Vrouwen zijn anders

ZonMw-Signalement Seksespecifieke gezondheidszorg

ZonMw

Vrouwen zijn anders

ZonMw-Signalement Seksespecifieke gezondheidszorg

Juli 2012

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail klap@zonmw.nl of telefoon 070-349 52 93.

Datum: juli 2012
Oplagenummer: 35/07/2012/ZW

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl
info@zonmw.nl

Inhoud

Vrouwen zijn anders 9
Bundeling en bewustwording 10
Het geslacht doet ertoe 10
Seksespecifieke aspecten bij algemene ziekten 13
Ziekten en aandoeningen die alleen of vooral bij vrouwen voorkomen 13
Man-vrouw verschillen in farmacotherapie 14
Man-vrouw verschillen bij maatschappelijke thema's 14
Seksepecifieke aspecten in zorg, behandeling en hulpverlening 15
Buitenlandse voorbeelden 16
Wat moet er gebeuren? 17
    Bestaande programmering 17
    Een nieuw programma 17
Bijlage 1 Terminologie 19
Bijlage 2 Buitenlandse ontwikkelingen en initiatieven 21
Bijlage 3 Voorbeelden van organisaties met aandacht voor sekse/vrouwspecifieke zorg 23
Bijlage 4 Bronnen 24

Vrouwen zijn anders

Al sinds haar oprichting heeft ZonMw aandacht voor bestaande verschillen tussen mensen als het gaat om gezondheid, ziekte en zorg. In al onze programma's en projecten gaan we ervan uit dat iedereen recht heeft op een gelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg, maar we weten dat dit nog lang niet altijd gerealiseerd wordt. In de praktijk zijn er helaas nog veel verschillen, bijvoorbeeld naar sekse, etniciteit en leeftijd.
Soms kiezen we daarom voor initiatieven die wél op een bepaalde doelgroep zijn gericht, zoals mensen met een beperking, ouderen of migranten. Voorbeelden uit de afgelopen jaren zijn bijvoorbeeld het programma Etniciteit en Gezondheid, het Nationaal Programma Ouderenzorg, diverse programma voor de jeugdsector en het programma Disability Studies. Dit keer vragen we specifieke aandacht voor vrouwen. Zoals in dit signalement zal blijken, is daar alle reden toe.[1]

Dat vrouwen ouder worden dan mannen, is genoegzaam bekend. Het heersende beeld is dat vrouwen zich hiermee gelukkig mogen prijzen: langer dan mannen kunnen zij genieten van een onbezorgde oude dag. Dit is een misvatting. Te weinig dringt nog door dat vrouwen weliswaar langer leven dan mannen, maar dat zij deze laatste levensjaren vooral in matige gezondheid beleven, met een matige tot slechte kwaliteit van leven. Het aantal jaren dat vrouwen gemiddeld in goede kwaliteit van leven doorbrengen is niet groter dan voor mannen, en is de laatste tijd ook niet toegenomen.
'Men die quicker, but women get sicker', zo pleegt de Canadese hoogleraar Women's Health Donna Stewart dit kernachtig te verwoorden. Het leven van vrouwen op hoge leeftijd gaat vaak met ziekte en ongemak gepaard, waarvan vrouwspecifieke aandoeningen en kenmerken vaak de oorzaak vormen. 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 (Fauser, 2005). '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', zo schreef Fauser ruim vijf jaar geleden al in Medisch Contact.[2]
Na de overgang leeft de huidige vrouw gemiddeld genomen nog een derde deel van haar leven. Gedurende deze ruim dertig jaar hebben vrouwen meer kans op ouderdomsziekten, zoals cardiovasculaire klachten, osteoporose, verzakking en incontinentie, depressiviteit en klachten op het gebied van seksualiteit en cognitie. Gedurende hun postmenopauze kunnen vrouwen dus veel problemen ondervinden die grote consequenties hebben voor de kwaliteit van leven. Waarschijnlijk heeft de sterke daling van de hoeveelheid oestrogeen in het lichaam na de overgang hiermee te maken, maar er is meer onderzoek nodig om deze verbanden nog beter te verklaren.

Zo doen wetenschappers binnen het Consortium Healthy Aging onderzoek naar variaties in het DNA die zowel bij de leeftijd van de overgang als bij osteoporose en hart- en vaatziekten een rol spelen. Eerder vonden zij zeventien DNA-variaties die sterk samenhangen met de leeftijd waarop de overgang begint.[3] Zulk genetisch en biologisch onderzoek is slechts een van de vele onderwerpen waar nationale en internationale Healthy Aging initiatieven aandacht aan besteden. De centrale vraag, hoe kunnen we langer in gezondheid leven, wordt in de diverse Healthy Aging-projecten ook uit maatschappelijk, technologisch, preventie- en zorgperspectief benaderd.[4] In Europees verband buigt het European Innovation Partnership Active and Healthy Aging zich hierover.

---

[1] Voor dit signalement is met een aantal deskundigen op dit terrein gesproken en is relevante literatuur bestudeerd. Dit signalement is een verkorte weergave van het rapport dat op basis van deze gesprekken en literatuurstudie is gemaakt. Een literatuurlijst is opgenomen in bijlage 4.

[2] Fauser, B.C.J.M en A. Goverde, Vrouwen zijn echt anders, Medisch Contact 2006

[3] 'Genen betrokken bij DNA reparatie en afweersysteem beïnvloeden start menopauze', interview met Dr. Lisette Stolk van het Erasmus MC op de website van Healthy Aging, http://www.healthy-ageing.nl/UserFiles/file/5__Lisette_Stolk_3.pdf Zie ook Stolk et al. Nature Genetics 2012, vol 44, p 260.

[4] Healthy Aging (hoe kunnen we gezond oud worden) krijgt zowel in Nederland als in Europa steeds meer aandacht. Het genoemd Consortium is een alliantie tussen vijf UMC's, de WUR en een aantal bedrijven. De Europese Commissie subsidieert het belangrijke innovatie netwerk European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging (EIP-AHA).

Juist vanuit het perspectief van vrouwen is deze vraag belangrijk. De laatste jaren wordt immers steeds duidelijker dat de vrouwspecifieke veroudering niet alleen gevolgen heeft voor de gezondheidszorg, maar ook voor de arbeidsmarkt, het ziekteverzuim en de bijdrage van vrouwen aan de informele zorg. Voor een groeiende groep deskundigen is deze vrouwspecifieke veroudering een van de redenen om meer en expliciete aandacht te vragen voor verschillen tussen mannen en vrouwen in de zorg. Met dit signalement steunt ZonMw deze roep om structurele aandacht voor vrouwspecifieke verschillen in de gezondheidszorg. Het onderscheid tussen mannen en vrouwen is voor een groot aantal ziekten en maatschappelijke thema's van belang.

