

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/22393>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

H&W**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
 Dr. N.P. van Duijn
 M. Hugenholtz, arts
 Dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Prof. dr. B. Meyboom-de Jong
 Dr. J.W.M. Muris
 Prof. dr. J. De Maeseneer, adv.

Eindredactie

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

Redactiesecretariaat

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

**Nederlands Huisartsen
Genootschap**

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

**Uitgeverij/advertentie-
exploitatie**

Bohn Stafleu Van Loghum bv,
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon 03403 - 95 763
 Advertenties behoeven de goed-
 keuring van de redactiecommissie.
 Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen


Intermedia bv, Postbus 4,
 2400 MA Alphen a/d Rijn
 Telefoon 01720 - 66 811
 Binnenland NLG 157,50 per jaar.
 België BEF 3.780 per jaar. Over-
 rig buitenland NLG 233,- per
 jaar. Studenten NLG 89,75 per
 jaar. Losse nummers NLG 17,-.
 Huisarts en Wetenschap ver-
 schijnt 13 x per jaar.
 Opzeggingen dienen ten minste
 twee maanden voor de aanvang
 van een kalenderjaar te worden
 gericht aan Intermedia bv.

Adreswijzigingen

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

Druk

Verweij bv, Mijdrecht.

 Lid van de
 Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-
 Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

De meerwaarde van sekse

Sekse is in de geneeskunde ogenschijnlijk buitengewoon belangrijk. Vooral waar sekseverschillen in ziekten herleid worden tot een biologisch verankerde genestructuur, vormt het biologisch verschil een vanzelfsprekende en allesomvattende verklaring voor de geconstateerde verschillen. Ook als epidemiologische variabele wordt sekse van belang geacht, vergelijkbaar met twee andere belangrijke variabelen: leeftijd en sociaal-economische klasse.

Meestal blijft het daar echter bij en worden bevindingen die wijzen op sekseverschillen voor kennisgeving aangenomen. Zelden volgt een kritische analyse en de thematiek van sekseverschillen in ziekte en gezondheid behoort niet tot het vaste onderzoeksrepertoire van de medische wetenschappen. Sluit de geneeskunde de ogen voor een zaak die de meeste mensen in het leven van alledag niet onberoerd laat?

Over de verborgen relatie tussen ziekte en gezondheid enerzijds en geslacht anderzijds gaat dit commentaar. Deze relatie wordt besproken vanuit een biomedisch perspectief, een invalshoek die de geneeskunde bij uitstek tot de hare rekent. Kortom: hoezeer verschillen mannen en vrouwen van elkaar als het gaat om ziekte en gezondheid, en hoe belangrijk zijn die verschillen voor het medisch denken en de medische praktijk?

Sekse en biologie

Mannen en vrouwen zijn met het oog op de voortplanting verschillend toegerust; dat is duidelijk. Daarom hecht men binnen de geneeskunde aan anatomische, genetische en hormonale verschillen als verklaring van ziekteverschillen tussen mannen en vrouwen. De specialismen gynaecologie en andrologie danken hieraan hun bestaansrecht. De belangstelling blijft grotendeels beperkt tot de specifiek seksegebonden aandoeningen van reproductieve functies als zwangerschap, infertiliteit, anticonceptie, menstruatiestoornissen en prostaataandoeningen. Let wel, het gaat hierbij om de specificiteit van klachten en ziekten en niet om verschillen.

Bij niet-seksexspecifieke aandoeningen wordt daarentegen de vraag of sekse ertoe doet veel minder gesteld. Er wordt dientengevolge weinig gezocht naar verklaringen voor geconstateerde verschillen. Reden hiervoor is het denken in vanzelfsprekende biologische verklaringen: 'mannen en vrouwen zijn nu eenmaal van nature verschil-

Lagro-Janssen T. De meerwaarde van sekse [Commentaar]. Huisarts Wet 1995; 38(9): 377-9.

lend'. Migraine, incontinentie, galstenen en hart-vaatziekten zijn voorbeelden van ziekten met grote man-vrouw verschillen in prevalentie waarbij de relatie met een hormonaal bepaalde etiologie onmiskenbaar is. Ook in geval van moeheid speelt, zo blijkt uit de studie van *Bensing & Schreurs*, de biologische rol van de voortplantingsfunctie bij vrouwen een belangrijke rol.¹

Men moet bij dit alles bedenken dat men een biologisch systeem of organisme niet als een statisch natuurgegeven mag opvatten. Biologische systemen zijn juist open systemen en worden ook door evolutionaire en omgevingsfactoren beïnvloed.

