

GENDER, HEALTH AND HEALTH CARE IN GENERAL PRACTICE

**A comparison between women's health care and
regular health care**

Sekse, gezondheid en gezondheidszorg in de huisartspraktijk

Een vergelijking tussen vrouwengezondheidszorg en reguliere
gezondheidszorg
(met een samenvatting in het Nederlands)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de Rector Magnificus, Prof.dr. J.A. van Ginkel
ingevolge het besluit van het College van Decanen
in het openbaar te verdedigen
op 1 november 1996 des middags te 16.15 uur

door
Adriana van den Brink - Muinen
geboren op 23 juli 1947, te Utrecht

Promotoren: Prof.dr. J.M. Bensing
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Universiteit Utrecht

Prof.dr. B. Meyboom - de Jong
Faculteit der Geneeskunde
Rijksuniversiteit Groningen

Dit proefschrift werd (mede) mogelijk gemaakt met financiële steun van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en uitgevoerd op het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht).

CONTENTS

Preface	9
1 INTRODUCTION	11
1.1 The origin of feminism: the first feminist wave	12
1.2 The origin and history of women's health care: the second feminist wave	13
1.3 Women's health care in Western countries	14
1.4 Women's health centres	15
1.5 Women's health care in the Netherlands	17
1.6 Principles of women's health care	17
1.7 Women's influences on decision-making in health care	18
1.8 Policy on women's health care in the Netherlands	18
1.9 Research problem	20
References	23
2 GENDER DIFFERENCES IN PRACTICE STYLE: A DUTCH STUDY OF GENERAL PRACTITIONERS	25
2.1 Abstract	25
2.2 Introduction	25
2.3 Methods	27
2.4 Results	29
2.4.1 Gender preferences in patient contacts	29
2.4.2 Gender differences in the problems presented	32
2.4.3 Gender effects in provided services	32
2.5 Discussion	35
References	39
3 CONSULTATIONS FOR WOMEN'S HEALTH PROBLEMS: FACTORS INFLUENCING WOMEN'S CHOICE OF SEX OF GENERAL PRACTITIONER	42
3.1 Summary	42
3.2 Introduction	42
3.3 Method	44
3.3.1 Analysis	45
<i>contents</i>	3

3.4	Results	46
3.4.1	Preference for a women general practitioner	47
3.4.2	Treatment	48
3.4.3	Consultation length	51
3.5	Discussion	52
	References	56
4	GENDER, HEALTH AND HEALTH CARE: DIFFERENCES IN FEMALE PRACTICE POPULATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS PROVIDING WOMEN'S HEALTH CARE AND REGULAR HEALTH CARE	58
4.1	Abstract	58
4.2	Introduction	58
4.3	Expectations	60
4.4	Data and methods	61
4.5	Results	65
4.5.1	Differences in characteristics between female practice populations	65
4.5.2	Medical consumption	69
4.5.3	Who chooses for women's health care and why?	71
4.6	Discussion	73
	References	77
5	FACTORS INFLUENCING THE TYPE OF HEALTH PROBLEMS PRESENTED BY WOMEN IN GENERAL PRACTICE: DIFFERENCES BETWEEN WOMEN'S HEALTH CARE AND REGULAR HEALTH CARE	79
5.1	Abstract	79
5.2	Introduction	80
5.3	Literature and hypotheses	81
5.4	Method	84
5.5	Results	87
5.7	Discussion	91
	References	94
6	DIFFERENCES IN TREATMENT: A COMPARISON BETWEEN GENERAL PRACTITIONERS PROVIDING WOMEN'S HEALTH CARE AND REGULAR HEALTH CARE	98
6.1	Abstract	98
6.2	Introduction	99

6.3	Research questions	100
6.4	Methods	101
6.5	Results	104
6.6	Discussion	110
	References	119
7	GENDER AND COMMUNICATION STYLE IN MEDICAL ENCOUNTERS: DIFFERENCES BETWEEN GENERAL PRACTITIONERS PROVIDING WOMEN'S HEALTH CARE AND REGULAR HEALTH CARE	121
7.1	Abstract	121
7.2	Introduction	121
7.3	Method	127
7.4	Results	131
7.5	Discussion	138
	References	143
8	WOMEN'S HEALTH CARE: PRINCIPLES AND PRACTICE	145
8.1	Abstract	145
8.2	Introduction	145
8.3	Methods	147
8.4	Results	150
8.5	Discussion	156
	References	161
9	CONCLUSION	163
	References	178
	SAMENVATTING	179
	LITERATURE	194
	DANKWOORD	204
	CURRICULUM VITAE	205
	<i>contents</i>	5

SEKSE, GEZONDHEID EN GEZONDHEIDSZORG IN DE HUISARTSPRAKTIJK: een vergelijking tussen vrouwengezondheidszorg en reguliere gezondheidszorg

