender-gerelateerde factoren. Zwangerschapsdiabetes is geassocieerd met een maternale en foetale/neonatale morbiditeit. Trials ter voorkoming van zwangerschapsdiabetes hebben geen duidelijk succes gehad (studie VUmc in het kader van het ZonMw programma Zwangerschap en geboorte). Het wordt steeds duidelijker dat deze vrouwen een verhoogde

incidentie hebben van type 2 diabetes in de eerste jaren na de bevalling en een verhoogd risico op diabetes, hypertensie, obesitas en vetstofwisselingsstoornissen (het metabool syndroom) hebben¹⁵⁷. Daarnaast hebben de kinderen ook een verhoogde kans op obesitas, hypertensie en type 2 diabetes waar naast genetische factoren en omgevingsfactoren als kind, ook effecten van het veranderde intra-uteriene milieu voor verantwoordelijk worden gehouden.

Behandeling

Over genderverschillen in effecten van behandeling van diabetes (type 1 en type 2) is weinig bekend. Naast 'harde' medisch-technische gegevens en economische gegevens, speelt de kwaliteit van leven een belangrijke rol. De ziektelast heeft te maken met de aanwezigheid van chronische orgaancomplicaties en de mate van bloedsuikerregulatie. Genderinvloed daarbij is goed denkbaar, maar vooralsnog onbekend. Goede informatie hierover gekoppeld aan praktisch gereedschap zou een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn voor cliënten. Zwangerschapsdiabetes is een uiting van de genetische aanleg tot het ontwikkelen van type 2 diabetes, geprovoceerd door de zwangerschapshormonen. De behandeling bestaat uit een dieetadvies en indien hiermee niet de bloedsuikertargets gehaald worden, insuline. Ongeveer 30% van de vrouwen met zwangerschapsdiabetes wordt met insuline behandeld. Lichaamsbeweging kan een positief effect hebben op de glucose-regulatie, het is nog niet bekend of dit bijvoorbeeld insuline-behandeling kan uitstellen of zelfs afstellen. Dit zou een vermindering van de ziektelast voor de vrouw en van de medische kosten met zich mee kunnen brengen.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Incidentie van type 2 diabetes, obesitas en cardiovasculaire risicofactoren in de jaren na de bevalling bij moeders die te maken hebben gehad met zwangerschapsdiabetes, inclusief de mogelijke invloed van de etnische achtergrond.
- Leefstijlprogramma's die rekening houden met specifieke gendergerelateerde factoren en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke programma's.
- Hart- en vaatziekten in combinatie met diabetes bij vrouwen. Deze comorbiditeit leidt tot veel problemen, werkverzuim, en sterfte. Oorzaken van hogere cardiovasculaire sterfte onder vrouwen met diabetes vergeleken met mannen met diabetes¹⁵⁸.

Epidemiologie

- Invloed van gender en de mechanismen daarachter voor verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij cliënten met type 1 (en type 2) diabetes.
- Aanwezigheid van genderverschillen in beperking van de arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit ten gevolge van diabetes type 1 en 2 en mogelijkheden om dit te verbeteren.

Preventie

- Gendergerelateerde factoren die van invloed zijn op het ontwikkelen van een gezonde leefstijl.
- Juiste behandelwijze van gendergerelateerde cardiovasculaire risicofactoren bij diabetes.
- Strategieën om de incidentie van insulinebehandeling bij zwangerschapsdiabetes te verminderen (dit levert besparing op: geen kosten van insuline, geen kosten van zelfmeten van de bloedsuiker, minder geneeskundige zorg). Hierbij speciaal aandacht voor verhogen van de lichamelijke inspanningen.
- Methoden om de incidentie van diabetes na een bevalling te verminderen.
- Gendergerelateerde methoden om de ontwikkeling van obesitas, diabetes en cardiovasculaire risicofactoren bij kinderen (met name na zwangerschapsdiabetes) te verminderen.
- Effectieve beweegprogramma's voor zwangere vrouwen met zwangerschapsdiabetes die de overgang naar insuline-behandeling voorkomen of uitstellen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke programma's.
- Sekseverschillen in voorkeuren voor leefstijlinterventies (in het bijzonder bewegen) bij clienten met diabetes type 2 in de huisartspopulatie. Zijn er sekseverschillen in effecten van beweegprogramma's en in implementatie/procesuitkomsten?
- Optimalisatie van preventie en (na)zorg voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes.

Behandeling

- Invloed van gender en mate van invloed op de kwaliteit van leven en ziektelast bij diabetes, inclusief verbeterstrategieën.
- Gendergerelateerde evaluatiemethoden (vragenlijsten).
- Effectieve interventies voor het terugdringen van (de impact van) hart- en vaatziekten bij vrouwen met diabetes.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Optimalisatie van preventie en (na)zorg voor vrouwen met zwangerschapsdiabetes.
- Effectieve interventies voor het terugdringen van (de impact van) hart- en vaatziekten bij vrouwen met diabetes.

Thema 4d Migraine

Diverse aandoeningen van het centrale en perifere zenuwstelsel vertonen verschillen in klinische presentatie tussen mannen en vrouwen¹⁵⁹. Migraine is hiervan de meest voorkomende aandoening en de man-vrouwverschillen zijn buitengewoon opvallend¹⁶⁰.

Circa 12% van de Nederlandse bevolking heeft gemiddeld twee aanvallen van migraine per maand die elk 1–3 dagen duren¹⁶¹. Een kwart van de migraineclënten, dus ongeveer 3% van de totale Nederlandse bevolking, heeft wekelijks één of meerdere aanvallen (chronische migraine). De Wereldgezondheidsorganisatie WHO rangschikt de ziekte migraine, dat wil zeggen het steeds maar weer opnieuw ondergaan van migraineaanvallen, in de top tien van meest invaliderende ziektes: bij vrouwen komt migraine op de derde plaats; als mannen en vrouwen tezamen worden genomen komt migraine op de zevende plaats¹⁶². Vanwege het vele arbeidsverlies en de hoge prevalentie is migraine ook een van de duurste hersenziektes voor de gemeenschap.

Naast de directe belasting door de aanvallen vormt migraine ook een belangrijke cardiovasculaire risicofactor, met name bij vrouwen. Recente gegevens suggereren zelfs dat de bijdrage van migraine aan het cardiovasculair risico groter is dan die van de traditionele risicofactoren zoals diabetes, obesitas en roken.

Lopend onderzoek

In zowel het LUMC als het Erasmus MC wordt intensief onderzoek gedaan naar de invloed van vrouwelijke geslachtshormonen op migraine. In het CREW-project, eerder genoemd onder thema 4a. Hart- en vaatziekten, wordt migraine als onderdeel van het vrouwspecifieke cardiovasculaire risicoprofiel onderzocht.

Epidemiologie

Tussen pubertijd en menopauze komt migraine driemaal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen in dezelfde leeftijd. Buiten die periode zijn de prevalentieverschillen veel kleiner tot afwezig, hetgeen een belangrijke rol voor vrouwelijke geslachtshormonen suggereert. Deze hypothese wordt versterkt door de observaties dat migraineaanvallen bij meisjes beginnen rondom hun pubertijd (zie thema 2a: Jeugd), bij vrouwen vaak tijdens de menstruatie optreden, maar in het tweede en derde trimester van de zwangerschap en tijdens het geven van borstvoeding vaak juist volledig afwezig zijn, om daarna weer in alle hevigheid terug te keren.

Oorzaken

De exacte oorzaak van migraine is onbekend. Zeker is dat genetische factoren een belangrijke rol spelen en dat daarnaast exogene en endogene modulerende factoren (zoals geslachtshormonen) het risico op het krijgen van aanvallen sterk beïnvloeden¹⁶³. Hoe deze interacties tussen genen en geslachtshormonen plaatsvinden is een belangrijk onderzoeksonderwerp in Leiden en Rotterdam.

Diagnostiek

Er is tot op heden geen diagnostische biomarker voor migraine. De diagnose berust op een nauwkeurige en uitgebreide anamnese met navragen van gevalideerde diagnostische criteria die opgesteld zijn door de International Headache Society¹⁶⁴.

Behandeling

Milde migraineaanvallen kunnen soms behandeld worden met ‘gewone’ pijnstillers en snel absorbeerbare NSAIDs. Betere resultaten worden vaak bereikt met triptanen. Grosso modo hebben deze middelen bij 40% van de cliënten voldoende effect.

Bij de rest is het effect helaas nog steeds onvoldoende.

Naast aanvalonderdrukkende middelen kan geprobeerd worden om aanvallen te voorkomen met profylactica zoals bepaalde β -adrenoceptor antagonisten, natrium-valproaat, topiramaat, flunarizine, methysergide, pizotifeen en candesartan.

Het werkingsmechanisme van deze profylactica is echter niet bekend en de werkzaamheid is vaak teleurstellend (bij 50% van de cliënten kan een 50% vermindering in aanvalsfrequentie bewerkstelligd worden). Daarnaast gaan ze vaak gepaard met veel bijwerkingen.

Er wordt vooralsnog geen onderscheid gemaakt in de behandeling tussen mannelijke en vrouwelijke cliënten, maar dit zou wel goede mogelijkheden kunnen bieden om gezondheidswinst te bereiken. Soms kan bij vrouwen geprobeerd worden aanvallen te voorkomen met beginnen of juist staken van de anticonceptiepil doch meestal zijn de effecten hiervan teleurstellend. Vrouwelijke cliënten hebben zelf veel vragen over de relatie tussen hormonen en migraine.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Verschillen tussen jongens en meisjes wat betreft hoofdpijn en migraine.
- Beoordeling van migraine als cardiovasculaire risicofactor en de mogelijke genderverschillen hierin. Migraine als onderdeel van genderspecifieke cardiovasculaire risicopredictiomodellen.
- De pathofysiologie en de genderspecificiteit van het verhoogde risico op beroerte bij vrouwelijke cliënten met migraine.

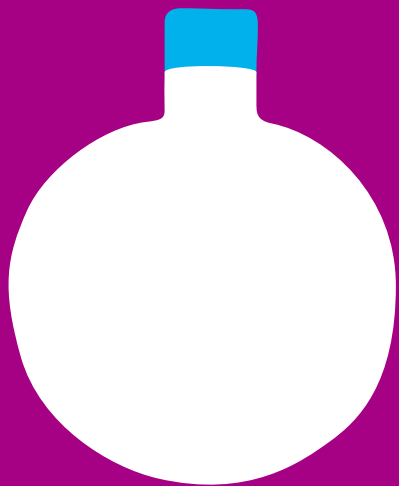
- De mate waarin de frequentie van migraineaanvallen invloed heeft op het cardiovasculaire risicoprofiel bij vrouwen, en welke aanpassingen eventueel moeten worden gedaan aan huidige behandelingen.
- Het verschil tussen migraine met aura en migraine zonder aura als cardiovasculaire risicofactor bij vrouwen.
- Genderverschillen in comorbiditeit van depressie, angststoornissen en epilepsie bij migraine.
- De relatie tussen menarche, zwangerschap, menstruatiecyclus en menopauze met het beginnen of beëindigen en de ernst, frequentie en mate van pijnbeleving van migraine.
- Andere relevante geslachtshormonen naast oestradiol in de pathofysiologie van migraine.
- Interactie van vrouwelijke geslachtshormonen met de neuropeptiden die bij migraine betrokken zijn.
- Het effect van de anticonceptiepil bij vrouwen met migraine.
- Het veilig en adequaat behandelen van migraine gedurende de zwangerschap.
- De relatie tussen migraine- en zwangerschapgerelateerde cardiovasculaire complicaties, zoals pre-eclampsie en de hoofdpijn die daar secundair bij kan optreden.

Oorzaken

- Onderliggende factoren die de hogere prevalentie van migraine onder vrouwen veroorzaken.
- Mogelijke interactie tussen (epi)genetische factoren bij migraine en (fluctuaties in) vrouwelijk geslachtshormonen.

Behandeling

- Genderverschillen in de effecten en bijwerkingen van antimigraine middelen.



Thema 4e Onverklaarde klachten

Bij onverklaarde klachten, ook vaak somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) genoemd, gaat het om hardnekkige klachten die niet objectief meetbaar zijn en waarvoor met de huidige medische kennis geen ziektemechanisme kan worden vastgesteld. Deze klachten leiden wel tot een aanzienlijke ziektelast en belemmeren het dagelijks maatschappelijk functioneren van mensen. Vaak gaat het om vermoeidheid, maag- en darmproblemen en allerlei soorten pijn. Dergelijke klachten leiden tot veel ziekteverzuim en daarmee hoge maatschappelijke kosten. Veelvoorkomende en qua ernst en duur ernstige klachten zijn ondergebracht in eigen clusters zoals het Chronisch Vermoeidheids Syndroom (CVS), het prikkelbare-darmsyndroom (Irritable Bowel Syndrome ofwel IBS), chronische bekkenpijn, het Chronisch Pijn Syndroom (CPS), repetitive strain injury (RSI), fibromyalgie en whiplash.