Bundeling en bewustwording

Nationaal en internationaal groeit het besef dat bij veel ziekten en aandoeningen de invloed van de sekse een grotere rol speelt dan gedacht. Dit moet niet alleen consequenties hebben voor het onderzoek in de zorg, maar ook voor het herkennen van ziekte, de behandeling van patiënten, de opleidingen van professionals, het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, de preventieve acties van gemeenten, het gezondheidsbeleid van de overheid en last but not least de mogelijkheden van vrouwen om in onderzoek en in de ontwikkeling van richtlijnen te participeren.
Soms wordt hier tegenin gebracht dat dit onderscheid naar mannen en vrouwen niet meer nodig is, of zelfs uit de tijd zou zijn.[5] Er is immers 'al veel bereikt': vrouwen leven langer dan mannen en er wordt veel geld in de zorg aan vrouwen uitgegeven. Bovendien komen er ook zonder landelijk gecoördineerde inspanningen diverse initiatieven van de grond. Zo opende kortgeleden het eerste multidisciplinaire centrum op het gebied van vrouwengezondheid en -welzijn in Amersfoort haar deuren en startte zorgverzekeraar Agis met 'vrouwspecifieke vergoedingen'. Dezelfde verzekeraar roept vrouwen via haar website op om hun ervaringen, wensen en behoeften te melden (www.agisweb.nl/vrouwen).
Toch vormen juist zulke initiatieven en voorlopige resultaten voor ZonMw een belangrijke aanleiding om wél voor een structurele vrouwspecifieke aanpak te pleiten. De tijd is rijp voor meer focus, bundeling en - nog steeds - bewustwording. Nationaal en internationaal zijn er duidelijke aanwijzingen dat een gerichte seksespecifieke benadering winst kan opleveren, zowel in termen van een betere gezondheid/lagere ziektelast voor vrouwen als in termen van een lager ziekteverzuim en lagere maatschappelijke kosten.
Voor ZonMw zelf betekent dit dat zij in bestaande onderzoeksprogramma's het man/vrouw verschil nadrukkelijker als uitgangspunt zal nemen, in alle fasen van de programmering. Daarnaast is een nieuw kennisprogramma nodig om deze focus in de hele kennisketen te verankeren. Samen met alle relevante stakeholders wil ZonMw zich hiervoor inspannen, variërend van patiënten, vrouwenorganisaties en hulpverleners, tot zorgverzekeraars, instellingen, onderzoekers, beleidsmakers en politici. Met inbreng van al deze partijen wil ZonMw dit programma vormgeven, waarbij zij één onderwerp op voorhand al wil benoemen: een betere gezondheid en kwaliteit van leven van de ouder wordende vrouw.
Zo'n kennisprogramma past goed in het eerdergenoemde diversiteitsbeleid van ZonMw. Bovendien sluit deze structurele aandacht voor seksespecifieke gezondheidszorg goed aan bij belangrijke speerpunten uit het beleidsplan 2012-2016, Investeren loont. Hierin spreekt ZonMw de ambitie uit om bestaande kennis beter te benutten, meer in te spelen op de praktijk en nog beter aan te sluiten bij internationale ontwikkelingen en trends. Verschillen tussen mannen en vrouwen in de zorg beperken zich immers niet tot Nederland. Sterker nog, het is duidelijk dat Nederland veel van de buitenlandse ervaringen op dit gebied kan leren.

Het geslacht doet ertoe

Het verschil tussen man en vrouw gaat verder dan de geslachtsorganen en borsten. Ook bij veel algemene ziekten speelt het geslacht een rol. Een arts en onderzoeker die daar in Nederland al jaren aandacht voor vraagt, is Toine Lagro-Janssen. Sinds 2004 bekleedt zij de leerstoel Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.
Net als Lagro-Janssen gebruiken wij in dit signalement het begrip seksespecifieke gezondheidszorg, zonder aan het belang van andere begrippen te willen afdoen. Andere voorkomende begrippen zijn

[5] O.a. de publicatie De complexiteit van diversiteit, over intersectionaliteit en mainstreaming van J. Mens-Verhulst geeft deze discussie goed weer.

vrouwspecifieke gezondheidszorg of women's health.[6] Ook wordt er vaak onderscheid gemaakt tussen sekse en gender.
Met seksespecifieke gezondheidzorg bedoelen we een aanpak die gericht is op de vrouwspecifieke aspecten van gezondheid, ziekte en zorg. Want waar het vooral om gaat, is dat er in het Nederlandse beleid en onderzoek onvoldoende rekening wordt gehouden met het feit dat er niet alleen ziekten zijn die uitsluitend of vaker bij vrouwen voorkomen dan bij mannen, maar ook ziekten die zich bij vrouwen anders openbaren of een ander beloop hebben en waarbij andere risicofactoren betrokken zijn. Om deze redenen is een specifieke diagnostiek en behandeling nodig.
Een belangrijk voorbeeld hiervan vormen de verschillen tussen mannen en vrouwen op oudere leeftijd waarover we steeds meer te weten komen. In de reproductieve leeftijd lijken vrouwen bijvoorbeeld door oestrogenen te worden beschermd tegen hart- en vaatziekten. Na de menopauze neemt de morbiditeit en mortaliteit aan hart- en vaatziekten zodanig toe, dat dit sterfteoorzaak nummer één is voor vrouwen in Nederland – voor mannen is dit kanker. Kortom: het geslacht doet ertoe en gezondheid en ziekte van vrouwen vergen zodoende een seksespecifieke benadering.
Daarbij is het goed – zeker voor een kennisprogramma van ZonMw - om onderscheid te maken tussen

1. 'algemene' ziekten waarin man-vrouw verschillen een rol spelen (zoals hart- en vaatziekten, psychiatrische aandoeningen, endocriene ziekten en longziekten)
2. ziekten en aandoeningen die uitsluitend (of vooral) bij vrouwen voorkomen (zoals myomen in de baarmoeder, het polycysteus ovariumsyndroom[7], endometriose[8], zwangerschapshypertensie, cyclusgebonden klachten, en menopauze)
3. man-vrouw verschillen in farmacotherapie
4. maatschappelijke (zorg)thema's die nadrukkelijk om een onderscheid tussen mannen en vrouwen vragen (zoals ziekteverzuim en zorgkosten in relatie tot vrouwspecifieke klachten) en
5. seksepecifieke aspecten in zorg, behandeling en hulpverlening (zoals diagnostiek, therapieën en richtlijnen).

In de volgende tabel staat dit kort samengevat, waarna een meer uitgebreide toelichting volgt.

[6] Een omschrijving van genoemde begrippen is opgenomen in bijlage 1.

[7] Polycysteus ovariumsyndroom komt voor bij ca 10% van alle vrouwen en is een aantal samenhangende afwijkingen waarbij (kleine) cysten in de eierstokken aanwezig zijn zich uitend in menstruatiestoornissen, onvruchtbaarheid en overmatige beharing.

[8] Endometriose betreft een conditie bij 10-20% van de vrouwen waarbij endometrium ook in de buikholte voor komt. Dit kan aanleiding geven tot verklevingen in de buik, onvruchtbaarheid, buikpijn en ovariumcysten.