Er is nog een andere reden waarom sekseverschillen betrekkelijk laat studie-object binnen de geneeskunde zijn geworden. Men kan dit het gevolg van het neutraliteitsbeginsel binnen de geneeskunde noemen. Geneeskunde gaat over mensen en niet over mannen en vrouwen. Dit neutraliteitsbeginsel impliceert dat er ook een biologisch gelijkheidsprincipe tussen mannen en vrouwen bestaat. En het is de vraag of dát waar is.

Een van de gevolgen van dit denken is dat effecten van geneesmiddelen, onderzocht bij mannen, toepasbaar geacht worden bij vrouwen. Dit is geen bedenkfel: vrouwen zijn in grote interventiestudies met geneesmiddelen sterk ondervertegenwoordigd.² Van belangrijke preventieve maatregelen op het gebied van hart-vaatziekten, zoals cholesterolverlagende middelen of salicylaten, weten we bijvoorbeeld niet of deze bij vrouwen hetzelfde effect sorteren.

Natuurlijk zijn er plausibele redenen waarom vrouwen van deze trials worden uitgesloten, maar deze redenen lopen nu juist parallel met de cruciale biologische verschillen: mannen en vrouwen kunnen in termen van effectiviteit en tolerantie verschillend reageren op een interventie, de interventie kan invloed hebben op de foetus, de fase in de menstruele cyclus kan leiden tot een andere reactie, vrouwen reageren pre- en postmenopauzaal verschillend op therapie, en orale anticonceptie en behandeling met oestrogenen interfereren met de interventie.³ Al deze redenen weerleggen de juistheid van het biologisch gelijkheidsprincipe. Als men

uitgaat van een gelijk reactiepatroon, kan het geslacht nooit als exclusie criterium gelden.

Deze overgeneralisatie, waarbij in een studie slechts één sekse (de man) wordt bestudeerd, terwijl de resultaten worden gegeneraliseerd naar beide geslachten (de mens), kent een gebrekkige methodische evenpool: de negatie. Het geslacht wordt *niet* vermeld. De *Swart & Lagro-Janssen* constateren dat de meeste studies naar visus- en gehoorstoornissen bij ouderen geen onderscheid maken naar sekse.⁴ De vraag die wij ons systematisch zouden moeten stellen, is of uitkomsten van onderzoeken verschillen naar gelang de sekse verschillend is.

Inmiddels komen er steeds meer bevestigende antwoorden. Alcohol leidt bij vrouwen door een kleinere lichaamslengte, een hoger vetgehalte en een trager afbraakmetabolisme sneller tot leverbeschadiging.⁵ Roken geeft bij vrouwen een groter risico op longkanker, mogelijk als gevolg van een grotere vatbaarheid van vrouwen voor DNA-schade in de longcellen.⁶ Ischemische hartziekten zijn niet alleen naar presentatie verschillend voor mannen en vrouwen, maar ook naar prognose en reactie op therapie.⁷ Diabetes mellitus resulteert bij vrouwen in een grotere kans om een hartinfarct te krijgen dan bij mannen, en atriumfibrilleren vormt bij vrouwen waarschijnlijk een groter risico op een CVA.^{8,9}

Van veel risicofactoren is nog onbekend of zij in gelijke mate beide geslachten treffen. Evenzo weten we van veel aandoeningen niet of het beloop gelijk is voor mannen en vrouwen. Waarom komen auto-immuunziekten zoals reumatoïde artritis, sclerodermie en schildklierfunctiestoornissen, zoveel meer bij vrouwen voor? Juist waar sekseverschillen mogelijk biologische verschillen betreffen, ligt binnen het medisch wetenschappelijk onderzoek een groot terrein braak.

Sekse en epidemiologie

Als belangrijke versturende factoren van sekse worden meestal sociaal-economische status en leeftijd genoemd. Arme mensen – mensen met de laagste sociaal-economische status – hebben meer ziekten en gaan eerder dood dan welgestelden. Deze gezondheidsverschillen tussen arm en rijk zijn groter dan de verschillen tussen de seksen.