In bestaand onderzoek naar onverklaarde klachten is weinig aandacht voor genderverschillen. Weliswaar worden sekseverschillen in prevalentie benoemd, maar deze worden meestal niet verder onderzocht of gepreciseerd. Kroene en Spitzer (1998) hebben de invloed van psychiatrische comorbiditeit op de hoge prevalentie van onverklaarde klachten onder vrouwen onderzocht. Zij vonden dat depressie en angst de sterkste voorspellers van onverklaarde klachten zijn, maar de factor gender bleek ook grote invloed te hebben.

Onderzoek heeft van twee behandelingen voor lichamelijk onverklaarde aandoeningen de werkzaamheid wetenschappelijk bewezen. Dat zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) en Graded Exercise Training (GET). De empirische bevindingen onderstrepen de noodzaak om in te zetten op een complex, biopsychosociocultureel model, omdat zowel biologische als psychologische, sociale en culturele aspecten een rol kunnen spelen.

De overzichtsstudie 'Invloed vrouwelijke hormonen op chronische pijnsyndromen?' laat zien dat de menstruatiecyclus invloed heeft op de ernst van de klachten bij chronischepijnsyndromen.

Epidemiologie

Tot 40% van de consulten bij de internist, neuroloog of gynaecoloog gaat over lichamelijke klachten waarvoor geen of een onvoldoende somatische verklaring gevonden wordt. Langdurige, ernstige onverklaarde klachten komen veel minder vaak voor (prevalentie van 2,5%). Ongeveer driekwart of meer (70–90%) van de zorggebruikers met SOLK is vrouw. Vrouwen ervaren en rapporteren lichamelijke klachten eerder dan mannen en zij zijn vaker geneigd deze toe te schrijven aan lichamelijke oorzaken (somatisatie). Een opvallend hoog percentage van vrouwen met onverklaarde klachten heeft daarnaast te maken gehad met seksueel misbruik.

Oorzaken

Kenmerkend aan onverklaarde klachten is dat er geen eenduidige medische oorzaak aan te wijzen is. In de psychologie worden verklaringen vooral gezocht in het cognitieve en emotionele informatieverwerkingssysteem. In de pathofysiologische verklaringsmodellen is het uitgangspunt dat stressgebonden pijn- en uitputtingsklachten duiden op ontregeling van het centraal zenuwstelsel, het hormoonstelsel en/of het immuunsysteem of op ontregeling van de communicatie tussen die regelsystemen. In toenemende mate wordt gezocht naar een combinatie van medische, psychische, sociale en culturele factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en persisteren van SOLK.

Diagnostiek en behandeling

Gezien de diversiteit aan SOLK is de diagnose ervan afhankelijk van verschillende diagnostische modellen die gelden binnen de diverse disciplines. Bewezen effectieve behandelingen en andere behandelprogramma's en protocollen worden doorgaans sekseneutraal beschreven. Wel biedt een aantal kwalitatieve studies seksspecifieke suggesties voor hulpverleners van vrouwelijke cliënten met medisch onverklaarde klachten¹⁶⁵.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Onverklaarde klachten van vrouwen in relatie tot hart- en vaatziekten.
- De relatie tussen lichamelijk en psychisch geweld en aandoeningen als hart- en vaatziekten, onverklaarde klachten (chronischepijnklachten) en gynaecologische problemen.
- Genderverschillen bij de relatie tussen bijvoorbeeld chronische vermoeidheid en andere lichamelijk onverklaarde klachten en psychische en psychiatrische problematiek.

Epidemiologie

- Meer informatie over de omvang en klachten van de groep vooral vrouwelijke cliënten met onverklaarde klachten, gespecificeerd naar leeftijd, klasse, etniciteit, regionale verschillen, transgenerationale problematiek, genderrollen en genderopvattingen, inclusief de maatschappelijke kosten.

Oorzaken

- Multidisciplinair (ook genetisch) onderzoek naar genderspecifieke factoren bij concrete onverklaarde klachten.
- Onderliggende processen (met inbegrip van psychologische factoren) die verklaren waarom en hoe de menstruatiecyclus en de postmenopauzale hormonale status invloed hebben op onverklaarde klachten.
- Onderzoek naar gangbare veronderstellingen over sekseverschillen in de neurologische en psychische regelsystemen.
- Relatie tussen onverklaarde klachten en alcohol, roken, pijnstillers, drugs, medicatie en/of lichamelijke activiteit.

Behandeling

- Monitoring van behandelde vrouwen op langetermijneffecten (ook in het licht van maatschappelijke participatie en zorgkosten).
- Benadering van onverklaarde klachten met daarbij aandacht voor verschillen in professioneel handelen en communiceren, uitgesplitst naar geslacht van zowel behandelaar als cliënt en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Multidisciplinair onderzoek naar genderspecifieke factoren bij concrete onverklaarde klachten.
- Benadering van onverklaarde klachten met daarbij aandacht voor verschillen in professioneel handelen en communiceren, uitgesplitst naar geslacht van zowel behandelaar als cliënt en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Thema 4f Psychische en psychiatrische klachten

Bij aandoeningen in de geestelijke gezondheidszorg komen de man-vrouwverschillen steeds duidelijker naar voren. Uit de CBS-Gezondheidsenquête (2010–2012) blijkt dat ongeveer 13% van de vrouwen en 9% van de mannen van 12 jaar en ouder psychisch ongezond is. Zij voelen zich bijvoorbeeld zenuwachtig, in de put, niet kalm en rustig, neerslachtig en somber en/of niet gelukkig¹⁶⁶. Het risico op een depressie is bij vrouwen twee keer zo groot als bij mannen. Angststoornissen komen eveneens vaker voor bij vrouwen. Verder valt op dat er tien keer zoveel vrouwen als mannen worden behandeld voor eetstoornissen¹⁶⁷. Mannen daarentegen hebben vaker last van verslavingsproblematiek¹⁶⁸ en zijn vaker te vinden in de forensische psychiatrie. Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen zijn hier een belangrijke oorzaak van, maar ook psychologische en sociale factoren spelen een rol. Onderliggende oorzaken van de prevalentieverschillen zijn lastig te bepalen. Bijna meer nog dan in de somatische gezondheidszorg lijkt er in de geestelijke gezondheidszorg sprake te zijn van een ingewikkeld samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren, waarbij ook de rollen van de zorgverlener (m/v) en de zorggebruiker in ogenschouw genomen moeten worden. Zo kan het zijn dat mannen minder snel over negatieve gevoelens (durven) praten dan vrouwen waardoor bij mannen onderdiagnostiek plaatsvindt^{169, 170}. Aan de andere kant kan het ook zijn dat zorgverleners bij vrouwen eerder aan bijvoorbeeld een depressie denken dan bij mannen^{171, 172}. Andere voorbeelden zijn dat bij vrouwen agressie (vaak passief agressief gedrag) minder goed herkend wordt en bij jongens en mannen eetstoornissen te vaak over het hoofd worden gezien^{173, 174}.

Er zijn veel relevante sekse- en genderverschillen in risicofactoren; beleving, manifestatie, ernst en presentatie van psychische stoornissen en onwelbevinden, en wellicht in behandeluitkomsten. Opvallend is dat veel behandeling gender-neutraal gebeurt^{175, 176}.

Epidemiologie

Ook al is er veel bekend over prevalentieverschillen tussen mannen en vrouwen, de gegevens zijn niet altijd up-to-date en ook niet altijd even betrouwbaar. Veel hangt af van de gebruikte onderzoeksprocedures en -methoden en van het al dan niet rekening houden met zaken als onder- en overdiagnostiek.

Oorzaken

Er is nog veel onbekend over onderliggende en externe mechanismen bij psychische problemen en de verschillen daarbij tussen mannen en vrouwen, zowel qua sekse- en gendergebonden kwetsbaarheidsfactoren, als qua 'exposure' – blootstelling aan sekse- en gendergebonden stressoren. Ook zijn er nog vele vragen over de wisselwerking tussen beide in hun effect op de ontwikkeling en instandhouding van

psychische stoornissen en mildere vormen van onwelbevinden, zoals werkstress, relatie- en gezinsproblemen, en werk-thuis interferentie. Verschillen in (wijze van) hechting en de daaruit voortvloeiende psychische capaciteiten, met name autonomieproblemen kunnen daarbij een rol spelen¹⁷⁷. Andere factoren die daarbij invloed kunnen uitoefenen, zijn slachtofferschap van seksueel¹⁷⁸, familiaal of ander geweld, of wellicht mogelijke overbelasting zoals – vooral bij vrouwen, door de combinatie van werk- en zorgtaken¹⁷⁹ (gezin, mantelzorg). Ook vormen van gender-role stress (seksespecifieke stress ten gevolge van het niet kunnen voldoen aan verschillende genderrolverwachtingen), en verschillen in copingstijl en emotieregulatie¹⁸⁰ kunnen hier relevant zijn.

Preventie

De preventie van psychische problematiek is complex en staat nog in de kinderschoenen, zeker als het gaat om seksespecifieke factoren die daarbij een rol spelen.

Diagnostiek

Het hele proces van zelfherkenning van problemen, hulp vragen en het stellen van diagnoses door de zorgverlener bevat gendersensitieve aspecten waar onvoldoende zicht op is.

Er is weinig bekend over de relatie tussen de door huisartsen gestelde diagnose depressie bij vrouwen en partnergeweld (actueel of in verleden). Huisartsen stellen veelvuldig de diagnose depressie en behandelen volgens de NHG-Standaard Depressie volgens het ‘stepped-care’ model, maar signaleren partnergeweld als achtergrond nauwelijks waardoor de behandeling minder effectief zal zijn.

Behandeling

Ook is er onvoldoende zicht op sekse- en genderspecten bij de behandeling van psychische en psychiatrische aandoeningen. Zo wordt psychotherapie of cognitieve gedragstherapie zelden tot nooit gendersensitief toegepast en is medicatie veelal uitsluitend op mannen uitgetest¹⁸¹.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Genderverschillen bij de relatie tussen bijvoorbeeld chronische vermoeidheid en andere lichamelijk onverklaarde klachten en psychische en psychiatrische problematiek.
- Seksespecifieke aspecten van psychofarmaca (onder andere therapietrouw, leefstijlfactoren).
- Relatie werkstress in combinatie met (dubbele) zorgtaken en psychische en psychiatrische aandoeningen.
- Genderverschillen bij de relatie tussen dementie en hart- vaatziekten.

- Psychische problematiek in relatie tot de overgang en andere relevante levensfasen.
- Integrale benadering van psychische problematiek (o.a. angsten, depressie, middelenmisbruik) als gevolg van geweld, met inbegrip van alle verschillende seksespecifieke rollen, gezinssituatie en onderlinge interactie (het gezin als systeem).
- Behandeling van depressie waarbij huisartsen systematisch vragen stellen over ervaren partnergeweld en hun beleid daarop aanpassen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Genderverschillen (en mogelijkheden om deze verschillen te verkleinen) in de wederkerige relatie tussen psychische problemen (stress, angsten, depressie, burn-out) en arbeidsverzuim dan wel arbeidsongeschiktheid.
- Genderverschillen (en het terugdringen daarvan) bij dementie en andere cognitieve aandoeningen.
- Assessment van langetermijngezondheidsrisico's bij vrouwen met een vroege versus late overgang, met name op kanker, hart- en vaatziekten, cognitie, alzheimer en andere psychische problematiek.
- Relatie stress en verschillen tussen mannen en vrouwen in de ontwikkeling van hart- en vaatziekten. Een voorbeeld is het Broken Heart Syndroom (een vorm van acuut hartfalen door hevige stress, die zich manifesteert als een acuut hartinfarct). Dit syndroom komt tien keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Deze vorm van Acuut Coronair Syndroom (ACS) treft een groeiende groep cliënten.
- Relatie van de combinatie zwangerschap en psychische problemen (inclusief postnatale psychische problemen) met hart- en vaatziekten.
- Relatie werkstress bij vrouwen en hart- en vaatziekten, mede in het licht van dubbele taken (huis/gezin en werk) van vrouwen.
- Genderverschillen in de relatie tussen depressie en angststoornissen en migraine.

Oorzaken

- De invloed van gender role stress (het niet kunnen voldoen aan – al dan niet veranderende – gendergerelateerde eisen) voor het welbevinden en psychisch functioneren.
- Genderverschillen in hechting en hechting gerelateerde factoren inclusief de gevolgen daarvan voor het ontstaan van psychische problematiek.
- De relatie tussen psychische problematiek van vrouwen en de invloed daarvan op zorgtaken (bijvoorbeeld opvoeding) en op overige gezinsleden.
- Wisselwerking tussen sekse/gender en andere relevante diversiteitsfactoren zoals etnische herkomst en hun samenhang met (behandeling van) psychische stoornissen en vormen van onwelbevinden.
- Genderverschillen in emotieregulatie en de samenhang met psychopathologie.

Preventie

- Effectiviteit van gendersensitieve interventies bij psychische en psychiatrische klachten op gebied van preventie, ‘lifespan’, met aandacht voor diversiteit in brede zin.