OVERZICHT VROUWSPEFICIEKE ASPECTEN VAN GEZONDHEID, ZIEKTE EN ZORG	
Onderwerp	Te ondernemen acties (te benoemen op basis van kennisprogramma en invulling daarvan)
Seksespecifieke aspecten bij algemene ziekten	
Hartvaatziekten	
Endocriene ziekten (zoals diabetes)	
Auto immuunziekten (oa aandoeningen schildklier en bijnier, multiple sclerose	
Longziekten (oa astma)	
Veroudering (oa dementie; cognitie)	
Psychiatrie (oa depressie, angststoornissen)	
Ziekten die alleen of vooral bij vrouwen voorkomen	
(preventie van) HPV/SOA	
Infertiliteit (interventie gericht op vrouwen, terwijl oorzaak ook vaak bij mannen)	
cyclusgebonden klachten (migraine, premenstrueel syndroom, pijnlijke/heftige menstruaties)	
klachten/aandoeningen rond/na menopauze	
Klachten/aandoeningen rond zwangerschap&geboorte	
verzakking/incontinentie	
polycysteus ovariumsyndroom	
Myomen	
Endometriose	
Blaasontsteking	
Borstkanker	
eetstoornissen	
Man-vrouw verschillen in farmacotherapie	
Verschillen m/v in effect bij behandeling/gebruik	
Onderscheid m/v bij studies naar nieuwe medicijnen	
Seksespecifieke aspecten bij maatschappelijke thema's	
ziekte- en zorgkosten	
Ziekteverzuim	
kwaliteit van leven	
Seksualiteit	
huiselijk geweld	
Seksespecifieke aspecten rond behandeling, zorg en hulpverlening	
Behandeling (vaak is m/v onderscheid van belang, en denk ook bv aan anticonceptie, die vooral op vrouwen is gericht en waar weinig oog is voor nieuwe ontwikkelingen)	
Diagnostiek	
Preventie	
Richtlijnen	
Opleidingen	
kwaliteit van zorg (indicatoren, inkoopbeleid e.d.)	

Seksespecifieke aspecten bij algemene ziekten

Hart- en vaatziekten vormen het meest bekende voorbeeld van een algemene ziekte waarin het onderscheid tussen mannen en vrouwen van belang is. In het handboek Gynaecardiologie, vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk (2011) brengen de Nederlandse cardiologe Angela Maas en hoogleraar huisartsgeneeskunde Toine Lagro-Janssen alle relevante verschillen in kaart. Zo komt het vooral bij jonge vrouwen vaak voor dat een hartinfarct geen drukkend gevoel op de borst geeft, zodat de ziekte niet tijdig genoeg wordt herkend. Omdat oestrogenen bij vrouwen een gunstige invloed hebben op het cholesterolgehalte en de bloeddruk, neemt na de overgang het risico op hartklachten sterk toe.
Onderzoek op basis van een grote Amerikaanse databank liet kortgeleden zien dat jonge vrouwen met een hartinfarct meer risico lopen daaraan te overlijden dan jonge mannen. Dit was voorheen ook in andere landen beschreven. Een recent artikel hierover in het Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde eindigt met het pleidooi om deze verschillen beter te onderzoeken[9]. Wat is bijvoorbeeld de invloed van leeftijd en geslacht bij signalen die aan een hartinfarct vooraf gaan? En wat is de invloed hiervan op de zorgvraag? Zelf startte genoemde cardiologe Angela Maas in 2003 met specifieke spreekuren hart-en vaatziekten voor vrouwen, juist om aan alle vrouwspecifieke verschillen op dit (brede!) terrein aandacht te kunnen besteden. Inmiddels is het tien jaar later en nog steeds worden vrouwen met hartklachten vaak als ‘lastig’ ervaren, signaleren cardiologen.
Hart- en vaatziekten op latere leeftijd lijken vaker voor te komen bij vrouwen die op jongere leeftijd geheel andere gynaecologische problemen hebben, zoals het polycysteus ovariumsyndroom en hypertensie tijdens de zwangerschap. Ook bestaat er een duidelijke relatie met de leeftijd van de overgang (hoe later, des te minder risico).
Andere ziekten waarvoor de man-vrouw verschillen regelmatig worden benoemd, zijn reumatoïde artritis en astma. Er zijn twee keer zoveel vrouwen met reuma dan mannen. Bij astma is het patroon iets anders, dit komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen, behalve op jonge leeftijd, waarbij het vaker voorkomt bij jongens. In de tabel worden nog meer relevante algemene ziekten benoemd, zoals psychiatrische aandoeningen, endocriene ziekten en auto-immuun ziekten. Auto-immuunziekten (zoals schildklier- en bijnierziekten en multiple sclerose) komen tot tien keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De reden en consequenties daarvan zijn niet bekend.
Ook bij aandoeningen in de geestelijke gezondheidszorg komen de man-vrouw verschillen steeds duidelijker naar voren. Zo is het risico op een depressie bij vrouwen twee keer zo groot als bij mannen. Angststoornissen komen eveneens vaker voor bij vrouwen. Volgens deskundigen zijn biologische verschillen hier een belangrijke oorzaak van, maar ook psychische en sociale factoren spelen een rol. Bijna meer nog dan in de somatische gezondheidzorg lijkt er in de geestelijke gezondheidszorg sprake te zijn van een ingewikkeld samenspel van factoren. Want in hoeverre zijn vrouwen meer dan mannen gewend om over hun negatieve gevoelens te praten? En stellen hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg bij vrouwen eerder de diagnose depressie dan bij mannen?

Ziekten en aandoeningen die alleen of vooral bij vrouwen voorkomen

Biologische verschillen zijn uiteraard een belangrijke reden dat sommige ziekten alleen bij vrouwen voorkomen. Denk aan zwangerschapshypertensie, myomen, endometriose en cyclusgebonden klachten. Daarnaast zijn er belangrijke ziekten en aandoeningen die bij vrouwen veel vaker voorkomen dan bij mannen, zoals borstkanker, eetstoornissen, schildklierziekten en autoimmuunziekten. Vrouwen hebben bijvoorbeeld vaker blaasontstekingen, omdat hun urinebuis korter is.
Voor dit signalement is deze ‘categorie’ zieken en aandoeningen wat minder van belang, omdat hier niet zozeer de eventuele verschillen tussen mannen en vrouwen om onderzoek vragen, maar het vooral gaat om kennisontwikkeling die de gezondheid van vrouwen kan bevorderen. Wel valt op dat deze categorie ziekten en aandoeningen vaak nog onderbelicht blijft. Neem het eerder genoemde polycysteus ovariumsyndroom: dit komt bij tien procent van alle vrouwen voor en kan van grote

[9] Venrooij, T. van, NTvG, 2012

invloed zijn op de gezondheid van vrouwen en hun kinderen, maar zowel in het onderzoek als in de dagelijkse zorg krijgt deze aandoening nog weinig aandacht.
Een onderwerp dat wel om extra aandacht vraagt, namelijk klachten en aandoeningen rond zwangerschap en geboorte, laat ZonMw buiten dit signalement. Hiervoor loopt namelijk al een zelfstandig programma binnen ZonMw (2011 – 2015). Dit programma heeft tot doel de vermijdbare sterfte en ziekte rond de geboorte terug te dringen (perinatale sterfte en morbiditeit). Het bevorderen van gezonde zwangerschap en geboorte vormt hierbij een belangrijke prioriteit, zeker in achterstandssituaties[10].