Het is duidelijk dat aandoeningen en functionele beperkingen met de leeftijd toenemen en *Meyboom-de Jong & Smith* constateren dat verschillen tussen oud en zeer oud groter zijn dan verschillen tussen mannen en vrouwen binnen één leeftijdscategorie.¹⁰ Binnen vergelijkbare groepen blijkt sekse echter altijd een belangrijke rol te spelen.¹¹ Onderzoek bijvoorbeeld naar de verhouding tussen sociale klasse, sekse en psychische problemen toont aan dat vrouwen vaker lijden aan depressies en angststoornissen en mannen vaker aan persoonlijkheidsstoornissen. In geval van psychische problemen zoeken vrouwen vaker de

oorzaak bij zichzelf of de directe omgeving, terwijl mannen de oorzaak meer bij de maatschappij leggen. Hierbij hebben mannen en vrouwen in de laagste sociaal-economische klasse weliswaar een grotere kans op psychische en psychiatrische problematiek dan hun seksegenoten uit de hogere klasse, maar de aard van de sekseverschillen wijst, ongeacht de klasse, in dezelfde richting.¹²

Een belangrijk probleem bij de interpretatie van dit soort onderzoek is, dat de variabele sekse niet sec verwijst naar biologische kenmerken, maar voor een deel samenhangt met rolpatronen en andere omgevingsfactoren. Vrouw, moeder met baan heeft als variabele een andere betekenis dan man, vader met baan.¹ Daarnaast kunnen meetinstrumenten seksspecifieke vertekeningen geven, vergelijkbaar met de vroegere intelligentietests die meer op mannen waren afgestemd: mannen scoren gemiddeld hoger op ruimtelijke oriëntatie en vrouwen hebben betere verbale vermogens. Ten aanzien van ADL-schalen kan men soortgelijke vertekeningen verwachten.⁴

Bovendien zijn sommige variabelen minder onafhankelijk van elkaar dan ze op het eerste gezicht lijken. Vrouwen hebben in het algemeen een lager opleidings- en beroepsniveau, beide indicatoren van sociale klasse. Vrouwen, en zeker oudere vrouwen, zijn vaker armer dan mannen, en werkende vrouwen vervullen vergelijkenderwijs slechter betaalde banen onder minder goede arbeidsomstandigheden.

Conclusie: zoiets eenvoudigs als sekse is, vergeleken met een gewone variabele of simpele confounder, nog tamelijk complex.

Sekse en interdisciplinariteit

Ziekte heeft betekenis in een levensloop van mensen, en dat levensverhaal ziet er voor mannen en vrouwen, afhankelijk van cultuur en maatschappij, verschillend uit. Maar welke verschillen moeten worden toegeschreven aan seksspecifieke aanleg (*nature*) en welke aan cultureel-opvoedkundig bepaalde factoren (*nurture*)?

Om aan deze onophoudelijke controverse te ontsnappen is binnen het sociaal-psychologisch onderzoek het begrip *gender* geoperationaliseerd. Gender overstijgt het begrip sekse (biologisch geslacht) door sekse te koppelen aan sociale en cultureel-opvoedkundige betekenissen die maken dat een man zich als man en een vrouw zich als vrouw percipieert. Gender verwijst dus naar gedrag, beeldvorming en kenmerken die mannelijkheid en vrouwelijkheid betekenis geven. Voor de huisarts is gender belangrijk om in de hulpverlening sekse te ontkoppelen van automatische 'natuurlijkheden' met betrekking tot eigenschappen, wensen en verlangens van mannen en vrouwen. Dat vrouwelijke ideaalbeelden en ziekten iets met elkaar te maken kunnen hebben, is bijvoorbeeld af te leiden uit de etiologie van eetstoornissen.¹³

Eén omvattende theorie die eventueel gevonden verschillen eenduidig kan verklaren, bestaat niet en zal ook niet gevonden worden. Klachten zijn meervoudig bepaald, zeker op het niveau van de huisartsgeneeskunde. De bestudering van sekseverschillen in ziekte en gezondheid is daarom gebaat bij een integratie van biologische, psychologische en sociologische inzichten. Hierbij zal per onderwerp het belang van sekse steeds opnieuw bekeken moeten worden, evenals het gewicht van de bijdragen vanuit de verschillende disciplines.

De praktijk

Deze multidisciplinaire benadering komt tot uitdrukking in de onderwerpen van dit themanummer. De medische bijdragen zijn gericht op ouderen met chronische aandoeningen. Bij zoveel onbekendheid met het te bestuderen fenomeen ligt het voor de hand dat deze studies voor het merendeel beschrijvend van karakter zijn. Oudere vrouwen lijden vaker dan mannen aan visusstoornissen, hetgeen voor het zelfstandig kunnen blijven functioneren van grote invloed is. Zeker als men bedenkt dat de meeste oudere vrouwen, in tegenstelling tot mannen, alleen wonen. Bovendien blijken vrouwen bij een aantal chronische aandoeningen, zoals diabetes en artrose, meer beperkingen te ervaren dan mannen. Atriumfibrilleren tenslotte blijkt bij vrouwen een groter risico te zijn voor het optreden van een CVA.