Diagnostiek

- Genderverschillen bij zorggebruikers bij het vroegtijdig herkennen en bespreekbaar maken van psychische en psychiatrische problematiek en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Genderverschillen tussen huisartsen en andere medewerkers in de basiszorg (m/v) bij het herkennen en diagnosticeren van psychische en psychiatrische problematiek.
- Het niet of pas in een laat stadium signaleren van klachten die niet direct verwacht worden omdat ze niet in het stereotype beeld passen: bijvoorbeeld depressie, angststoornissen, eetstoornissen en burn-out bij mannen: agressieproblemen en alcoholmisbruik bij vrouwen.
- Het in kaart brengen van de genderbias in Nederland bij veelgebruikte diagnostische instrumenten.

Behandeling

- Genderverschillen in de werking van interventies en nazorg¹⁸² en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg. Er bestaan verschillen in nadruk wat betreft de opvattingen over de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie lijkt in het algemeen, op basis van de vaak genderneutrale literatuur, voor beide geslachten even effectief; wat wil zeggen het werkt klachtreducerend (echter doorgaans slechts bij de helft van de cliënten). Doordat veel psychische klachten, zoals angst en depressie twee keer vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen, hebben per saldo veel meer vrouwen te kampen met deze beperkte effectiviteit.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Effectiviteit van gendersensitieve interventies bij psychische en psychiatrische klachten op gebied van preventie, ‘lifespan’, met aandacht voor diversiteit in brede zin.
- Genderverschillen tussen huisartsen en andere medewerkers in de basiszorg (m/v) bij het herkennen en diagnosticeren van psychische en psychiatrische problematiek.

Thema 4g Reuma

Klachten van het houdings- en bewegingsapparaat komen veel voor. Dit bedraagt ongeveer eenderde van de klachten waarmee cliënten naar de huisarts gaan (rug- en gewrichtspijnen). Met 10% hebben twee keer zoveel vrouwen als mannen een bewegingsbeperking¹⁸³. Slijtage van heupen en knieën staat bij vrouwen op plek drie van de meest voorkomende langdurige aandoeningen. Met name bij 60-plus-sers is het man-vrouwverschil daarbij groot¹⁸⁴. Een deel van de klachten aan het bewegingsapparaat wordt veroorzaakt door reumatische ziekten. Voor de huisarts is het over het algemeen lastig om in een vroeg stadium reumatische aandoeningen te herkennen omdat er in de beginstadia bij lichamelijk onderzoek nog niet zoveel afwijkingen in bloedonderzoek of op de röntgenfoto te zien zijn. Er is weinig bekend over genderverschillen in de preventie, diagnostiek en behandeling bij andere gewrichts- en spierklachten dan reuma.

Epidemiologie

Binnen de reumatische ziektebeelden is er een aantal die vaker bij vrouwen dan bij mannen voorkomen zoals reumatoïde artritis en systemische lupus erythematoses (SLE). Over het algemeen denkt de huisarts hier bijtijds aan, omdat bekend is dat vrouwen meer risico hebben op deze ziektes. Geheel anders is het voor de Axiale Spondyloartritis (vroeger bekend als de ziekte van Bechterew) die juist vaker bij mannen voorkomt. Deze ziekte ontstaat bij ongeveer 1–2% van de bevolking en begint vaak al op jonge leeftijd, rond het vijfentwintigste levensjaar. De belangrijkste klacht is rugpijn, die met name 's nachts optreedt en tot urenlange ochtendstijfheid kan leiden en pas in de loop van de dag door bewegen vermindert. Op de röntgenfoto zijn vaak ontstekingen te zien van de heiligbeengewrichten (sacroiliitis) en extra botvorming en vergroeiing van de wervelkolom. Meestal duurt het enkele jaren voor dit zichtbaar wordt.

Vroeger dacht men dat Axiale Spondyloartritis (axiale SpA) tien keer vaker bij mannen dan bij vrouwen voorkomt, maar in de loop der jaren is duidelijk geworden dat de ziekte veel vaker bij vrouwen voorkomt dan aanvankelijk werd gedacht en is de man-vrouwverhouding nu 3:1. Dit komt doordat de kennis over alle symptomen van deze ziekte is toegenomen en naast de ernstig zieke cliënten nu ook de mildere gevallen worden herkend.

Diagnostiek

Over het algemeen bestaat het beeld dat ernstige röntgenafwijkingen bij axiale SpA, zoals verbening van de heiligbeengewrichten en verbening en verstijving van de wervelkolom, sneller optreden en ernstige vormen aannemen bij mannen dan bij vrouwen¹⁸⁵. Hierdoor ontstaat soms het beeld in de praktijk dat vrouwen weliswaar meer pijn hebben, maar niet daadwerkelijk iets mankeren of ‘weke delen

reuma' zouden hebben. Helaas blijkt dat vrouwen wel degelijk een zeer ernstig progressief ziektebeeld kunnen hebben met vergroeiingen op jonge leeftijd waardoor soms wervelchirurgie noodzakelijk is. Het in kaart brengen van ernstig progressief beloop bij vrouwen en de factoren die hierbij een rol kunnen spelen, is dan ook van groot belang.

Voor een adequate behandeling is het belangrijk dat reumatische aandoeningen vroeg kunnen worden vastgesteld en cliënten bijtijds naar de reumatoloog kunnen worden verwezen. Door de behandeling snel te starten, kan onomkeerbare gewrichtsschade worden voorkomen. Helaas zijn recente inzichten over het veelvuldig voorkomen van SpA onder vrouwen bij veel huisartsen (en reumatologen) nog onvoldoende aanwezig en wordt de diagnose bij vrouwen vaak gemist. Het diagnostisch 'delay' is dan ook veel langer bij vrouwen dan bij mannen¹⁸⁶. Naast het feit dat er bij vrouwen door de behandelend arts minder vaak aan de diagnose axiale SpA wordt gedacht dan bij mannen kunnen mogelijk ook verschillen in lichaamsbouw en rol spelen. Het feit dat vrouwen over het algemeen 'soepeler' zijn, dat wil zeggen een grotere beweeglijkheid hebben van de rug dan mannen, kan het lastiger maken om een bewegingsbeperking bij lichamelijk onderzoek te interpreteren. Naar deze verschillen, die in de praktijk veelvuldig worden gezien, is nog nauwelijks onderzoek gedaan.

Uit recent onderzoek is gebleken dat bij cliënten met Axiale Spondyloarthritis frequent problemen optreden met betrekking tot de arbeidsparticipatie. Ruim 40% van de cliënten ondervindt hierbij al substantiële problemen, zowel qua ziekteverzuim als qua werkprestatie zelfs al voordat de diagnose is gesteld¹⁸⁷. Dit resulteert in een dubbel probleem voor vrouwen: bij hen wordt de ziekte pas later herkend, waardoor de kans op uitval uit het arbeidsproces is vergroot. Onderzoek naar de effecten van onderdiagnostiek van axiale SpA bij vrouwen en de gevolgen voor de maatschappelijke participatie is er nauwelijks.

Behandeling

Het blijkt dat vrouwen minder goed reageren op biologicals (TNF remmende medicatie) waardoor ze vaker stoppen of moeten switchen naar een ander medicament uit de categorie dure geneesmiddelen¹⁸⁸. De oorzaak hiervan en de effecten op de kosten binnen de gezondheidszorg zijn vooralsnog niet goed onderzocht.

Gezien het feit dat axiale SpA op jonge leeftijd optreedt, komen veelvuldig problemen rond de zwangerschap naar voren. Medicatie, zoals de ontstekingsremmende non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's), die zeer effectief is bij het bestrijden van pijn en ochtendstijfheid, moet worden gestaakt zodra de vrouw zwanger is – liefst zelfs eerder. Dit heeft veel pijnklachten tot gevolg. Tevens lijkt de ziekteactiviteit bij veel vrouwen met axiale SpA fors toe te nemen door de zwangerschap (met verhoogde ontstekingswaarden in het bloed) waardoor frequent zware medicatie (zoals prednison) nodig is om de ziekte weer tot rust te brengen^{189, 190}. Dit beeld is in tegenstelling tot andere reumatische ziekten, zoals reumatoïde artritis, waar het ziekteproces vaak (bij 70%) tot rust komt tijdens de zwangerschap, zelfs na het staken van de medicatie. In de klinische praktijk komt bij axiale SpA juist wel vaak een

verergering van de ziekte voor tijdens zwangerschap, maar gegevens over de frequentie zijn schaars en er is geen duidelijkheid over de meest optimale behandeling.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- Gendersverschillen in effecten van reumamedicatie.

Epidemiologie

- Sekseverschillen in gewrichts- en spierklachten binnen de huisartspraktijk, inclusief verschillen in comorbiditeit en beloop/prognose.
- Gendersverschillen in de epidemiologie, preventie, diagnostiek en behandeling bij andere gewrichts- en spierklachten dan reuma.

Diagnostiek

- Implementatie van bestaande kennis over de prevalentie van SpA bij vrouwen.
- Het in kaart brengen van ernstig progressief beloop van SpA bij vrouwen inclusief de factoren die hierbij een rol kunnen spelen.
- Methoden om de onderdiagnose bij vrouwen van progressieve reuma- en spieraandoeningen te verminderen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Gendersverschillen bij het auto-immuunsysteem en auto-immuunziekten.
- Gevolgen (van onderdiagnostiek) van SpA voor de arbeidsparticipatie en arbeidsduur van vrouwen.

Behandeling

- Gendersverschillen in effecten van medicatie.
- Beloop en adequate behandeling van SpA bij zwangere vrouwen.
- Sekseverschillen in zorggebruik (contactfrequentie, aanvullend onderzoek, verwijzingen, medicatie) bij patienten met reuma binnen de huisartspopulatie.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Methoden om de onderdiagnose bij vrouwen van progressieve reuma- en spieraandoeningen te verminderen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Gendersverschillen bij het auto-immuunsysteem en auto-immuunziekten.



Thema 4h Vrouwspecifieke en seksuele klachten

Er is een groot scala aan gynaecologische, vrouwspecifieke en seksuele aandoeningen. Deze kennisagenda beperkt zich op basis van de in hoofdstuk 3 beschreven criteria met name tot cyclusgebonden klachten, vruchtbaarheidsproblemen, bekkenbodempromptatie, problemen rond de menopauze en pijn bij gemeenschap (genitopelviene pijn).

In het leven van vrouwen speelt de invloed van hormonen een belangrijke rol. De menstruele cyclus en in de latere levensfase de menopauze, hebben grote invloed op het welbevinden en de kwaliteit van leven van vrouwen.

Mede door de hogere leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, neemt de prevalentie van vruchtbaarheidsproblemen de laatste jaren toe. Het is onvoldoende bekend dat vrouwen na hun vijfendertigste minder vruchtbaar zijn en dat fertiliteitsbevorderende behandelingen gezondheidsrisico's met zich meebrengen.

Pijn bij geslachtsgemeenschap wordt meestal veroorzaakt door gebrek aan opwinding bij de vrouw, vaak gecombineerd met onvoldoende plezier en een beperking op het krijgen van een orgasme. Genitopelviene pijn komt veel voor maar vrouwen denken vaak dat zij de enige zijn en schamen zich ervoor. Dergelijke klachten kunnen jarenlang aanhouden zonder dat de vrouw adequate hulp zoekt of krijgt en hebben een grote impact op de kwaliteit van leven.

Het medisch platform VrouwMC.nl dat 100% gericht is op vrouwen geeft op een laagdrempelige manier wetenschappelijk verantwoorde informatie over deze en vele andere vrouwspecifieke thema's.

Lopend onderzoek

Zie hoofdstuk 1 voor informatie over het ZonMw-programma Zwangerschap en geboorte.

Epidemiologie

De grens tussen normale en abnormale menstruele en menopauzale klachten is vaak lastig te trekken. Een zekere mate van ongemak 'hoort er nu eenmaal bij'. Tegelijkertijd worden de klachten van vrouwen juist daardoor onvoldoende herkend en serieus genomen. Betrouwbare prevalentiecijfers over deze klachten zijn mede daardoor onvoldoende voorhanden. Ook de consequenties van deze klachten voor het arbeidsverzuim zijn niet bekend.

Vrouwspecifieke aandoeningen als endometriose en myomen komen vaak voor (beide aandoening bij ten minste 10% van alle vrouwen). Endometriose is een goedaardige aandoening die optreedt wanneer het weefsel (endometrium) uit de binnenzijde van de baarmoeder, zich hecht aan andere structuren of organen buiten de baarmoeder. Meestal zijn dit de eierstokken, de eileiders en het weefsel dat de buikholte bekleedt. De meest voorkomende symptomen zijn chronische bekkenpijn, een pijnlijke menstruatie en onvruchtbaarheid.

Het Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS) is de meest voorkomende hormoonstoornis bij vrouwen. Vijf tot tien procent van de vrouwelijke bevolking in vruchtbare levensfase heeft te maken met PCOS-klachten¹⁹¹.