Man-vrouw verschillen in farmacotherapie

Op het terrein van de farmacotherapie is nog veel winst te behalen. Nog steeds is er te weinig bekend over de invloed van man-vrouw verschillen als het gaat om de behandeling met medicijnen. Zo kan het tempo waarmee een middel in het lichaam wordt opgenomen, tussen de seksen verschillen. Hetzelfde geldt voor het tempo waarin het middel over het lichaam wordt verdeeld en uitgescheiden. Voor een groot aantal genots- en geneesmiddelen is dit het geval, variërend van alcohol en drugs tot antidepressiva, ontstollings en bloeddrukverlagende medicijnen. Toch worden veel middelen nog steeds in een standaarddosering (gebaseerd op onderzoek bij mannen) voorgeschreven,
Ook in het onderzoek naar (nieuwe) medicijnen wordt het onderscheid naar sekse nog te weinig gemaakt. Vrouwen worden weliswaar niet meer stelselmatig uitgesloten van geneesmiddelenonderzoek, zoals jarenlang het geval was, maar dat wil nog niet zeggen dat de mogelijke invloed van sekse in elke studie wordt meegenomen.
Een recent artikel in het Pharmaceutisch Weekblad geeft een goed overzicht over de kennis van geslachtsgebonden verschillen bij het gebruik van medicijnen én bij het onderzoek ernaar[11].
Opvallende bevindingen zijn bijvoorbeeld dat vrouwen een 1,5 tot 1,7 keer grotere kans op bijwerkingen hebben bij het gebruik van geneesmiddelen dan mannen. Vrouwen nemen ook vaker onbedoeld een te hoge dosis, en blijken soms een verhoogde gevoeligheid te hebben. Het gebruik van geneesmiddelen ligt ook hoger bij vrouwen, met als gevolg dat zij automatisch een grotere kans hebben dat verschillende medicijnen elkaars werking beïnvloeden.
Volgens dit artikel is een belangrijke groep deskundigen van mening dat er pas een compleet beeld van de seksegebonden verschillen op dit terrein kan ontstaan als vrouwen gelijkwaardig in geneesmiddelentrials participeren. Dit is vooral van belang als het gaat om de behandeling van chronische ziekten, zoals een hiv-infectie.

Seksespecifieke aspecten bij maatschappelijke thema's

Voor veel thema's die dagelijks het nieuws halen, is het onderscheid naar mannen en vrouwen relevant. Mede door de economische crisis staan de almaar stijgende kosten in de zorg, het vaak hoge ziekteverzuim en dilemma's rond de laatste fase van het leven hoger op de agenda dan ooit. Neem alleen al de eerdergenoemde vrouwspecifieke veroudering: als gevolg daarvan is het ziekteverzuim van oudere vrouwen hoger dan bij mannen en de arbeidsparticipatie lager. De twee laatste Volksgezondheids Toekomst Verkenningen van het RIVM, uit 2006 en 2010, laten zien dat de gemiddelde ziektekosten voor vrouwen beduidend hoger liggen dan voor mannen. Vooral de kosten voor langdurige en overige zorg voor vrouwen boven de 65 jaar stijgen explosief en liggen daarmee aanzienlijk hoger dan voor mannen in diezelfde leeftijdscategorie. Toch leidt dit niet tot een beduidende toename in de kwaliteit van leven. Gezien de stijgende levensverwachting wordt deze onbalans tussen zorgkosten en kwaliteit van leven alleen maar belangrijker. De kans van een 65-jarige om 80 te worden is het afgelopen decennium sterk gestegen[12]. Dankzij de lagere sterfterisico's in 2010 bedroeg deze kans voor mannen dat jaar 63 procent. Tien jaar eerder was dat maar 52

[10] Dit programma loopt tot 2015, zie http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zwangerschap-en-geboorte/algemeen/

[11] Tent, M., Soms werkt een medicijn anders in een vrouw, Pharmaceutisch Weekblad, nr 5, pag 24–26, 2012. In dit artikel wordt onderscheid gemaakt naar de seksespecifieke verschillen in farmacokinetiek, -dynamiek en –genetica.

[12] Cijfers van het CBS, 2011

procent. Bij vrouwen was deze toename minder sterk, maar hun kans om 80 te worden is nog beduidend groter dan die van mannen. Met de overlijdensrisico's van 2010 haalt drie kwart van de 65-jarige vrouwen de 80. Als de huidige sterfterisico's ook in de toekomst blijven gelden, wordt een derde van de 65-jarige vrouwen 90 jaar of ouder. Tien jaar geleden was dit nog een kwart.
Deze vrouwspecifieke veroudering kan ook zijn tol eisen als het gaat om het aandeel dat vrouwen leveren in de dagelijkse zorg voor hun echtgenoot, (schoon-)ouders of andere familieleden. Toenemende gezondheidsproblemen kunnen het moeilijk maken om deze mantelzorg vol te houden. Mogelijk heeft dit tot gevolg dat om deze reden een groter beroep zal worden gedaan op de reguliere zorg.
Deskundigen wijzen erop dat over zulke kostenaspecten nog te weinig bekend is. Hoe het precies zit met een hoger ziekteverzuim van vrouwen bijvoorbeeld, en welke (preventieve) maatregelen daartegen genomen kunnen worden, vergt meer onderzoek.

Ook is er onvoldoende inzicht in de maatschappelijke en zorgkosten als gevolg van een heel andere oorzaak: huiselijk geweld en (seksueel) misbruik. Hoeveel vrouwen zijn hierdoor niet meer in staat te werken? Hoe groot is het beroep dat zij doen op sociale zekerheid en zorg? Vergelijkbare vragen gelden voor vrouwen die als gevolg van mentale klachten verzuimen, of als gevolg van hart- en vaatziekten of reuma. Hierover is nog weinig bekend.
Overigens verdient, los van de kosten, de hulp aan vrouwen die slachtoffer zijn van misbruik en geweld meer prioriteit. Ook dit is een terrein waarop de kennis in Nederland nog tekort schiet, of op zijn minst onvoldoende wordt toegepast. Een voorbeeld hiervan geeft Toine Lagro-Janssen, die van genderblindheid spreekt[13]. 'Ik heb te vaak gezien dat seksueel misbruik niet als predisponerende factor wordt herkend, bijvoorbeeld bij depressie. Dus iets dat heel belangrijk is voor het stellen van een diagnose, komt niet eens aan de orde. Dat noem ik genderblindheid: niet beseffen dat verschillen tussen mannen en vrouwen werkelijk in de dagelijkse praktijk ertoe doen. En dat terwijl mensen die seksueel misbruik in hun voorgeschiedenis hebben, juist gevoelig zijn voor bijvoorbeeld eetstoornissen of onverklaarbare pijn.'