SAMENVATTING

Voortgekomen vanuit de tweede feministische golf eind jaren zestig vestigde zich in 1980, uit kritiek op de heersende gezondheidszorg, in Utrecht het Centrum voor Vrouwengezondheidszorg 'Aletta'. In het Centrum werd informatie gegeven over de gezondheid en gezondheidszorg, en er werden praatgroepen en zelfhulpgroepen gevormd. Het Centrum ontwikkelde een eigen medische deskundigheid. 'Aletta' is inmiddels uitgegroeid tot een landelijk Centrum voor Vrouwengezondheidszorg. Naast informatie en voorlichting over gezondheid en gezondheidszorg, is 'Aletta' betrokken bij scholing en deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Ook is er aan het Centrum een huisartspraktijk verbonden. De praktijk werd opgericht in 1984, er werken momenteel drie huisartsen en twee praktijkassistenten. Uitgangspunt van het handelen is de vrouwengezondheidszorg, waarin het leggen van een relatie tussen de maatschappelijke positie en gezondheidsklachten een belangrijke plaats inneemt.

De vijf principes van de vrouwengezondheidszorg zijn:

- * rekening houden met het vrouw-zijn van patiënten, met hun sekse-identiteit en sekse-rollen;
- * betrekken van de persoonlijke en maatschappelijke situatie van patiënten bij de hulpverlening;
- * stimuleren van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid;
- * met respect behandelen;
- * vermijden van medicalisering.

Daarnaast wordt er specifieke aandacht gegeven aan informatie en voorlichting, welke aspecten tevens belangrijke instrumenten zijn om verwezenlijking van de principes te bereiken. De twee eerstgenoemde principes zijn de belangrijkste en meest onderscheidende principes. De andere drie principes maken ook deel uit van het algemene gedachtengoed van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, zoals dat wordt uitgedragen door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en wordt gedoceerd aan de Vakgroepen Huisartsgeneeskunde van de Universiteiten. Echter, in de vrouwengezondheidszorg wordt nagestreefd een specifieke invulling aan deze drie principes te geven.

De aanleiding tot dit onderzoek is de behoefte aan inzicht in de meerwaarde van de vrouwengezondheidszorg. De algemene vraag die wordt beantwoord is: 'Welke verschillen zijn er in de hulpverlening door vrouwelijke huisartsen die vrouwengezondheidszorg verlenen en vrouwelijke en mannelijke huisartsen die reguliere gezondheidszorg verlenen?'

De resultaten van het onderzoek kunnen bijdragen aan de integratie van de vrouwengezondheidszorg in de reguliere huisartsenzorg en aan de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg in haar geheel.

De relaties tussen sekse, gezondheid en gezondheidszorg huisartsen staan in dit proefschrift centraal.

Eerst wordt gekeken naar algemene verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in hun contacten met vrouwelijke en mannelijke patiënten. Dit gebeurt op basis van gegevens die afkomstig zijn van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (1987-1988). Daarna wordt de soort gezondheidszorg in het onderzoek betrokken, namelijk vrouwengezondheidszorg, verleend in de huisartspraktijk van het Centrum voor Vrouwengezondheidszorg Aletta, en reguliere gezondheidszorg.

De aan de algemene vraag gerelateerde deelvragen worden beantwoord in zeven hoofdstukken, waarin de theoretische achtergrond, de relevante literatuur en de onderzoeksmethoden worden beschreven en bediscussieerd.

Inleiding

Tijdens de eerste feministische golf in het begin van de twintigste eeuw werd er van vele kanten kritiek geuit op de heersende gezondheidszorg. Vrouwen benadrukten naast algemene, ook specifieke aspecten, zoals de sociale misstanden op het werk, de moeder- en kindzorg en het recht op opleiding en kiesrecht voor vrouwen. Een belangrijke voorvechtster van het feminisme was Aletta Jacobs.

Eind jaren zestig resulteerde de tweede feministische golf in de vrouwengezondheidsbeweging. Vrouwen bekritiseerden de vrouw-onvriendelijke houding van de (voornamelijk mannelijke) artsen, de onnodige medicalisering van vrouwenlevens, en de ongeschiktheid van de medische zorg voor specifieke vrouwenproblemen, waarbij ze aanvoerden dat geen rekening werd gehouden met de maatschappelijke positie van de vrouw. Zij vochten voor vrijheid van reproductie en voor wettelijk geregelde en veilige abortus. De vrouwengezondheidszorg die hieruit voortkwam ontwikkelde zich in de Westerse landen verschillend. De betrokkenheid van de betreffende ministeries verschilt nogal per land, evenals het ontstaan van vrouwengezondheidscentra, hun taken en de samen-

werking met reguliere zorginstellingen. In de meeste landen is de zorg beperkt tot specifieke vrouwenproblemen. De basis van de hulpverlening wordt gevormd door de ideeën over vrouwengezondheidszorg, zoals een sekse-specifieke benadering en het rekening houden met de persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden van de patiënt. Het geven van informatie wordt algemeen van groot belang geacht.