Bekkenbodemprompten komen bij meer dan 70% van de vrouwen tussen 45 en 85 jaar voor¹⁹². Het gaat daarbij zowel om een hypotone (te weinig aanspanning) als een hypertone (te veel aanspanning) bekkenbodem. Beiden typen bekkenbodemprompten hangen samen met incontinentie (urine en fecaal) en vaginale prolaps (verzakking)^{193, 194}. Daarnaast is bekkenbodempromptie geassocieerd met genitopelviene pijnklachten en chronische bekkenpijn. Goede Nederlandse prevalentiecijfers voor genitopelviene pijnklachten (vulvodynie, dyspareunie, vaginisme, onverklaarde buik- en bekkenpijn bij vrouwen en scrotale pijn, pijn aan de glans penis, en onverklaarde buik- en bekkenpijn bij mannen) ontbreken. Internationale schattingen voor de life time prevalentie van genitopelviene pijnklachten bij vrouwen variëren van 14–34% bij jonge vrouwen en van 6,5–45% bij oudere vrouwen, de prevalentie bij mannen varieert van 5 tot 15%¹⁹⁵.

Bij 1% van alle vrouwen is sprake van een vervroegde overgang (POH) en stoppen de menstruaties al vóór het veertigste jaar.

Over de mechanismen die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van kanker is nog onvoldoende bekend. Er zijn relevante biologische verschillen en verschillen in gedrag kunnen hierbij ook een rol spelen. Het vermoeden bestaat dat er een complexe interactie is tussen hormonale en chromosomale regulatie, het immuunsysteem en oxidatieve stress response op het ontstaan van tumoren.

Oorzaken

Er is onderzoek gedaan naar de meest voorkomende oorzaken van menopauzale klachten en menstruele klachten als het premenstrueel syndroom, dysmenorroe, menstruele migraine en hevig menstrueel bloedverlies. Pijn bij geslachtsgemeenschap wordt met name veroorzaakt door penetratie bij een overactieve bekkenbodempier of onvoldoende opwinding bij de vrouw¹⁹⁶.

Bekkenbodempierproblemen die ontstaan door te slappe bekkenbodempieren worden meestal veroorzaakt door zwangerschap en bevalling, al dan niet in combinatie met denervatie (ontzenuwen) van de bekkenbodempier bij het ouder worden of door extra belasting als gevolg van andere aandoeningen. Bekkenbodempierproblemen door hypertone of overactieve bekkenbodempieren kunnen samenhangen met (posttraumatische) stress, seksuele trauma's in de voorgeschiedenis, overbelasting en angst en depressie¹⁹⁷. Op latere leeftijd krijgen deze vrouwen vaak de diagnose chronische vermoeidheid of fibromyalgie¹⁹⁸. Ondanks bekkenbodempieroveractiviteit en pijn bij de coïtus, continueert de meerderheid van de vrouwen deze pijnlijke gemeenschap¹⁹⁹. De wens 'normaal' te willen zijn en het vermijden van een negatieve reactie van de partner dragen hieraan bij.

Preventie

De prevalentie van fertiliteitsproblemen en pijn bij geslachtsgemeenschap kan omlaag door meer en effectievere voorlichting. Teveel klachten rond de menstruatie en menopauze blijven onbesproken en dus onbehandeld, omdat ook veel vrouwen ervan uitgaan dat de klachten 'er nu eenmaal bij horen', terwijl behandeling grote gezondheidswinst kan opleveren. Er is veel kennis beschikbaar over problemen rond menstruatie, zwangerschap, menopauze en seksualiteit. Helaas komt deze informatie onvoldoende terecht bij de vrouwen die het aangaat.

Behandeling

De afgelopen jaren is met enige regelmaat discussie geweest over vaak toegepaste hormoontherapie. Mede vanwege verhoogde risico's op borstkanker, wordt (langdurige) hormoontherapie weinig toegepast.

Myomen zijn frequent voorkomende goedaardige tumoren uitgaande van het myometrium. Bij infertiele cliënten met myomen wordt, indien er verder geen fertiliteit beperkende factoren gevonden zijn, vaak overgegaan tot het chirurgisch verwijderen van de myomen, zonder dat hier op dit moment harde wetenschappelijke argumenten voor aan te voeren zijn. Aanvullend onderzoek is noodzakelijk. Myomen die klachten geven, zoals pijn en bloedingsproblemen, moeten behandeld worden.

In het kader van de behandeling van fertiliteitsproblemen heeft het UMCU naar analogie van de zaadbank een eicelbank opgezet. Er zijn echter te weinig donoren en daardoor te lange wachttijden.

De reguliere geneeskunde biedt niet voor alle klachten een passende oplossing en vaak zoeken vrouwen hun heil in de alternatieve/complementaire geneeskunde. Huidige monocausale behandelingen voor genitopelviene pijn²⁰⁰ zijn weinig effectief en er is sprake van een 'delay' in de diagnose, waardoor deze klachten met grote economische kosten gepaard gaan²⁰¹. Ontwikkeling van multidisciplinaire behandelingsprotocollen voor deze klachten is nodig, alsmede toetsing op effectiviteit.

Kennislacunes

Samenhang met andere thema's

- De gevolgen van menstruele en menopauzale klachten voor de maatschappelijke participatie en mogelijk de kortere arbeidsduur en het ziekteverzuim van (oudere werkende) vrouwen.
- Hertraumatisering van seksueel geweld bij medische inwendige gynaecologische handelingen.
- Samenhang seksuele problematiek en doorgemaakt seksueel misbruik in de jeugd en partnergeweld als volwassene en de behandeling daarvan.
- Samenhang tussen seksuele problemen en bekkenbodempierproblematiek en de gevolgen daarvan voor het maatschappelijk functioneren van vrouwen.
- Betere herkenning en behandeling van postmenopauzale vrouwen met hart- en vaatziekten, waaronder de mogelijke relatie met diastolisch hartfalen.
- Samenhang bekkenbodempierproblematiek en seksueel geweld.
- De wijze waarop vrouwelijke werknemers, leidinggevend en arboartsen aankijken tegen en omgaan met vrouwspecifieke klachten zoals vruchtbaarheidsproblemen of problemen tijdens menstruatie en overgang.
- De relatie tussen vrouwspecifieke veroudering en maatschappelijke participatie.
- De relatie tussen vrouwspecifieke problemen en geweldservaringen en/of opvattingen over genderrollen.
- De invloed van de wijze van communiceren over seksualiteit door artsen (uitgesplitst naar sekse) met cliënten.
- Relatie tussen bevalling (peri partum CM) en slechte knijpkracht van de linker hartkamer.
- Implementatie van kennis over verhoogd risico op hart- en vaatziekten bij rokende vrouwen die de anticonceptiepill gebruiken. Deze kennis is bij veel vrouwen onbekend en artsen ondernemen in dezen te weinig.
- Assessment van langetermijngezondheidsrisico's bij vrouwen met een vroege versus late overgang, met name op kanker, hart- en vaatziekten, cognitieve, alzheimer, depressie en andere psychische problematiek.
- Incidentie van type 2 diabetes, obesitas en cardiovasculaire risicofactoren in de jaren na de bevalling bij moeders die te maken hebben gehad met zwangerschapsdiabetes, inclusief de mogelijke invloed van de etnische achtergrond.
- Methoden van anticonceptie en de effecten op de maatschappelijke participatie van vrouwen.

- Cyclus- en reproductie gerelateerde problemen van vrouwen en de gevolgen daarvan voor maatschappelijke participatie.
- Langetermijn follow-up naar gezondheid bij vrouwen in relatie tot leeftijd overgang (normaal of vervroegd).
- Hormonale behandeling bij vrouwen na (al dan niet vervroegde) overgang.
- Relatie van de combinatie zwangerschap en psychische problemen (inclusief postnatale psychische problemen) met hart- en vaatziekten.
- De relatie tussen lichamelijk en psychisch geweld en aandoeningen als hart- en vaatziekten, onverklaarde klachten (chronischepijnklachten) of gynaecologische en seksuele problemen.
- Psychische problematiek in relatie tot de overgang en andere relevante levensfasen.
- De achtergrond van de relatie van zwangerschap, menopauze en menstruatiecyclus met de ernst, frequentie en mate van pijnbeleving van migraine.
- Andere relevante geslachtshormonen naast oestradiol in de pathofysiologie van migraine.
- Interactie van vrouwelijke geslachtshormonen met de neuropeptiden die bij migraine betrokken zijn.
- Het effect van de anticonceptiepil bij vrouwen met migraine.
- Het veilig en adequaat behandelen van migraine gedurende de zwangerschap.
- De relatie tussen migraine en zwangerschap gerelateerde cardiovasculaire complicaties, zoals pre-eclampsie en de hoofdpijn die daar secundair bij kan optreden.

Epidemiologie

- Betrouwbare gegevens over de prevalentie van klachten voor, tijdens en na de menstruatie of menopauze.
- Betrouwbare gegevens over de prevalentie van pijnklachten en genitopelviene pijn.

Preventie

- Effectieve interventies die aanstaande ouders bewust maken van de risico's en problemen van zwanger worden op hogere leeftijd.
- Effectieve interventies die kennis verbeteren bij vrouwen over de mogelijkheden om gezond zwanger te worden. Er is veel te winnen in de zin van het voorkomen van zwangerschapscomplicaties en van betere zogenaamde 'children outcomes' indien vrouwen meer doen aan eigen gezondheid voordat ze zwanger worden (voor zover niet belegd in ZonMw-programma Zwangerschap en geboorte).
- Effectieve interventies die mannen en vrouwen al op jonge leeftijd duidelijk maken dat penetratie tijdens seks alleen pijnloos kan als man en vrouw beiden opgewonden zijn.
- Effectieve interventies die vrouwen stimuleren aan artsen hulp te vragen bij het verminderen van klachten rond menstruatie en menopauze. Speciale aandacht voor allochtone vrouwen is daarbij gewenst.

- Aspecten die bij meisjes en vrouwen meewegen bij hun keuze voor anticonceptiemiddelen, en bij falende anticonceptie. Welke bijwerkingen ervaren meisjes en vrouwen met de diverse anticonceptiemiddelen?
- De relatie tussen (acceptatie van) vruchtbaarheidsproblemen en ziektebeleving.

Diagnostiek

- Methoden voor tijdige diagnostiek (door huisarts en specialist) van abnormaal bloedverlies bij menstruatie en andere aandoeningen, waaronder endometriose, polycysteus ovariumsyndroom en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Methoden voor tijdige diagnostiek (door huisarts en specialist) van abnormale menopauzale klachten en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Methoden voor tijdige diagnostiek van genitopelviene pijn (waaronder pijn tijdens geslachtsgemeenschap bij vrouwen) en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Oorzaken

- Onderzoek naar de oorzaken van bekkenproblemen en samenhang met zwangerschap, bevalling en menopauze.
- Betrouwbare gegevens over de samenhang tussen bekkenbodempromptatiek en (posttraumatische) stress, seksuele trauma's in de voorgeschiedenis, overbelasting, angst en depressie.
- De gevolgen van (de behandeling van) (borst)kanker voor gebieden als seksualiteit en relaties, vruchtbaarheid, zwangerschap, borstvoeding en anticonceptie, inclusief een multidisciplinaire aanpak door gynaecologen, oncologen en seksuologen.

Behandeling

- Onderzoek naar bijwerkingen van huidige anticonceptiemiddelen.
- Alternatieven voor hormonale anticonceptie en hormoontherapie bij menopauze (en hun risico's), inclusief de mogelijkheden van complementaire geneeskunde en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Bewustwording en maatschappelijke acceptatie van eiceldonatie.
- Multidisciplinaire behandeling van genitopelviene en seksuele problemen van vrouwen en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.
- Onderzoek naar oorzaken van en effectieve interventies bij zeer veel voorkomende vrouwspecifieke aandoeningen zoals PCOS (circa 10% van alle vrouwen), endometriose en myomen.
- Kennis over en aandacht voor de invloed van de menstruele cyclus op farmacokinetiek en algemene ziektes, zoals migraine, epilepsie, stemming.
- Ovariële schade en voorkomen onvruchtbaarheid (fertility preservation) bij vrouwen met kanker.
- Chronische buik- en bekkenpijn in de huisartspraktijk: voorkomen, beloop, duur, aanpak huisarts, zorggebruik en effectiviteit van een protocolair te ontwikkelen aanpak en de (kosten)effectiviteit hiervan ten opzichte van gebruikelijke zorg.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Samenhang tussen seksuele problemen en bekkenbodempromatiek en de gevolgen daarvan voor het maatschappelijk functioneren van vrouwen.
- Methoden van anticonceptie en de effecten op de maatschappelijke participatie van vrouwen.
- Cyclus- en reproductiegerelateerde problemen van vrouwen en de gevolgen daarvan voor maatschappelijke participatie.

Thema 5 Methodologie van sekse- en genderbewust onderzoek

De ontwikkeling naar een gendersensitieve gezondheidszorg vergt een omslag in het denken over medisch wetenschappelijk onderzoek. Onze huidige medische kennis is vooral gebaseerd op kennis over mannen, ontstaan door onderzoek onder voornamelijk mannen en mannelijke proefdieren. Dat geldt niet alleen voor geneesmiddelenonderzoek maar voor de volle breedte van het gezondheidsonderzoek, met uitzondering van onderzoek naar vrouwspecifieke aandoeningen. Door kennis die is opgedaan in onderzoek bij enkel mannen ontstaat bij vrouwen onder- en overdiagnostiek evenals verkeerde dosering van medicatie (op basis van fysiologie, lengte, gewicht), met alle gevolgen van dien. Onderscheid tussen uitkomsten bij mannen en vrouwen is een voorwaarde voor gendersensitieve zorg en behandeling.