Seksepecifieke aspecten in zorg, behandeling en hulpverlening

Voor hulpverleners zijn de man-vrouwverschillen dagelijks relevant. In hoeverre is het zinvol dan wel noodzakelijk onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen in diagnostiek en behandeling, al dan niet met medicijnen? En als dat zinvol is, moeten deze dan ook in de richtlijnen terugkomen? Ook voor beleidsmakers, bestuurders, verzekeraars en in toenemende mate gemeenteambtenaren kan het voordelig zijn met verschillen tussen mannen en vrouwen rekening te houden.
In de literatuur en in de dagelijkse praktijk zijn legio voorbeelden te vinden van ziekten en aandoeningen waarbij hulpverleners in hun diagnostiek en behandeling de sekseverschillen scherper op hun netvlies moeten hebben staan. Zo blijkt uit een studie onder tieners met astma of diabetes dat jongens meer moeite hebben met het nemen van medicatie op school dan meisjes. Artsen, verpleegkundigen en ouders kunnen daar in hun adviezen rekening mee houden. Bij hartziekten melden vrouwen andere symptomen dan mannen, maar blijken artsen daar nog niet altijd op bedacht te zijn. Ook de betrouwbaarheid van de fietsproef vormt een mooie illustratie. Oudere vrouwen blijken hierop minder goed te presteren dan mannen, omdat hun conditie vaak matig is. Bij jongere vrouwen kunnen de oestrogeenspiegels in het bloed een fietsproef ten onrechte afwijkend maken.
In opleidingen van professionals vormen zulke verschillen steeds meer een vast onderdeel binnen het curriculum. Daarbij is ook aandacht voor de (eventuele) verschillen tussen mannen en vrouwen in de manier waarop ze met hun klachten omgaan, of met hun hulpverleners communiceren. Zo zijn mannen eerder dan vrouwen geneigd om gezondheidsklachten te ontkennen, of er zelf een oplossing voor te bedenken.
Voor (de opleiding van) artsen vervult het Kenniscentrum Sekse en Diversiteit in Medisch Onderwijs (SDMO) hierin een belangrijke rol. Niet voor niets zetelt dit centrum ook in Nijmegen, waar Lagro-Janssen met haar eerdergenoemde leerstoel aan de Radboud Universiteit pionierswerk heeft verricht. Duidelijk is dat de expertise van dit centrum nog beter kan worden benut en dat ook andere hulpverleners hierin nog meer en beter kunnen worden geschoold. Denk aan verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook aan fysiotherapeuten, logopedisten en psychologen.

[13] Nederland is genderblind, een interview in Medisch Contact nr 65, 15 juli 2010

Voor de diagnostiek en behandeling van patiënten worden richtlijnen steeds belangrijker, al is het alleen al vanwege de opkomst van de evidence based medicine. Ook nu weer wijzen studies uit dat verschillen tussen mannen en vrouwen nog te weinig in bestaande richtlijnen zijn terug te vinden. In het proces van richtlijnontwikkeling, dat zeker bij multidisciplinaire richtlijnen ingewikkeld is, is het onderscheid tussen mannen en vrouwen geen vast onderdeel waar aandacht aan moet worden besteed. Er is ook geen instantie die dit kan verplichten – mogelijk ligt hier een taak voor het Kwaliteitsinstituut, dat voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen een belangrijke rol gaat vervullen.
Bij een expertmeeting over sekse- en interculturele hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg werden hier in 2006 al belangrijke aanbevelingen voor gedaan. Een belangrijke suggestie is bijvoorbeeld om per behandeladvies aan te geven wat de kenmerken zijn van de patiëntengroepen die zijn onderzocht en waarop het betreffende advies is gebaseerd. Dit betekent ook dat de opstellers van de richtlijn expliciet moeten aangeven dat bepaalde aanbevelingen niet bij groep a of b zijn onderzocht. Volgens de deelnemers aan deze expertmeeting kan dit helpen om beleidsmakers, behandelaars en wetenschappers van het belang van deze verschillen bewust te maken.
Dezelfde deelnemers wezen erop dat er bij de samenstelling van richtlijnen sterk op meta-analyses van bestaande studies wordt geleund. Vaak zijn dit randomised controlled trials (RCT's). Een nadeel hiervan is dat patiënten met bijkomende stoornissen, dus grote groepen patiënten, vaak van zulke RCT's worden uitgesloten. Bovendien verdiepen de samenstellers zich vaak onvoldoende in de seksespecifieke factoren van de onderliggende studies. Ook hier is dus nog volop werk te doen.

Buitenlandse voorbeelden

Nederlandse deskundigen stellen regelmatig dat ons land op het terrein van seksepecifieke gezondheidszorg achterloopt. In bijlage 2 worden de belangrijkste buitenlandse initiatieven genoemd. Daarbij verwijzen deze experts vaak naar het beleid van de wereldgezondheidsorganisatie WHO, die women's health formeel tot urgent priority heeft benoemd. In het rapport Women and Health, today's evidence, tomorrow's agenda (2009) maakt de WHO zich sterk voor (onder andere) gericht onderzoek op dit terrein, mede op basis van een betere monitoring en registratie.
In Amerika heeft het U.S Department of Health&Human Services haar visie over onderzoek naar women's health neergelegd in het rapport Moving into the future with new Dimensions and Strategies, a vision for 2020 for women's health research. De aanbevelingen in dit rapport zijn niet alleen gericht op de verschillende fasen van medisch onderzoek en behandeling, maar ook op het ontwerp en de toepassing van nieuwe technologieën en medische apparaten. Daarnaast roept het rapport op om nieuwe communicatie- en netwerkvormen te gebruiken om het draagvlak voor een seksespecifieke gezondheidszorg te vergroten.
Noemenswaardig is vooral ook het project Gendered Innovations, een initiatief van de Stanford University in Californië, waar inmiddels experts uit 27 EU-landen bij betrokken zijn. Dit project is erop gericht om wetenschappers en ingenieurs te informeren en hen vooral ook van het grote belang van manvrouw verschillen in hun onderzoek te overtuigen. De site reikt daarom praktische methoden aan die onderzoekers voor een seksespecifieke aanpak in hun onderzoek kunnen gebruiken. Gezondheid en geneeskunde is een van de drie gebieden waar dit project zich expliciet op richt. Via de website (http://genderedinnovations.stanford.edu) zijn diverse boeiende case studies te vinden die laten zien hoe een seksespecifieke analyse tot een concrete innovatie kan leiden.
De voorbeelden laten ook zien dat het desastreus kan uitpakken om níet met man-vrouw verschillen rekening te houden. Zo zijn eind jaren negentig in Amerika acht geneesmiddelen van de markt gehaald, omdat ze een gezondheidsrisico voor vrouwen bleken op te leveren. Twee medicijnen tegen allergie bijvoorbeeld, veroorzaakten soms fatale hartritmestoornissen bij vrouwen. Inmiddels vermoeden de onderzoekers dat mannelijke geslachtshormonen de gevoeligheid van de hartspier voor dit middel temperen.
Overigens is een van deze studies juist een waarschuwing om niet voetstoots aan te nemen dat een onderscheid naar mannen en vrouwen nodig is. Zo blijkt een studie naar speciale knieprothesen voor vrouwen geen enkel bewijs te leveren dat zulke 'vrouwvriendelijke' prothesen zinvol zijn. Andere factoren zijn volgens de onderzoekers eerder van belang, zoals de lengte en culturele herkomst van de patiënt en de ervaring van de chirurg die de prothese inbrengt. Soms zijn de overeenkomsten tussen mannen en vrouwen dus groter dan de verschillen. Deze en soortgelijke bevindingen zijn leerzaam bij onderstaande acties die ZonMw zal uitvoeren en/of agenderen.