Vanuit het psychologisch referentiekader worden vrouwen met overgewicht en met alcoholverslaving beschreven, respectievelijk een typisch vrouwen- en een typisch mannenprobleem. *Vrouwen eten veel vaker dan mannen* te veel om emotionele redenen, en het profijt van vermaageringsdiëten staat daarom ter discussie.¹³ Alcohol heeft bij vrouwelijke alcoholisten een belangrijke functie bij het verwerken van de gevolgen van eerder ondergaan seksueel geweld.¹⁴ Kennis en begrip van de huisarts omtrent het waarom van het drinken maken dat een probleemdrinkster gemakkelijker haar problemen naar voren brengt.

Mannen en vrouwen verschillen sterk in de betekenis die zij aan seksualiteit toekennen. Vrouwen ervaren vooral problemen in het seksuele verlangen: ze ervaren een psychisch tekort. Mannen klagen in hoofdzaak over een gebrekkige uitvoering: over een lichamelijk defect. Dat dit repercussies heeft voor de seksuele hulpverlening, lijdt geen twijfel.¹⁵

De hogere presentatie van psychosociale klachten van vrouwen aan de huisarts heeft volgens de studie van het Transitieproject niets te maken met het feit dat huisartsen bij vrouwen vaker actief naar psychosociale klachten zouden vragen.¹⁶ De mythe over het huisvrouwensyndroom wordt ontkracht in het artikel over moeheid. Juist de dubbele belasting van vrouwen met een baan en kleine

kinderen maakt hen moe, hetgeen voor huisartsen niet onbelangrijk is om te weten.¹

De sociologische invalshoek tenslotte stelt de vraag waarom vrouwen zo veelvuldig lijden aan psychische problemen en zoekt verklaringen in verschillen in maatschappelijke omstandigheden, cultuur en machtsverhoudingen. Deze denkwijze staat verder af van de dagelijkse huisartspraktijk, maar ze is voor de theorievorming onmisbaar.¹⁷

Toine Lagro-Janssen

- 1 Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen bij moeheid. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 412-21.
- 2 Merkatz RB, Temple R, Sobel S, et al. Women in clinical trials of new drugs. *N Engl J Med* 1993; 329: 292-6.
- 3 Bennett JC. Inclusion of women in clinical trials-policies for population subgroups. *N Engl J Med* 1993; 329: 288-91
- 4 De Swart S, Lagro-Janssen T. Visus- en gehoorstoornissen bij ouderen. *Sekseverschillen en de gevolgen voor het functioneren*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 391-7.
- 5 Frezza M, Padova C di, Pozzato G, et al. High blood alcohol levels in women. *N Engl J Med* 1990; 322: 95-9.
- 6 Ryberg D, Hewer A, Phillips DH, Haugen A. Different susceptibility to smoking-induced DNA damage among male and female lung cancer patients. *Cancer Res* 1994; 54: 5801-3.
- 7 Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med* 1993; 329: 247-56.
- 8 De Grauw WJC, Van de Lisdonk EH, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Cardiovascular morbidity and mortality in Type 2 diabetic patients: a 22-year historical cohort study in Dutch general practice. *Diabetic Med* 1995; 12: 117-22.
- 9 Nolet M, Lagro Janssen T. Atriumfibrilleren in de huisartspraktijk. *Sekseverschillen bij risicofactoren en beloop*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 387-90.
- 10 Meyboom-de Jong B, Smith RJA. Sekseverschillen in morbiditeit en functioneren bij ouderen. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 380-6.
- 11 Verbrugge LM. *The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality*. *J Health Soc Behaviour* 1989; 30: 282-304.
- 12 Vereyken J, Bauduin D. *Sociale klasse, sekse en psychische problemen*. Utrecht: NcGv, 1992.
- 13 Van Strien T. *Sekse en eetgedrag*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 398-401.
- 14 Lammers SMM. *Zo'n keurige mevrouw, waarom zou die drinken? Functies van alcohol voor vrouwen met ernstige alcoholproblemen*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 402-6.
- 15 Bezemer W. *Libidoverlies en impotentie. Sekseverschillen en seksuele problemen in de huisartspraktijk*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 407-11.
- 16 Hofmans-Okkes IM, Lamberts H, Mohrs J. *Sekse-bias op het spreekuur? De invloed van de huisarts op de cijfers over psychische en sociale problemen*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 422-30.
- 17 Brinkgreve C. *Het zwakke geslacht. Sociaal-culturele notities*. *Huisarts Wet* 1995; 38(9): 431-5. ■