Iedereen is anders

Het streven in onze westerse samenleving naar gelijke rechten en kansen voor en gelijkwaardigheid van alle mensen kan leiden tot de misvatting dat alle mensen gelijk zijn. Niets is minder waar: alle mensen zijn verschillend. Dat besef dringt langzaam maar zeker ook door in de gezondheidszorg. De opkomst van een meer gediversifieerde gezondheidszorg kan gezien worden als een waardige vervanging van zorg gebaseerd op de universaliteitsclaim 'one size fits all'. Dat betekent dat in gezondheidsonderzoek gezocht moet worden naar manieren om met de vele verschillen tussen mensen op adequate wijze rekening te houden.

Van binair tot en met intersectioneel

Als gezondheidsonderzoek al onderscheid maakt tussen verschillende groepen, dan betreft het veelal binaire tweedelingen (man/vrouw) met daarbinnen subcategorieën (bijvoorbeeld jong/oud, hoge en lage sociaaleconomische situatie) en eventueel subsubcategorieën (bijvoorbeeld hetero/homo of autochtoon/allochtoon)²⁰². Daarbij kunnen die tweedelingen één- of meerdimensionaal worden opgevat: dat wil zeggen uitsluitend biologisch of sociaal, of biosociaal en/of

psychosociaal en/of sociocultureel. Dit levert een – statische – indeling op die weliswaar handvatten biedt voor beleid, maar geen recht doet aan veel voor de zorg relevante variatie.

Niet alleen verschillen tussen mannen en vrouwen zijn relevant, maar ook zal in onderzoek recht moeten worden gedaan aan de variatie in betekenis en gezondheidseffecten van sekse/gendercategorieën bij verschillen in etniciteit, leeftijd, klasse, seksuele voorkeur.

Duidelijk is dat verschillen in sekse, gender, leeftijd, inkomen, seksuele voorkeur en etniciteit niet los van elkaar staan, maar elkaar wederzijds beïnvloeden. Hoe dergelijke verschillen met elkaar interfereren, is geen uitgemaakte zaak maar onderwerp van theoretisch debat en empirisch onderzoek.

Een in de gezondheidszorg vrij recent – meer dynamisch – perspectief is de intersectionele of kruispuntbenadering waarin genoemde verschillen als continua in plaats van tweedelingen worden opgevat en als meer- in plaats van eendimensionaal²⁰³. Zo kunnen vrouwen hoger of lager ‘scoren’ qua oestrogenen, gedragingen, vrouwenrollen en -normen. Bovendien wordt binnen dit perspectief onderkend dat de genoemde continua sociale ongelijkheden impliceren die zich bijvoorbeeld manifesteren in de vorm van sekse-, leeftijds- en klassediscriminatie, heterodominantie en/of culturele (dikwijls ‘witte’) bevoorrechting. Met de aanduiding ‘intersectioneel’ wordt aangegeven dat die continua elkaar bovendien op allerlei manieren kunnen kruisen, mede afhankelijk van de context waarin de verschillen zich voordoen: dus kruispunten kunnen veranderen met de situatie en in de loop van de tijd. Een dergelijke intersectionele benadering doet niet alleen meer recht aan de identiteit van zorggebruikers en de dynamiek van hun levensloop, maar maakt ook een adequatere taxatie van gezondheidsrisico’s, genezingskansen, gezondheidsvaardigheden en veerkracht mogelijk. Kortom, ze verhoogt de kans op maatwerk.

Wat de onderzoeksmethodologische implicaties van dit intersectionaliteitsperspectief voor gezondheidsonderzoek zijn, is op zichzelf een onderwerp voor nader onderzoek²⁰⁴. In veel gevallen is het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden en datasoorten (de zogenoemde methodologische en data-triangulariteit) aan te bevelen om de validiteit, generaliseerbaarheid en bruikbaarheid van onderzoeksresultaten te optimaliseren.

Generaliseerbaarheid

Bovenstaande maakt duidelijk dat er verschillende benaderingen mogelijk zijn om sekseverschillen te incorporeren in gezondheids(zorg)onderzoek. Een binaire insteek waarbij sekseverschillen worden meegewogen in het onderzoek is daarbij de minimale variant. Helaas gebeurt zelfs dit nog maar mondjesmaat. Dat betekent dat de generaliseerbaarheid van veel bestaand, lopend en toekomstig onderzoek naar (alle) vrouwen twijfelachtig is. De ontwikkeling van een intersectionele benadering met aandacht voor diversiteit behoeft dan ook in onderzoek en praktijk een krachtige stimulans. Vermoedelijk zal dit leiden tot een uitbreiding van statistische

generalisaties met andere vormen van generalisatie (Smaling²⁰⁵ onderscheidt in het kader van kwalitatief onderzoek bijvoorbeeld inductieve, analoge en communicatieve generalisatie).

Multidisciplinaire aanpak

Om de hele mens centraal te stellen in plaats van alleen zijn of haar aandoening, is er naast aandacht voor biologische aspecten ook aandacht voor sociale, culturele én psychologische aspecten van (on)gezondheid nodig. Dat vergt een multidisciplinaire aanpak van onderzoek, waaraan ook niet-medische disciplines (bijvoorbeeld psychologie, sociologie, culturele antropologie) deelnemen.

Methoden van onderzoek

In het kader van het Europese Gendered Innovations project zijn 12 ‘methods of sex and gender analysis’ ontwikkeld die toepasbaar zijn op gezondheidsonderzoek. Deze methoden hebben betrekking op het gehele proces van onderzoek doen, vanaf de formulering van de vraagstelling tot en met het doen van beleidsaanbevelingen. Naast sekse en gender is er aandacht voor ‘intersecting factors’ van biologische dan wel sociaal-culturele aard. Het GI-project onderscheidt globaal de volgende fasen en noodzakelijke aspecten.

Probleemstelling: operationalisatie van gender²⁰⁶; welke aspecten van gender lijken relevant gelet op risico’s, protectie, diagnostiek en (niet) behandelen. Het gaat om biologie, psychologie, gedrag, normen, sociale instituties.

Dataverzameling: inclusie van vrouwen, criteria, aantallen, specifieke groepen. Implementatie van gedragslijnen voor inclusie van vrouwen (o.a. CIOMS).

Data-analyse: gestratificeerde analyses, kwalitatief, kwantitatief, interacties.

Rapportage: over verschil en geen verschil.

Soorten onderzoek

Er zijn momenteel meer goede voorbeelden beschikbaar uit kwalitatief dan uit kwantitatief onderzoek; en meer uit de epidemiologische sector dan de interventiesector. Gezien de traditie van evidence-based onderzoek is er dringend behoefte aan designs voor kwalitatieve analyse op het gebied van gender en gezondheid.

Uitgangspunten voor nieuw onderzoek

In alle fasen van onderzoek zouden onderstaande aspecten meegewogen moeten worden.

- Generaliseerbaarheid van uitkomsten.
- Voorkomen van uitsluiting van onzichtbare groepen.
- Aandacht voor macht- en krachtsaspecten op individueel, institutioneel en cultureel niveau.
- Verbinden van micro- en macroniveau (o.a. identiteit, sociale positie).
- Zichtbaar maken van (onverwachte) overeenkomsten.

Per onderzoeksterrein zal hier nader invulling aan gegeven moeten worden.

Methodologisch leernetwerk

Overwogen wordt in het kennisprogramma Gender en Gezondheid een speciale adviescommissie in het leven te roepen die door onderzoekers geraadpleegd kan worden om hun methodologische aanpak vooraf en gaandeweg te optimaliseren, passend binnen een methodologisch leernetwerk, ook beschikbaar voor andere ZonMw-onderzoeksprogramma's.

Kennislacunes

- Ontwikkeling en implementatie van methoden voor sekse- en genderanalyse.
- Ontwikkeling van een model van gezondheidsdeterminanten en welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden hierbij passen.
- Implementatie van gedragslijnen voor inclusie van vrouwen (o.a. CIOMS).
- Nadere analyses op genderaspecten binnen bestaande data.
- Operationaliseren van sekse/gender, vrouwelijk- en mannelijkheid, inclusief richtlijnen en beleid voor verankering van gender in onderzoek en analyse.
- Verkenning van de toegevoegde waarde van de intersectionele benadering.
- Verkenning van de statistische procedures die recht doen aan de intersectionele benadering.
- Er is behoefte aan gedragslijnen die duidelijkheid geven over de mate waarin vrouwen worden geïnccludeerd in gezondheidswetenschappelijk onderzoek. Deze gedragslijnen moeten ook gehanteerd worden bij het toekennen van subsidie voor onderzoek.

Tijdens de invitational conference hebben de genodigden onderstaande lacunes tot topprioriteit benoemd.

- Operationaliseren van sekse/gender, vrouwelijk- en mannelijkheid, inclusief richtlijnen en beleid voor verankering van gender in onderzoek en analyse.
- Implementatie van methoden voor sekse- en genderanalyse.
- Verkenning van de toegevoegde waarde van de intersectionele benadering.
- Verkenning van de statistische procedures die recht doen aan de intersectionele benadering.

Daarbij werden onderstaande voorwaarden geformuleerd voor honorering van onderzoek binnen een toekomstig kennisprogramma Gender en Gezondheid.

- Bij elke call worden methodologische voorwaarden gesteld. Daarbij worden vooraf genderspecifieke criteria geformuleerd voor honorering.
- Onderzoekers werken in multidisciplinaire community's/consortia of academische werkplaatsen samen met praktijk en beleid.
- Deelname aan methodologisch leernetwerk. Tijdens het onderzoek zullen alle projectleiders kennis uitwisselen over methodologie.

Tot slot Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid

Het doel van deze kennisagenda is richting te geven aan een toekomstig Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid. In deze kennisagenda is een groot aantal onderwerpen benoemd waar een dergelijk programma aandacht aan zou kunnen en moeten besteden. Dat neemt niet weg dat een verdere bundeling, inkadering en prioritering van belang is. Budgetten staan onder druk en er zullen duidelijke keuzen gemaakt moeten worden.

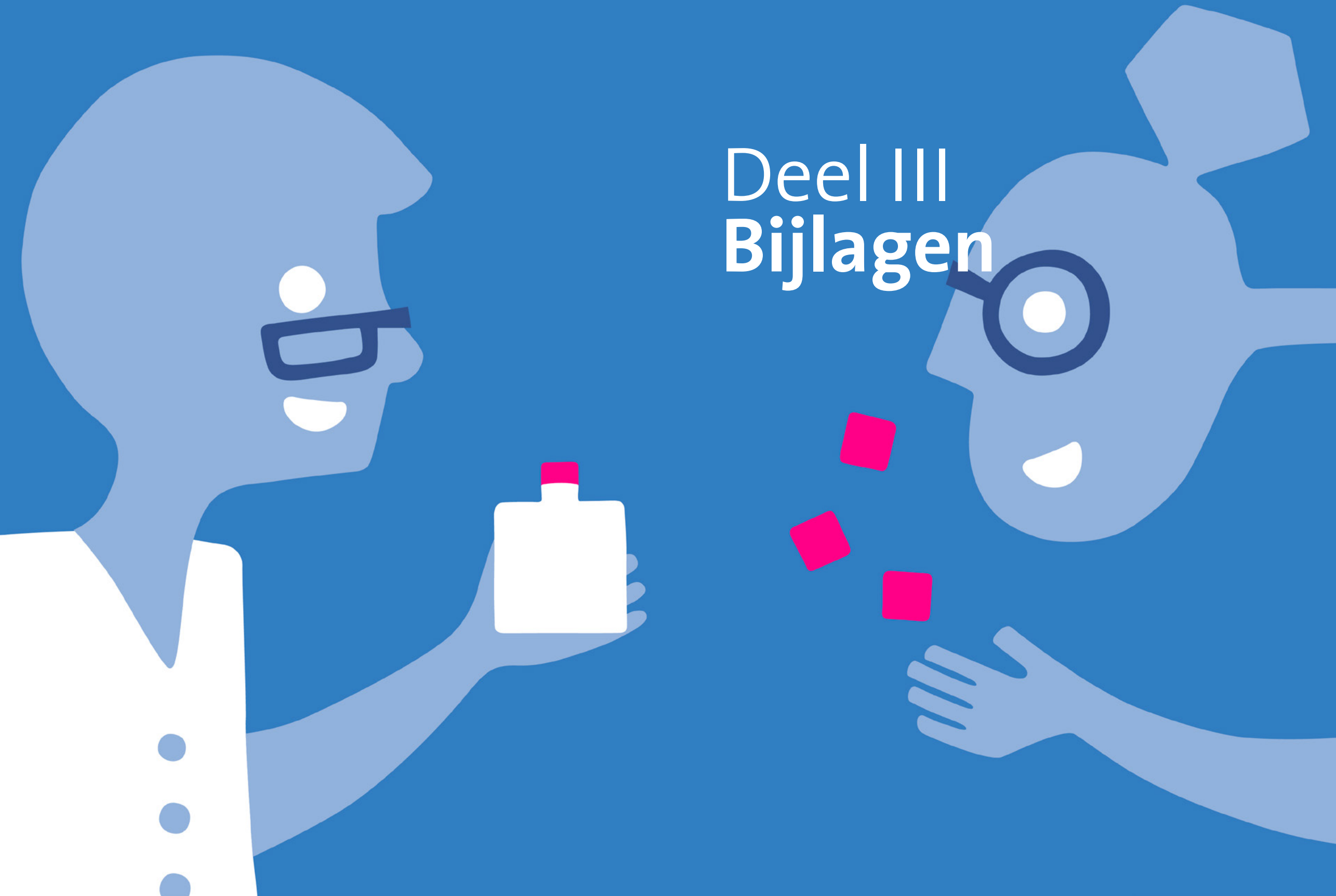
In dat kader is het van belang dat de keuzen die gemaakt worden in het Nationaal Kennisprogramma direct aansluiten bij de wensen en behoeften van cliënten en vrouwen zelf. Vanuit die gedachte lijkt het wenselijk een adviesraad in te stellen met vertegenwoordigers van patiënten(organisaties).