Wat moet er gebeuren?

Bestaande programmering

In elk ZonMw-programma wordt al aandacht besteed aan diversiteit, dat wil zeggen aan (mogelijke) verschillen tussen mensen, bijvoorbeeld naar leeftijd, etniciteit, sociaal-economische klasse of sekse. Per programma zal ZonMw voor (eventuele) man-vrouw verschillen uitwerken hoe hier het beste rekening mee kan worden gehouden. Bij analyse van de data kan bijvoorbeeld verplicht worden gesteld om een subgroepanalyse op sekse verschillen te doen.

Een nieuw programma

Mede op basis van dit signalement nodigt ZonMw stakeholders uit om gezamenlijk een nieuw programma Seksespecifieke Gezondheidszorg vorm te geven. Denk aan zorginstellingen, professionals, onderzoekers, vrouwenorganisaties, zorgverzekeraars en kennisinstellingen, bedrijven, lokale en landelijke beleidsmakers en politici.
Dit programma richt zich op de hele kennisketen, dat wil zeggen op fundamenteel, strategisch en toegepast onderzoek en op ontwikkelingsonderzoek en de implementatie van resultaten. De tabel uit dit signalement kan daarbij als een belangrijke basis dienen, ook om prioriteiten voor onderzoek en kennisontwikkeling vast te stellen. Dit betekent dat het gaat om kennisbevordering rond seksespecifieke aspecten van gezondheid, ziekte en zorg.
Uit een rondgang onder deskundigen kwamen al twee inhoudelijke prioriteiten naar voren, namelijk zwangerschap en geboorte en vrouwspecifieke veroudering. Op eerstgenoemde prioriteit gaat ZonMw in het kader van dit signalement niet door, omdat er al een zelfstandig ZonMw-programma onder deze titel loopt. De keuze voor vrouwspecifieke veroudering, en daarmee voor een pleidooi voor meer gezonde levensjaren van vrouwen, ondersteunt ZonMw graag. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij al lopende nationale en internationale initiatieven, zoals Healthy Aging en Vita Valley[14].
Zowel op het gebied van preventie, diagnostiek en behandeling moet dit programma inzichten en methoden opleveren die een seksespecifieke gezondheidszorg bevordert. Nadrukkelijk behoren ook meer algemene vragen tot dit beoogde programma. Hoe kunnen zorgverzekeraars met hun inkoopbeleid met man-vrouw verschillen rekening gaan houden? Welke indicatoren bij kwaliteitsmetingen zijn op dit terrein relevant?
Daarnaast wil het programma stimuleren dat seksespecifieke gezondheidszorg vanzelfsprekend wordt in opleidingen, richtlijnen en dagelijkse zorg. Hierover is al veel kennis, maar de toepassing ervan kan en moet beter. In overleg met de hiervoor relevante partijen kunnen bovendien de nog aanwezige lacunes in kaart worden gebracht, waarna aan de respectievelijke oplossingen gewerkt kan worden.

[14] VitaValley is een innovatienetwerk in de zorg dat erop is gericht om innovaties te initiëren, verspreiden en toe te passen met als doel de kwaliteit van leven van ouderen, chronisch zieken en gehandicapten te verbeteren, http://www.vitavalley.nl/

Bijlage 1 Terminologie

Op het terrein van vrouwspecifieke gezondheidszorg worden verschillende begrippen gebruikt, waarbij het onderscheid tussen de verschillende begrippen niet altijd even duidelijk is. De belangrijkste in het kort:

Sekse: in het algemeen worden hiermee de biologische verschillen tussen mannen en vrouwen aangeduid (www.thesauruszorgenwelzijn.nl/sekse)

Gender: hierbij gaat het over de psychologische eigenschappen, gedragskenmerken en sociaal culturele factoren die worden toegeschreven aan mannen en vrouwen (zie oa Bradley, H., Gender, Cambridge, Polity Press, 2007)

Vrouwspecifieke gezondheidszorg: hiervan bestaan verschillende opvattingen en omschrijvingen. De volgende drie komen vaak voor:

- Vrouwspecifieke gezondheidszorg richt zich op preventie en behandeling van ziekten en psychische aandoeningen die alleen bij vrouwen voorkomen, of op aandoeningen die bij vrouwen een specifieke presentatie hebben of ziekten die bij vrouwen een andere diagnostiek en behandeling vereisen of een andere prognose hebben. Deze definitie wordt oa gebruikt door Goverde en Fauser in hun artikel 'Vrouwen zijn echt anders' in Medisch Contact (nr 49, 2006). Deze beschrijving geeft duidelijk aan dat de hele gezondheidstoestand van vrouwen tot het gezondheidsdomein moet worden gerekend. Een belangrijke gedachtengang hierbij is dat de ovariumfunctie zich niet beperkt tot reproductie, maar een centrale rol speelt bij de gehele gezondheidstoestand en het welbevinden van vrouwen gedurende hun hele leven: van de embryonale ontwikkeling tot aan het overlijden.
- Vrouwspecifieke gezondheidszorg: bestudeert de invloed van de sekse van de patiënt(e) en de dokter in ziekte en gezondheid; hierbij wordt aangesloten bij de WHO definitie van gezondheid, die in dit geval op vrouwen wordt gericht.
- Vrouwspecifieke gezondheidszorg: the state of complete, physical, mental and social well being of women and not merely the absence of disease or infirmity. Deze definitie is het uitgangspunt van de organisatie Care for Women, die streeft naar verbetering van gezondheid en welzijn van vrouwen.

In de literatuur en ook in de praktijk lopen de verschillende termen toch weer vaak door elkaar. In sommige gevallen duidt de term sekse (het equivalent van het Engelse gender) niet alleen biologische kenmerken aan, maar ook de psychologische en sociaal-culturele kenmerken van mannen en vrouwen.

Gender mainstreaming: volgens de Group of Specialists on Mainstreaming (EG-S-MS) van de Raad van Europa bestaat *gender mainstreaming* uit '*het (re)organiseren, verbeteren, ontwikkelen en evalueren van beleidsprocessen op zo'n manier dat het* perspectief van gender gelijkheid *wordt geïntegreerd in alle beleidsdomeinen en op alle beleidsniveaus door de actoren die normaal dat beleid maken'.*

Over dit gender mainstreaming wordt vaak gediscussieerd. In dit signalement kiest ZonMw niet voor gender mainstreaming, maar voor een vrouwspecifieke benadering in het onderzoek en de zorg. ZonMw deelt hierbij niet de optimistische verwachting dat gendermainstreaming sekse/genderspecifieke organisaties en projecten op den duur overbodig zou maken. Eerder is zij bang voor het tegendeel, namelijk dat de aandacht voor sekse/genderverschillen onopgemerkt uit het beleid verdampt. Hierbij baseert zij zich onder andere op publicaties van J. van Mens-Verhulst (De complexiteit van diversiteit, over intersectionaliteit en mainstreaming, 2010, uit de bundel ter nagedachtenis aan prof. dr. D. Van Houten) en P. Dielissen (Gender medicine in GP training, Design, evaluation and development, promotie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, februari 2012).
De keuze voor specialisatie is ook gestoeld op de ervaringen die ZonMw eerder heeft opgedaan in het ZonMw-programma M/V, de factor sekse in de gezondheidszorg. Onder andere in een speciaal nummer van de *Mediator* is hier uitgebreid aandacht aan besteed (Mediator, nr 4, oktober 2003)