Een belangrijk knelpunt bij het onderwerp gender en gezondheid is dat veel kennis versnipperd is en bestaande kennis nog onvoldoende bekend is en geïmplementeerd wordt in de praktijk. In dat kader is het belangrijk dat een toekomstig kennisprogramma direct aansluit bij werkzaamheden die worden verricht door de werkgroepen Bewustwording en Communicatie en Onderwijs van de Alliantie Gender & Gezondheid.

De Werkgroep Onderzoek pleit daarom voor een breed meerjarig kennisprogramma met twee grote onderdelen:

- 1 implementatie van bestaande kennis, en
- 2 ontwikkeling en implementatie van nieuwe kennis.

Deel III Bijlagen



Met bijdragen van

Dr. Y. (Yolande) Appelman, interventiecardioloog, VU medisch centrum Amsterdam
Prof. Dr. M. H. J. (Marrie) Bekker, hoogleraar Klinische Psychologie, Universiteit van Tilburg
Drs. M.H. (Marjolein) Blüm, Coördinator Alliantie Gender & Gezondheid WOMEN Inc.
Dr. A.M.E. (Annelies) Bos, gynaecoloog, subspecialist Voortplantingsgeneeskunde en Endocrinologie, Divisie Vrouw en Baby, UMC Utrecht
Drs. J.J.W.H. (Jeroen) Crasborn, arts, senior adviseur zorgstrategie Achmea
Prof. Dr. C.J.M. (Bart) Fauser, hoogleraar Voortplanting & Gynaecologie / Medisch afdelingshoofd, divisie Vrouw & Baby, UMC Utrecht
Mr. T.S. (Tidde) Goldhoorn, senior beleidsmedewerker Geneesmiddelen en medische technologie, ministerie VWS
I.H.A. (Ingrid) van Hattem, beleidsmedewerker Publieke gezondheid, ministerie VWS
Dr. I.E. (Irene) van der Horst-Bruinsma, reumatoloog VU medisch centrum Amsterdam
Prof. Dr. G.T. (Ineke) Klinge, Gender Medicine, Institute of Gender in Medicine (GiM) / Charité, Universitätsmedizin, Berlin; Chair H2020 Advisory Group on Gender, European Commission.
Dr. E.T.M. (Ellen) Laan, GZ-psycholoog seksuoloog NVVS, universitair hoofddocent afdeling Seksuologie en Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Medisch Centrum
Drs. L. (Leonie) Leliveld, senior beleidsmedewerker Publieke Gezondheid, gezondheidsverschillen, ministerie VWS
Prof. Dr. A.L.M. (Toine) Lagro-Janssen, huisarts, Radboudumc, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Eerstelijngeneeskunde
Dr. S. H. (Sylvie) Lo Fo Wong, huisarts, senior onderzoeker, Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Eerstelijngeneeskunde
Prof. Dr. H.E.M. (Angela) Maas, MD PhD FESC, hoogleraar cardiologie voor vrouwen, RadboudUMC, Nijmegen
Dr. A. (Antoinette) Maassen van den Brink, universitair hoofddocent Erasmus MC, farmacoloog
Prof. Dr. J. (Janneke) van Mens-Verhulst, oud hoogleraar VrouwenGezondheidszorg

Drs. J.G.F. (Ans) Merens, Wetenschappelijk medewerker Onderzoekssector Zorg, Emancipatie en Tijdsbesteding, Sociaal en Cultureel Planbureau
Dr. C.J. (Clara) Moerman, epidemioloog en senior onderzoeker Hogeschool Windesheim Flevoland, Almere
Dr. G. (Greta) Noordenbos, senior onderzoeker en universitair docent, Klinische Psychologie, Universiteit Leiden
Drs. N.L.W. (Nico) van Oosten, senior adviseur Movisie
Dr. J.E. (Jeanine) Roeters van Lennep, internist vasculaire geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam
Drs. W.J. (Wilna) van Rossum, beleidsmedewerker Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt, ministerie VWS
Ir. H.M. (Hester) den Ruijter, onderzoeker hart- en vaatziekten bij vrouwen, Laboratorium voor Experimentele Cardiologie, UMC Utrecht
Dr. H.W. (Harold) de Valk, internist-endocrinoloog UMC Utrecht
Drs. I.J. (Jeanet) Vaessen, directeur WOMEN Inc.
Dr. E. (Els) Veenis, senior beleidsadviseur Emancipatie ministerie OCW
Dr. P. (Petra) Verdonk, universitair docent, afd Metamedica, EMGO Instituut, School of Medicine
Dr. L.E. (Loes) Visser, ziekenhuisapotheker / opleider at Apotheek Haagse Ziekenhuizen en universitair hoofddocent Pharmacoepidemiologie Erasmus MC
Dr. Ir. L.E. (Laura) Voorrips, statistisch onderzoeker Centraal Bureau voor de Statistiek
Dr. M.M. (Hedwig) Vos, huisarts, V&V Huisartsen, Leiden University Medical Center, Huisartsenkring Haaglanden, Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Eerstelijngeneeskunde

Noten

- 1 Fauser, B.C.J.M., Lagro-Janssen, A.L.M., Bos, A.M.E. (2013). Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde. Houten: Prelum Uitgevers.
- 2 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 3 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 4 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 5 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 6 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 7 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 8 Schiebinger, L. (2014). Scientific research must take gender into account. *Nature*, 507, 9.
- 9 Nieuwenhoven, L., Klinge, I. (2010). Scientific excellence in applying sex- and gender-sensitive methods in biomedical and health research. *Journal of Women's Health*, 19(2): 313-321. doi:10.1089/jwh.2008.1156.
- 10 ZonMw (2012). Vrouwen zijn anders; ZonMw-Signalement Seksespecifieke gezondheidszorg. Den Haag.
- 11 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 12 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 13 Hammarström, A., Annandale, E. (2012). A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'gender-specific medicine' journals. *PLoS One*, 7(4), e34193.
- 14 Hammarström, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Aléx, L., Christianson, M., Elwér, S., Eriksson, C., Fjellman-Wiklund, A., Gilenstam, K., Gustaffson, P.E., Harryson, L., Lehti, A., Stenberg, G., Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *J Epidemiol Community Health*; 68: 185-190. doi:10.1136/jech-2013-202572.
- 15 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 16 Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, N., Benoit, C., Brotman, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health* 2010,9: 5 <http://www.equityhealthj.com/content/9/1/5>.
- 17 Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74: 1712-1720.
- 18 Van Mens-Verhulst, J. (2011). De complexiteit van diversiteit: over intersectionality en mainstreaming. In Alma, H., Lensvelt, G. (red). *Waardevolle wetenschap. Zingeving en humanisering in het wetenschappelijk onderwijs*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek. pp. 77-92.
- 19 Keuken, D.G., Haafkens, J.A., Moerman, C.J., Klazinga, N.S., ter Riet, G. (2007). Attention to sex-related factors in the development of clinical practice guidelines. *Journal of Women's Health*; 16(1): 82-92. doi:10.1089/jwh.2006.0004.

- 20 Keuken, D.G., Haafkens, J.A., Hellema, M.J., Burgers, J.S., Moerman, C.J. (2007). Incorporating a gender perspective into the development of clinical guidelines: a training course for guideline developers. *Implementation Science*, 2: 35. doi:10.1186/1748-5908-2-35 Available from <http://www.implementationscience.com/content/2/1/35>
- 21 Schiebinger, L. (2014). Scientific research must take gender into account. *Nature*, 507, 9.
- 22 Moerman C.J., Deurenberg R., Haafkens J.A. (2009). Locating sex-specific evidence on clinical questions in MEDLINE: a search filter for use on OvidSP. *BMC Medical Research Methodology*, 9: 25.
- 23 Oertelt-Prigione, S., Gohlke, B.O., Dunkel, M., Preissner, R., Regitz-Zagrosek, V. (2014). GenderMedDB: an interactive database of sex and gender-specific medical literature. *Biol Sex Differ*. 2014 May 23; 5: 7. doi:10.1186/2042-6410-5-7. eCollection 2014.
- 24 http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm
- 25 Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., de Haes, J.C.J.M., Mans, L.J.L., Lagro-Janssen, A.L.M. (2009). 'Should you turn this into a complete gender matter?' Gender mainstreaming in medical education. *Gender and Education*; 21(6), 703-719. doi: 10.1080/09540250902785905.
- 26 Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., de Haes, J.C.J.M., Lagro-Janssen, A.L.M. (2008). Making a gender difference. Case studies of gender mainstreaming in medical education. *Medical Teacher*, 30: 7, e194-e201.
- 27 <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zwangerschap-en-geboorte/algemeen/>
- 28 <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/preventieprogramma-5/algemeen/>
- 29 McCullough, L.D., de Vries, G.J., Miller, V.G., Becker, J.B., Sandberg, K., McCarthy, M.M. (2014). NIH initiative to balance sex of animals in preclinical studies: generative questions to guide policy, implementation, and metrics. *Biology of Sex Differences* 2014, 5: 15.
- 30 <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/44082.html>
- 31 <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/8673.html>
- 32 Gendered Innovations. How Gender Analysis contributes to Research http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_o6/gendered_innovations.pdf
- 33 http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm
- 34 <http://www.eugenmed.eu/>
- 35 <http://gender.charite.de/en/education/eugim/>
- 36 <http://gender.charite.de/en/education/eugim/>
- 37 <http://www.genderste.eu/>
- 38 <http://www.gender-net.eu/?lang=en>
- 39 <http://www.nordforsk.org/en/news/nordic-programme-on-gender-in-the-nordic-research-and-innovation-area>
- 40 Fauser, B.C.J.M., Lagro-Janssen, A.L.M., Bos, A.M.E. (2013). Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde. Houten: Prelum Uitgevers.
- 41 Raad voor Gezondheidsonderzoek (2010). Kind en ziekte: onderzoek voor gezondheid. Den Haag: Gezondheidsraad. RGO nr. 62.
- 42 Hamberg-vanReenen, H.H., Meijer, S.A. (2014). Gezond opgroeien. Verkenning jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM-rapportnummer 270752001/2014.
- 43 Dorselaer, S. van, de Looze, M., Vermeulen-Smit, E, de Roos, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., et al. (2010). HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

- 44 Dorsselaer, S. van, de Looze, M., Vermeulen-Smit, E, de Roos, S., Verdurmen, J., ter Bogt, T., et al. (2010). HBSC 2009: gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 45 Hamberg-vanReenen, H.H., Meijer, S.A. (2014). Gezond opgroeien. Verkenning jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM–rapportnummer 270752001/2014.
- 46 Valkenberg, H. (2012). Alcoholvergiftigingen en ongevallen met alcohol bij jongeren van 10 tot en met 24 jaar. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid.
- 47 Rooij, A.J., Schoenmakers, T.M. (2013). Monitor Internet en Jongeren 2010–2012. Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren. Rotterdam: Center for Behavioral Internet Science & IVO.
- 48 Kuss, D.J., Griffiths, M.D. (2011). Online social networking and addiction – a review of the psychological literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 8(9): 3528–3552.
- 49 Spek, A., Goossen, A. (2013). Autismespectrumstoornissen bij meisjes en vrouwen. *Wetenschappelijk tijdschrift Autisme*, nr. 2, juni: 62–67.
- 50 Reijneveld, S.A., Wiegersma, P.A., Ormel, J., Verhulst, F.C., Vollebergh, W.A.M., et al. (2014). Adolescents' Use of Care for Behavioral and Emotional Problems: Types, Trends, and Determinants. *PLoS ONE* 9(4): e93526. doi:10.1371/journal.pone.0093526.
- 51 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 52 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 53 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 54 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 55 Verdonk, P. (2013). Arbeid. Hoofdstuk 6 in: Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde (Red. B. Fauser, A. Lagro-Janssen, A. Bos). Houten: Prelum Uitgevers, pp. 56–66.
- 56 <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=71204NED&D1=0-2,5,9,11,13-58&D2=a&D3=0&D4=4-8&HDR=G2,G3&STB=T,G1&VW=T>
- 57 Willness, C.R., Steel, P., Lee, K. (2007). A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel psychology*; 60: 127–162.
- 58 Merens, A., van den Brakel, M. (red). (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 59 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 60 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 61 Verdonk, P. (2013). Arbeid. Hoofdstuk 6 in: Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde (Red. B. Fauser, A. Lagro-Janssen, A. Bos). Houten: Prelum Uitgevers, pp. 56–66.
- 62 Verdonk, P., Hooftman, W.E., van Veldhoven, M.J.P.M., Boelens, L.R.M., Koppes, L.L.J. (2010). Work-related fatigue: the specific case of highly educated women in the Netherlands. *International Archives Occupational and Environmental Medicine*; 83(3): 309–321.
- 63 Verdonk, P., de Rijk, A., Klinge, I., de Vries, A. (2008). Sickness absence as interactive process: gendered experiences of young highly educated women with mental health problems. *Patient Education and Counseling*; 73: 300–306.
- 64 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 65 Gold, C.H., Malmberg, B., McClearn, G.E., Pedersen, N.L., Berg, S. (2002). Gender and health: a study of older unlike-sex twins. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. May; 57(3): 5168–76.
- 66 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 67 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 68 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 69 Seifarth, J.E., McGowan, C.L., Milne, K.J. (2012). Sex and Life Expectancy. *Gender Med*; 9: 390–401.
- 70 Jaspers et al. (2015). Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas*. E Pub Ahead of Print.
- 71 Newman, A.B., Brach, J.S. (2001). Gender gap in longevity and disability in older persons. *Epidemiol Rev*; 23(2): 343–50.
- 72 Whitson, H.E., Landerman, L.R., Newman, A.B., Fried, L.P., Pieper, C.F., Cohen, H.J. (2010). Chronic medical conditions and the sex-based disparity in disability: the Cardiovascular Health Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Dec; 65(12): 1325–31.
- 73 Gibson, C.L. (2013). Cerebral ischemic stroke: is gender important? *J Cereb Blood Flow Metab.*; 33: 1355–61.
- 74 Mandelzweig, L., Goldbourt, U., Boyko, V., Tanne, D. (2006). Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke.*; 37: 1248–53.
- 75 Gibson, C.L. (2013). Cerebral ischemic stroke: is gender important? *J Cereb Blood Flow Metab.*; 33: 1355–61.
- 76 Reeves, M., Bhatt, A., Jajou, P., Brown, M., Lisabeth, L. (2009). Sex differences in the use of intravenous rt-PA thrombolysis treatment for acute ischemic stroke: a meta-analysis. *Stroke.*; 40: 1743–1749.
- 77 Ridder, I. de, et al. (2013). Unequal access to treatment with intravenous alteplase for women with acute ischemic stroke. *Stroke.*; 44: 2610–2.
- 78 Calasanti, T. (2010). Gender relations and applied research on aging. *The Gerontologist*; 50(6): 720–734.
- 79 CBS Gezondheidsenquête 2013.
- 80 www.volksgezondheidenzorg.info, Centrum Gezondheid en Maatschappij, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2015.
- 81 Gezondheidsraad (2006). Richtlijnen goede voeding 2006. Publicatienummer 2006/21. Den Haag: Gezondheidsraad.
- 82 Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM. (2012).
- 83 Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM. (2012).
- 84 Cruts, G., van Laar, M.W., Buster, M. (2013). Aantal en kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. Utrecht/Amsterdam: Trimbos-instituut/GGD.
- 85 Visscher, T.L.S. (VU-Windesheim), van Bakel, A.M. (RIVM), Zantinge, E.M. (RIVM) (2013). Overgewicht samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- 86 Rossum, C.T.M. van, Fransen, H.P., Verkaik-Kloosterman, J., Buurma-Rethans, E.J.M., Ocke, M.C. (2011). Dutch National Food Consumption Survey 2007–2010: Diet of children and adults aged 7 to 69 years. Bilthoven: RIVM.
- 87 Rossum, C.T. van, Buurma-Rethans, E.E., Fransen, H.P., Verkaik-Kloosterman, J., Hendriksen, M.A. (2012). Zoutconsumptie van kinderen en volwassenen in Nederland. Resultaten uit de Voedselconsumptiepeiling 2007–2010. Bilthoven: RIVM.
- 88 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 89 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 90 Keene, J., Li, X. (2005.) Age and gender differences in health service utilization. *J. Public Health*; 27: 74–9.
- 91 Parslow, R., Jorm, A., Christensen, H., Jacomb, P., Rodgers, B. (2004). Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Sco Sci Med*; 59: 2121–9.
- 92 Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). Medische contacten, ziekenhuisopname, medicijnen; leeftijd, geslacht. 01 juli 2013. Available from: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81178NED&D1=0-2,12-14,25-27,41,46,53&D2=a&D3=a&D4=0&D5=I&HD=130701-1102&HDR=G4,G3,T&STB=G1,G2> [accessed at 2013 December 17].
- 93 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 94 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 95 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 96 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 97 Gijsbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M. (1997). Sekseverschillen in gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Geneesk.*; 141(6): 283–7.
- 98 Wessels-Wynia, H. (2010). Needs and preferences of patients with cancer.

- 99 Vos, H.M.M., Schellevis, F.G., van den Berkmortel, H., van den Heuvel, L.G., Bor, H.H., Lagro-Janssen, A.L. (2013). Does prevention of risk behaviour in primary care require a gender-specific approach? A cross-sectional study. *Fam Pract.* Apr; 30(2): 179-84.
- 100 Kleijn, M.J.J. de, Lagro-Janssen, A.L.M. (2014). Gendersverschillen bij roken en alcohol-verslaving. *Huisarts Wet*; 57: 478-81.
- 101 Williams D. (2003). Pregnancy: a stress test for life. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*; 15: 465–71.
- 102 Rich-Edwards, J.W., Fraser, A., Lawlor, D.A., Catov, J.M. (2014). Pregnancy Characteristics and Women's Future Cardiovascular Health: an Underused Opportunity to Improve Women's Health? *Epidemiol Rev.*; 36(1): 57-70.
- 103 Hermes, W., Franx, A., van Pampus, M.G., Bloemenkamp, K.W., Bots, M.L., van der Post, J.A., Porath, M., Ponjee, G.A., Tamsma, J.T., Mol, B.W., de Groot, C.J. (2013). Cardiovascular risk factors in women who had hypertensive disorders late in pregnancy: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol.*; 208: 474.e1-8.
- 104 Vos, H.M., van Delft, D.H., de Kleijn, M.J., Nielen, M.M., Schellevis, F.G., Lagro-Janssen, A.L. (2014). Selective prevention of cardiometabolic diseases in general practice: attitudes and working methods of male and female general practitioners before and after the introduction of the Prevention Consultation guideline in the Netherlands. *J Eval Clin Pract.* Aug; 20(4): 478-85.
- 105 Janssen, S.M., Lagro-Janssen, A.L. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: a systematic review. *Patient Educ Couns.*; 89: 221-6.
- 106 Lagro-Janssen, T. (2014). Gender, gelijkheid en geneeskunde. *Huisarts Wet*; 57: 452-6.
- 107 Lagro-Janssen, A.L.M. (2008). De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van de sekse van de dokter op de medische zorg. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 152: 1141-5.
- 108 Lagro-Janssen, A.L.M. (2008). Gender en de invloed op het dagelijks handelen van de huisarts. *Bijblijven*; 24: 7-12.
- 109 Shires, D.A., Stange, K.C., Divine, G., Ratliff, S., Vashi, R., Tai-Seale, M., Lafata, J.E. (2012). Prioritization of evidence-based preventive health services during periodic health examinations. *Am J Prev Med.*; 42: 164-73.
- 110 Johnell, K., Fastbom, J. (2011). Gender and use of hypnotics or sedatives in old age: a nationwide register-based study. *Int J Clin Pharm.* Oct; 33(5): 788-93.
- 111 Waals, F.W. van der, Mohrs, J., Foets, M. (1993). Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. *BMJ.* Aug 7; 307(6900): 363-6.
- 112 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). *Emancipatiemonitor 2014*. Den Haag: SCP/CBS.
- 113 Merkatz, R., White-Junod, S. (1994). Historical background of changes in FDA policy on the study and evaluation of drugs in women. *Acad Med*; 69: 703-7.
- 114 US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration (1993). Guideline for the study and evaluation of gender differences in the clinical evaluation of drugs. *Fed Regist*; 58: 39406-16.
- 115 Macklin, R. (2010). The art of medicine. Enrolling pregnant women in biomedical research. *Lancet*; 375: 632-3.
- 116 Marrocco, A., Stewart, D.E. (2001). We've come a long way, maybe: recruitment of women and analysis of results by seks in clinical research. *J Womens Health Gend Based Med*; 10: 175-9.
- 117 Yang, Y., Carlin, A.S., Faustino, P.J., et al. (2009). Participating of women in clinical trials for new drugs approved by the Food and Drug Administration in 2000–2002. *J Womens Health*; 18: 303-10.
- 118 Soldin, O.P., Mattison, D.R. (2009). Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *Clin Pharmacokinet*; 48: 143-57.
- 119 US General Accounting Office (GAO) (2011). Drug safety: most drugs withdrawn in recent years had greater health risks for women. Washington, DC: GAO, 2001 Jan 19 [online]. Available from URL: www.gao.gov/new.items/do1286r.pdf [Accessed March 24, 2015].
- 120 Tran, C., Knowles, S.R., Liu, B.A., et al. (1998). Gender differences in adverse drug reactions. *J Clin Pharmacol*; 38: 1003-9.
- 121 Fattinger, K., Roos, M., Vergeres, P., et al. (200). Epidemiology of drug exposure and adverse drug reactions in two Swiss departments of internal medicine. *Br J Clin Pharmacol*; 49: 158-67.
- 122 Zopf, Y., Rabe, C., Neubert, A., et al. (2008). Risk factors associated with adverse drug reactions following hospital admission: a prospective analysis of 907 patients in two German university hospitals. *Drug Saf*; 31: 789-98.
- 123 Mullner, M., Vamvakas, S., Rietschel, M., et al. (2007). Are women appropriately represented and assessed in clinical trials submitted for marketing authorization? A review of the database of the European Medicines Agency. *Int J Clin Pharmacol Ther*; 45: 477-84.
- 124 Ruiz Cantero, M.T., Angeles Pardo, M. (2006). European Medicines Agency policies for clinical trials leave women unprotected. *J Epidemiol Community Health*; 60: 911-3.
- 125 www.hartstichting.nl
- 126 Kotseva, K., et al. for the EUROASPIRE Study Group (2009). Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I,II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*; 373: 929-940.
- 127 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). *Emancipatiemonitor 2014*. Den Haag: SCP/CBS.
- 128 Dallongeville, J., et al. EUROASPIRE Study Group (2010). Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. *Heart*; 96: 1744-1749.
- 129 Maas, A.H.E.M., Lagro-Janssen, A., editors (2011). *Handboek gynaecardiologie: vrouw-specifieke cardiologie in de praktijk*. ISBN 9031387819.
- 130 www.hartstichting.nl
- 131 Writing group for the Women's Health Initiative Investigators (2002). Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*; 288: 321-333.
- 132 Manson, J.E., et al. (2003). Women's Health Initiative investigators. Estrogen plus progestin and the risk of coronary heart disease. *N Engl J Med*; 349: 523-534.
- 133 Maas, A.H., et al. (2001). Red alert for Women's Heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. *Eur Heart J*; 32(11) : 1362-1368.
- 134 Prescott, E., et al. (1998). Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. *BMJ*; 316: 1043–1047.
- 135 Ridker, P.M., et al. (2005). A randomized trial of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med.* Mar 31; 352(13): 1293-304.
- 136 Maas, A.H., et al. (2011). Red alert for Women's Heart: the urgent need for more research and knowledge on cardiovascular disease in women. *Eur Heart J*; 32(11): 1362-1368.
- 137 Huxley, R., et al. (2006). Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *BMJ*; 332: 73-78.
- 138 Mosca, L., et al. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women-2011 update. *J Am Coll Cardiol*; 57(12): 1404-1423.
- 139 Crea, F., Camici, P.G., Bairey Merz, C.N. (2014). Coronary microvascular dysfunction: an update. *Eur Heart J*; 35(17): 1101-11.
- 140 Ferwerda, H. (2007). Rapport: Met de deur in huis. Omvang, aard, achtergrond-kenmerken en aanpak van huiselijk geweld in 2006 op basis van landelijke politiecijfers. Arnhem/Dordrecht.
- 141 Garcia-Moreno, C., et al. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence *Lancet*; 368: 1260–69.