Bijlage 2 Buitenlandse ontwikkelingen en initiatieven

In sommige delen van de Verenigde Staten en andere West-Europese landen is women's health al geruime tijd een belangrijk gezondheidsdomein. Terugkijkend blijkt dit bijvoorbeeld uit speciale thema-uitgaven van vooraanstaande internationale tijdschriften als Science, The Lancet en The Journal of the American Medical Association en diverse boeken over women's health. Ook zijn door vooraanstaande universiteiten aparte women's health centers opgericht en websites voor professionals en patiënten. Een voorbeeld van een apart instituut is The National Center of Excellence in Women's Health van de Universiteit van California.
Dergelijke centra bieden zowel preventie als zorg (zowel basiszorg als hooggespecialiseerde zorg). De inhoud en vorm waarin deze zorg wordt geleverd, hangt deels af van de disciplines van de betrokken artsen. Voorbeelden zijn interne geneeskunde, gynaecologie, geriatrie, cardiologie en eerstelijns geneeskunde.
Belangrijk in de erkenning van het gezondheidsdomein women's health was de oprichting van het Office for Research on Women's Health als deel van de National Institutes of Health (NIH) in de Verenigde Staten in 1990. De oprichting vond plaats naar aanleiding van de vaststelling dat de NIH, in tegenspraak met eerdere instructies van de Amerikaanse regering, niets hadden ondernomen om vrouwen in klinische trials te includeren. Een van de eerste acties van het bureau was het opzetten van het project Women's Health Initiative (WHI), dat naast een aantal gerandomiseerde klinische studies ook in een grote en observationele studie de gezondheid van vrouwen in kaart moest brengen. Dit leidde onder meer tot een geruchtmakende publicatie over de relatie tussen hormoonsubstitutie in de postmenopauze en een verhoogde kans op mammacarcinoom.
Niet alleen in de VS, maar ook in Europa wint de aandacht voor seksespecifieke gezondheid terrein. In Frankrijk is in 2002 onder de vleugels van het specialisme interne geneeskunde een afzonderlijk specialisme gevormd, genaamd gynécologie médicale. Hierbij speelt de endocriene benadering van steroïdafhankelijke tumoren, zoals mammacarcinomen, een belangrijke rol. In Duitsland is het Deutsche Forschungsorientierte Genderequality Standards relevant. Ook in de Europese Unie krijgt women's health aandacht. Zo was women's health een speerpunt voor Oostenrijk, de EU-voorzitter van januari tot juli 2006. Het onderwerp werd daarom ingebracht in de vergadering van de ministers van gezondheid in april 2006. Bij monde van EU-commissaris voor Gezondheid en Consumentenbescherming Kyprianou, verklaarde de Europese Commissie women's health in Europa te willen bevorderen.
Tegelijkertijd lijkt de internationale farmaceutische industrie haar interesse voor women's health verloren te hebben. Een van de redenen hiervoor is de terugval in het gebruik van hormoon substitutie therapie na de overgang en anticonceptiegebruik. De bedrijven investeren niet meer in nieuwe ontwikkelingen. Dit vraagt juist wél om verantwoordelijkheid van overheid en klinische onderzoekers om eigen initiatieven te ontplooien.
Een van de belangrijkste recente internationale initiatieven is het in 2009 uitgekomen rapport van de WHO, *Women and Health, today's evidence, tomorrow's agenda*. Dit rapport is een follow up van eerdere inspanningen op dit terrein. Women's Health geldt bij de WHO inmiddels als een 'urgent priority'. Behalve een uitgebreide beschrijving van de specifieke problemen die zich voordoen bij meisjes en vrouwen, ook op oudere leeftijd, is in het genoemde rapport een krachtig pleidooi opgetekend om seksespecifieke gezondheidszorg wereldwijd impulsen te geven. De meest in het oog springende initiatieven zijn: aanzienlijke versterking van gender equality en empowerment van vrouwen, gezondheidszorg beter toegankelijk maken voor vrouwspecifieke problemen, versterking van seksespecifieke aandacht in Public Health en man-vrouw verschillen beter in kaart brengen door gerichter onderzoek, registratie en monitoring.
Een ander belangrijk initiatief is het project Gendered Innovations van de Stanford University. Dit project past in de aanbevelingen van het 2010 genSET Concensus Report en de in 2011 aangenomen VN resoluties over Gender, Science and Technology. Hier zijn inmiddels experts uit 27 EU lidstaten bij betrokken. Het doel van dit project is om wetenschappers en ingenieurs te voorzien van praktische methoden voor sekse- en gender analyses in wetenschap en technologie. Dit betekent onder andere het ontwikkelen van praktische methoden voor een seksespecifieke aanpak in wetenschap, gezondheidszorg en technologie; het leveren van case studies als concrete voorbeelden van hoe seksespecifieke analyses tot innovaties leiden en het ondersteunen van wetenschappers en ingenieurs bij de ontwikkeling van seksespecifiek verantwoord onderzoek en ontwerp (van technologieën).

Een derde voorbeeld is het Strategic Plan van het U.S.Department of Health & Human Services, waarin men een visie neerlegt voor 2020 over Womens Health Research (Moving into the future with new dimensions and strategies, a vision for 2020 for women's health research, National Institute of Health & Human Services). In dit plan zijn zes hoofddoelstellingen opgenomen, inclusief de diverse stappen die nodig zijn om deze doelen te realiseren). De doelstellingen in het kort: aantoonbare toename van aandacht voor sekseverschillen in fundamenteel onderzoek; sekseverschillen betrekken in het ontwerp en toepassing van nieuwe technologieën, medische apparaten en geneesmiddelen; actualiseren van persoonlijke preventie, diagnose en behandeling voor meisjes en vrouwen; vorming van strategische allianties en partnerships om vrouwspecifiek gezondheidsonderzoek te maximaliseren; ontwikkelen en implementeren van nieuwe communicatie- en sociale netwerkmogelijkheden om waardering en draagvlak te vergroten voor vrouwspecifieke gezondheidszorg/geneeskunde; innovatieve strategieën aanwenden om een goed opgeleide, diverse en krachtige beroepsgroep te realiseren voor vrouwspecifiek gezondheidsonderzoek.