- 142 Movisie Factsheet huiselijk geweld: feiten en cijfers novemer 2009.
- 143 Veen, H.C.J. van der., Bogaerts, S. (2010) Huiselijk geweld in Nederland: overkoepelend syntheserapport van het vangst-hervangst-, slachtoffer- en dader-onderzoek 2007–2010. Meppel: Boom.
- 144 Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*; 3(2): 231-280.
- 145 World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organisation.
- 146 Devries, K.M., Mak, J., Bacchus, L.J., Child, J.C., Falder, G., et al. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: a Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*; 10(5): e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439.
- 147 Campbell J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*; 359: 1331–36.
- 148 FRA Violence against women: an EU-wide survey (2014). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 149 Paras, M., Murad, M.H., Chen, L.P., et al. (2009). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Somatic Disorders. A Systematic Review and Meta-analysis *JAMA*, August; 5 -Vol 302, No. 5.
- 150 Prosman, G., Lo Fo Wong, S., Bulte, E., Lagro-Janssen, A. (2012). Healthcare utilization by abused women: a case control study. *European Journal of General Practice*: 1–7.
- 151 Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkens, R., Lagro-Janssen, T. (2007). Utilisation of healthcare by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *British Journal of General Practice*; 57: 396-400.
- 152 Prosman, G., Lo Fo Wong, S., Bulte, E., Lagro-Janssen, A. (2012). Healthcare utilization by abused women: a case control study. *European Journal of General Practice*: 1–7.
- 153 Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y., Davidson, L., Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ Volume* 325 10 August; bmj.com.
- 154 Gover, A.R., Kaukinen, C., Fox, K.A. (2008). The Relationship Between Violence in the Family of Origin and Dating Violence Among College Students. *J Interpers Violence*; vol. 23; no. 12: p. 1667-1693.
- 155 Lung, T.W., et al. (2014). A meta-analysis of the relative risk of mortality for type 1 diabetes patients compared to the general population: exploring temporal changes in relative mortality. *PLoS.One.* 9.11: e113635.
- 156 Bohemen, C. van, van Dijk, L. (2012). Diabetes op de werkvloer. Een onderzoek bij werknemers en werkgevers. NIVEL.
- 157 Xu, Y., Shen, S., Sun, L., Yang, H., Jin, B., Cao, X. (2014). Metabolic syndrome risk after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ne*; 9: e87863.
- 158 Huxley, R., et al. (2006). Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. *BMJ*; 332: 73-78.
- 159 Cahill, Nat Rev Neurosci. 2006; 7: 477.
- 160 Lipton, R.B., Bigal, M.E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M.L., Stewart, W.F., and the AMPP Advisory Group (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*; 68: 343–49.
- 161 Launer, L.J., Terwindt, G.M., Ferrari, M.D. (1999). The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology*, 11; 53(3): 537-42.
- 162 Steiner, T.J., Stovner, L.J., Birbeck, G.L. (2013). Migraine: the seventh disable. *Cephalalgia Apr*; 33(5): 289-90.
- 163 Lipton, R.B., Bigal, M.E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M.L., Stewart, W.F., and the AMPP Advisory Group (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*; 68: 343–49.
- 164 Headache Classification Committee of the International Headache Society (2013). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*; 33: 629–808.
- 165 Vliet, I. van (2006). Vrouw & leven, psychopathologie bij vrouwen in de diverse levensfasen, Bohn Stafleu van Loghum, hoofdstuk 11, blz 217-238.
- 166 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 167 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 168 Graaf, R. de., Have, M. ten., Dorselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht, Nederland: Trimbos-Instituut.
- American Psychiatric Association (APA, 2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text revision). Washington DC: APA.
- 169 Addis, M. E., Syzdek, M. R., Mansfield, A. K. (2010). Is ‘Masculinity’ a problem? Framing the effects of gendered social learning in men. *Psychology of Men & Masculinity*; 11(2), 77-90.
- 170 Noordenbos, G. (2008). Genderspecifieke aspecten van depressie. In: J. Huyser, A.H. Schene, B. Sabbe en Ph. Spinhoven (red). *Handboek Depressieve stoornissen* (pp. 331-342). Utrecht: De Tijdstroom. ISBN, 978.90.5898.
- 171 Potts, M. K., Brunnam, M. A., Wells, K. B. (1991). Gender differences in depression detection: a comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 609-615.
- 172 Noordenbos, G. (2007). Worden mannen over het hoofd gezien? Sekseverschillen in de diagnostiek en behandeling van depressie. *Tijdschrift voor Genderstudies*, 4, 16-28.
- 173 Chambry, J., Corcos, M., Guilbaud, O., Jeammet, P. (2002). Masculine anorexia nervosa: realities and perspectives. *Annales de medicine interne*; 153: 61-67.
- 174 Noordenbos, G. (2013). Recovery from Eating Disorders. A Guide for Clinicians and Their Disorders. Oxford: Wiley-Blackwell. 162 pp.
- 175 Bekker, M. H. J., Mens-Verhulst, J. van. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, background, but gender neutral treatment. *Gender Medicine*; 4: 178-193.
- 176 Noordenbos, G. (2007). Gids voor herstel van eetstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN 978.90.5898.122.6.
- 177 Bachrach, N., Bekker, M. H. J., Croon, M. A. (2013). Autonomy-connectedness and Internalizing-Externalizing personality psychopathology, among outpatients. *Journal of Clinical Psychology*; 69: 718-726.
- Bekker, M. H. J. Bekker, M. H. J., van Assen, M. A. L. M. (2006). A short form of the autonomy scale: properties of the Autonomy-Connectedness Scale. *Journal of Personality Assessment*; 86: 51–60.
- Bekker, M. H. J., van Assen, M. A. L. M. (2008). Autonomy–connectedness and gender. *Gender Roles*; 59: 532-544.
- Bekker, M. H. J., Bachrach, N., Croon, M. A. (2007). The relationships of antisocial behavior with attachment, autonomy-connectedness, and alexithymia. *Journal of Clinical Psychology*; 63: 507-527.
- Bekker, M. H. J., Belt, U. (2006). The role of autonomy-connectedness in anxiety and depression. *Depression and Anxiety*; 23, 274-280.
- Bekker, M. H. J., Croon, M. A., van Belkom, E. G. A., Vermeë, J. B. G. (2008). Predicting individual differences in autonomy-connectedness: the role of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*; 64: 747-765.
- Bekker, M. H. J., Willemse, J. J. P., de Goeij, J. W. J. M. (2010). The role of individual differences in particular autonomy-connectedness in women’s and men’s work-family balance. *Women & Health*; 50: 241-261.

- Matsuoka, N., Uji, M., Hiramura, H. Chen, Z., Shikai, N., Kishida, Y., Kitamura, T. (2005). Adolescents' attachment style and early experiences: a gender difference. Archives of Women's Mental Health; 9(1): 23-29.
- 178 Haas, S. de. (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. Tijdschrift voor de Seksuologie; 36(2): 136-145.
- 179 Bekker, M. H. J., de Jong, P. F., Zijlstra, F. R. H., van Landeghem, B. A. J. (2000). Combining care and work: health and stress effects in male and female academics. International Journal of Behavioral Medicine; 7(1): 28-43.
- 180 Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. Annual Review Clinical Psychology; 8: 161-187.
- 181 Bennett, J. C. (1993). Inclusion of women in clinical trials – policies for population subgroups. New England Journal of Medicine; 329: 288-292.
- 182 Noordenbos, G. (2014). Een eetstoornis overwinnen, kan dat? De nieuwste antwoorden op vragen over kenmerken, achtergronden, behandeling en herstel. Utrecht: De Tijdstroom.
- 183 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 184 Merens, A., van den Brakel, M. (2014). Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS.
- 185 Baraliakos, X., Listing, J., von der Recke, A., Braun, J. (2011). The natural course of radiographic progression in ankylosing spondylitis: differences between genders and appearance of characteristic radiographic features. Curr Rheumatol Rep. Oct; 13(5): 383-7.
- 186 Roussou, E., Sultana, S. (2011). Spondyloarthritis in women: differences in disease onset, clinical presentation, and Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity and Functional indices (BASDAI and BASFI) between men and women with spondyloarthritis. Clin Rheumatol Jan; 30(1): 121-7.
- 187 Weijden, M.A. van der, Boonen, A., van der Horst-Bruinsma, I.E. (2014). Problems in Work Participation and Resource Use Should Not Be Underestimated in Patients with Early Spondyloarthritis. J Rheumatol. Oct; 15. pii: jrheum.140396. [Epub ahead of print].
- 188 Horst-Bruinsma, I.E., van der, Zack, D.J., Szumski, A., Koenig, A.S. (2013). Female patients with ankylosing spondylitis: analysis of the impact of gender across treatment studies. Ann Rheum Dis.; 72 (7): 1221-4.
- 189 Lui, N.L., Haroon, N., Carty, A., Shen, H., Cook, R.J., Shanmugarajah, S., Gladman, D.D., Inman, R.D. (2011). Effect of pregnancy on ankylosing spondylitis: a case-control study. J Rheumatol. Nov; 38(11): 2442-4.
- 190 Østensen, M., Fuhrer, L., Mathieu, R., Seitz, M., Villiger, P.M. (2004). A prospective study of pregnant patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis using validated clinical instruments. Ann Rheum Dis. Oct; 63(10): 1212-7.
- 191 Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group.
- 192 Messelink, B., Benson, T., Bergmans, B., Bo, K. Standardization.
- 193 Teunissen, T.A.M., Dekker, J.H., Lagro-Janssen, A.L.M. (2011). Problemen van de bekkenbodemp bij de oudere vrouw: prolaps en urine-incontinentie. Bijblijven; 5: 7-16.
- 194 Buurman, M.B., Lagro-Janssen, A.L. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. Scand J Caring Sci.; 27: 406-13.
- 195 Laan, E., Bloemendaal, L.B.A., van Lunsen, R. Sexual pain. In: B. Messelink, A. Baranowski, J. Hughes (Eds.) (2014). Abdomino-pelvic pain: from definition to best practice. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- 196 Jong, J. de, van Lunsen, R., Robertson, E., Stam, L., Lammes, F. (1995). Focal vulvitis: a psychosexual problem for which surgery is not the answer. J Psychosom Obstet Gynecol; 16: 85-91.
- 197 Pontari, M., Giusto, L. (2013). New developments in the diagnosis and treatment of chronic prostatitis / chronic pelvic pain syndrome. Curr Opin Urol.; 23 :565-9.
- Cichowski, S.B., Dunivan, G.C., Komesu, Y.M., Rogers, R.G. (2013). Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. Southern Medical Journal; 106: 675-8.
- 198 Warren, J.W., Langenberg, P., Clauw, D.J. (2013). The number of existing functional somatic syndromes (FSSs) is an important risk factor for new, different FSSs. J Psychosom Res; 74: 12-7.
- 199 Brauer, M., Lakeman, M., van Lunsen, R.H.W., Laan, E. (2014). Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. J Sex Med; 11: 3051-3063.
- 200 Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., Lipschultz, R.C., Steege, J.F. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol; 87: 321-7.
- 201 Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gulmezoglu, M., Khan, K.S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health; 6: 177.
- Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., Lipschultz, R.C., Steege, J.F. (1996). Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol; 87: 321-7.
- Davies, L., Ganger, K., Drummond, M., Sauners, D., Beard, R. (1992). The economic burden of intractable gynaecological pain. J Obstet Gynecol; 12: 46-54.
- 202 Mens-Verhulst, J. van (2001). Feministische hulpverlening en empirische evidentie: over diversiteit en onderzoek. Tijdschrift voor Genderstudies; 4 (3): 35-47.
- 203 Mens-Verhulst, J. van, Radtke, L. (2009). Intersectionaliteit en sociale inclusie. Het ei ... van Troje. Deel 1 Het ei van Columbus. Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2009 – Volume 18, Issue 3, pp. 4-22.
- Mens-Verhulst, J. van, Radtke, L. (2009). Intersectionaliteit en sociale inclusie. Het ei ... van Troje. Deel 2: Het paard van Troje. Journal of Social Intervention: Theory and Practice.
- Hankivsky, O. (2012). Women's Health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. Social Science & Medicine 1712-1720.
- 204 Gendered Innovations. How Gender Analysis contributes to Research http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_o6/gendered_innovations.pdf http://ec.europa.eu/research/science-society/gendered-innovations/index_en.cfm
- Mens-Verhulst, J. van, Radtke, L. (2011). Socio-cultural inequalities in health research. What does the intersectionality framework offer? In: M. Tankink en M. Vysma (eds.) Roads & Boundaries. Travels in search of (re)connection, pp. 123-131. Diemen: AMB Publishers.
- 205 Smaling, A. (2000). Inductieve , analoge en communicatieve generalisatie. In: Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: problemen en perspectieven.
- 206 Böttorff et al. (2014). International Journal for Equity in Health; 13: 114.

ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Als intermediair tussen maatschappij en wetenschap werkt ZonMw aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw staat voor kennisvermeerdering, kwaliteit en vernieuwing in het gezondheidsonderzoek en de zorg. De organisatie bestrijkt het hele spectrum van fundamenteel gezondheidsonderzoek tot en met de praktijk van de zorg – van preventieve en curatieve gezondheidszorg tot en met de jeugdzorg. ZonMw heeft als hoofdpodrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Tekstredactie Marcel Senten
Coördinatie Margo van den Berg
Assistentie Anne Toppen
Ontwerp Katja Hilberg
Illustratie Heleen van den Thillart
Druk Quantes

Uitgave mei 2015