Bijlage 3 Voorbeelden van organisaties met aandacht voor sekse/vrouwspecifieke zorg

- UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen.
- Institute for Gender Studies, Nijmegen.
- Faculty for Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht.
- Afdeling Voortplanting & Gynaecologie, Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde: onderzoek naar diversiteit en gezondheid, waaronder “gender”. Aandacht voor sekseverschillen in onderwijs- en richtlijnontwikkeling.
- Afdeling Medische Psychologie, Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam, Center for Global Health and Inequality (CGHI)
- Faculteit der Sociale Wetenschappen, Instituut Psychologie, Klinische, Gezondheids- Neuropsychologie, Universiteit Leiden
- De Henny Verhagen Stichting (voorheen Stichting Vrouwengezondheidszorg) heeft als doel wetenschappelijk onderzoek en onderwijs op het gebied van gezondheid(szorg) en diversiteit te bevorderen.
- De organisatie Zus&Zorg
- de organisatie Vrouw in Balans
- het platform Vrouwen in de Psychiatrie
- de Dutch Foundation for Women and Health Research
- Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA),
- de organisatie Care for Women
- Hartstichting (www.wehebbenjehartnodig.nl)
- de organisatie Alant Vrouw
- de organisatie Women Inc.
- Pink Ribbon
- Agis en Energiek (zorgverzekeraars)

Bijlage 4 Bronnen

Bakker, M.L. (2010). *Komt een Hindoestaanse vrouw bij de dokter, een inventariserend onderzoek naar de aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek,* Utrecht: Thesis Universiteit Utrecht.
Bekker, M.H.J. & Mens-Verhulst, J. van (2007). Anxiety Disorders: Sex Differences in Prevalence, Degree, and Background, But Gender-Neutral Treatment, *Gender Medicine, 4*(2).
Boomsma, I. & Stel, J.C. van der. (2006). *Hoe verdermetde multidiciplinaire richtlijnen,* Resultaten expertmeeting sekse-, genderspecifieke en interculturele hulpverlening in de psychiatrie.
Deeg, D.J.H.. (2002). *Ouder worden, een kwetsbaar succes.* Amsterdam: oratie Vrije Universiteit.
Geukes, M.L, e.a. (2011). The impact of menopausal symptoms on work ability, *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 19*(3). The North American Menopause Society.
Dielissen, P.W. (2012). *Gender medicine in GP training. Design, evaluation and development.* Nijmegen: dissertatie Radboud Universiteit.
Dielissen, P., Verdonk, P., Wieringa-de Waard, ML, Bottema, B. & Lagro-Janssen, A.L.M. The effect of gender medicine education in GP training: a prospective cohort study. *Advances in Health Sciences Education,* in review.
Dielissen P, Bottema, B, Verdonk P & Lagro-Janssen T. (2011). Attention to gender in communication skills assessment instruments in medical education: a review. *Med Educ. 45,* 239-248.
Duque, G., Gold, S. & Bergman, H. (2003). Early exposure to geriatric medicine in second year medical school students-the McGill experience, *J Am Geriatric. 51*, 544-8.
Fauser, B.C.J.M. (2005). *Reproductieve gezondheid van de vrouw; meer dan voortplanten alleen.* Utrecht: oratie aan de Universiteit Utrecht
Goverde, A.J. & B.C.J.M. Fauser, B.C.J.M. (2006). Vrouwen zijn echt anders, *Medisch Contact. 49*
Haafkens, J.A. (ed.), (2005). *Towards a simple framework for monitoring the integration of gender concerns in public health policies,* Den Haag: ZonMw
Kenniscentrum SDMO. (2011). Factsheet Sekse en alcoholverslaving, Nijmegen: UMC Radboud.
Kenniscentrum SDMO (2011). Factsheet Psychiatrische stoornissen, Nijmegen: UMC Radboud.
Lagro-Janssen, A.L.M., Lo Fo Wong, S., Muijsenbergh, M. van den & D. Teunissen. (2008). The importance of gender in health problems, *Eur J Gen Pract, 14*(1), 33-37.
Lagro-Janssen, A.L.M.. (2007). Sex, Gender and Health. Developments in Research. *European Journal Women's Studies. 4*, 9-20.
Lagro-Janssen, A.L.M. & Verdonk, P. (2007). *Seksespecifieke huisartsgeneeskunde,* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
Lo Fo Wong, S.H.. (2006). *The doctor and the woman 'who fell down the stairs'.* Nijmegen: dissertatie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.
Lo Fo Wong S.H. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2005). Mishandeling van vrouwen binnen de partnerrelatie: signalering in de medische praktijk. *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde, 149*, 6-9.
Lutke Schipholt, I.. (2010). Nederland is Genderblind, een interview met prof. dr.T. Lagro-Janssen, *Medisch Contact, 28*.
Lagro-Janssen, A.L.M. (2007). Sekse, gender en gezondheid; ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 151*(6), 374-377.
Lagro-Janssen T. (2010). Vrouwen gaan vaker naar de dokter, mannen gaan eerder dood*. Diabc*. *64*, 38-42.
Maas, A.H.E.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2011). *Handboek Gynaecardiologie, vrouwspecifieke cardiologie in de praktijk.* Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
Mens-Verhulst, J. van. (2010). De *Complexiteit van diversiteit, over intersectionaliteit en mainstreaming,* uit de bundel ter nagedachtenis aan prof.dr. D. Van Houten.
Mens-Verhulst, J,. van. (2007). *Het vals plat van het diversiteitsdenken***.** Voordracht op het symposium *Hoe anders mag de ander zijn?* Bij het afscheid van Obertha Holwerda.
Moerman, C.J., M.A. Bruijnzeels, D.G. Keuken & W.J.J. Assendelft (2004). Sekse en etniciteit in richtlijnontwikkeling. In: J.J. van Everdingen et al. *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
National Institutes of Health & Human Services. (2009). *Moving into the future with new Dimensions and Strategies*, a vision for 2020 for women's health research, office of research on women's health.
Noordenbos, G.. (2007). *Aandacht voor sekse-en cultuurspecifieke aspecten in de behandeling van depressie, een aanvulling op de multidisciplinaire Richtlijn Depressie.* Utrecht: Transact/Movisie.
Royal College Ob Gyn Scientific advisory committee. (2011). nr 49, *Why should we consider a life*

course approach to women's health care, Opinion paper 27.
Tent, M. (2012). Soms werkt een medicijn anders in een vrouw, *Pharmaceutisch Weekblad*, *5*, 24–26.
Trimbos Instituut. (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*, Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (Nemesis-2). Utrecht.
Venrooij, T. van. (2012). Hartinfarct zonder pijn op de borst vooral bij jonge vrouwen, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *156*: C1262.
Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., Haes, C.J.M. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education*. Advances in Health Science Education. 14*, 135-152. DOI 10.1007/s10459-008-9100-z.
Verdonk P, Y.W.M. Benschop, C.J.M. De Haes, L. Mans en A.L.M. Lagro-Janssen (2009). 'Should you turn this into a complete gender matter?' Gender mainstreaming in medical education. *Gender and Education. 21,* 703-719.
Visser, E. De. (2012). *Ontdekt: de vrouwtjespatiënt*. In: De Volkskrant, 7 april 2012
Watson, L.. (2004). *Gender differences in astma and COPD*. Groningen: proefschrift aan de Rijksuniversiteit Groningen
Zantinge, E.M., Wilk, E.A. van der, Wieren, S. van & C.G. Schoemaker (2011). *Gezond ouder worden*, RIVM Rapport 270462001.

ZonMw stimuleert gezondheids-
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

ZonMw