Drie centra, in Duitsland, Engeland en Nederland, zijn uitgebreider onderzocht. Deze vrouwengezondheidscentra werken vanuit een feministische visie op gezondheidszorg. Het zijn alle drie nationale centra voor de opleiding en ontwikkeling van de vrouwengezondheidszorg. Verschillen blijken er met name te zijn wat betreft de vrouwen (etnische minderheden of jonge werkende vrouwen) die van deze centra gebruikmaken, de samenwerking met en integratie in de reguliere zorg, en de soort zorgverlening en de betrokkenheid hierbij van vrijwilligers.

De vrouwengezondheidszorg is in Nederland verder ontwikkeld dan in de andere Westerse landen. De aan het Centrum voor Vrouwengezondheidszorg 'Aletta' verbonden huisartspraktijk is - in Nederland en andere Westerse landen - de enige praktijk waar vrouwengezondheidszorg wordt toegepast in de gehele zorgverlening aan patiënten.

Het overheidsbeleid ten aanzien van vrouwengezondheidszorg in Nederland startte in 1983 met de instelling van de 'Projectgroep Vrouwenhulpverlening', die de minister adviseerde over de integratie van de vrouwengezondheidszorg in de reguliere zorg. De instelling van een nieuwe Adviesgroep (in 1988) leidde tot het 'Advies Functies van de Vrouwenhulpverlening'. Om de integratie te stimuleren werd in 1992 het 'Werkprogramma Vrouwenhulpverlening' opgesteld, met zes speerpunten voor beleid, met als belangrijkste opdracht de verschillende partijen te betrekken bij de werkelijke uitvoering van het beleid. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelde in 1966 een nationale Centrale Commissie in die verantwoordelijk is voor de verdere uitvoering van het Werkprogramma.

Het overheidsbeleid ten aanzien van de vrouwengezondheidszorg en de integratie van de principes in de reguliere gezondheidszorg kan als positief worden omschreven. Het leidde onder andere tot de subsidie van het (toenmalige) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Cultuur tot het verstrekken van een subsidie voor dit onderzoek. De resultaten worden hieronder beschreven, te beginnen met verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de reguliere zorg. Deze gegevens hebben als uitgangspunt gediend voor het verdere onderzoek.

Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen

Patiënten, problemen en behandeling

Hoofdstuk 2 behandelt sekseverschillen in patiëntcontacten, gepresenteerde problemen en behandeling van vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

In het algemeen komen meer vrouwen dan mannen bij de huisarts. Van alle spreekuurbezoekers is 62% vrouw. Bij de mannelijke huisartsen ligt dit percentage op 55%, bij de vrouwelijke huisartsen op 71%. Deze oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen is sterker in duo/groepspraktijken waar de vrouw full-time werkt dan in praktijken waar de vrouw part-time werkt. Naarmate dus de mogelijkheid om voor een vrouwelijke huisarts te kiezen groter is, doen vrouwen dit vaker.

Patiënten van vrouwelijke huisartsen zijn over het algemeen jonger dan die van hun mannelijke collega's. Dit geldt voor zowel vrouwelijke als mannelijke patiënten.

Patiënten van vrouwelijke huisartsen presenteren ook andere problemen aan hun huisarts. De sekse van de huisarts is belangrijk in de huisartspraktijk: huisartsen trekken niet alleen meer patiënten van gelijke sekse aan, maar ze zien ook specifieke gezondheidsproblemen, ongeacht de sekse van de patiënt. De soorten gezondheidsproblemen komen overeen met de bestaande stereotypen: 'feminine' gezondheidsproblemen (zoals gynaecologische klachten, zwangerschap/gezinsplanning problemen, en stofwisselingsstoornissen) worden vaker gezien door vrouwelijke huisartsen, terwijl 'masculine' gezondheidsproblemen (zoals problemen aan het bewegingsapparaat en mannelijke genitaliën) vaker worden gepresenteerd aan mannelijke huisartsen, zelfs als er rekening wordt gehouden met de ongelijke verdeling van patiënten.

Vergelijking van de behandeling door mannelijke en vrouwelijke huisartsen laat zien dat vrouwelijke artsen meer adviseren en informatie geven, en meer diagnostische testen (laten) doen, maar minder medicijnen voorschrijven.

Vrouwelijke huisartsen besteden gemiddeld genomen meer tijd aan hun patiënten dan mannelijke huisartsen. Verder zien we bij vrouwelijke huisartsen meer herhaalconsulten, meer vervolgafspraken en in samenhang hiermee minder contacten op het initiatief van de patiënt. Het lijkt erop dat vrouwelijke huisartsen meer aandacht besteden aan continuïteit van zorg. Het kan echter ook worden uitgelegd als het gevolg van een grotere onzekerheid van vrouwelijke dan mannelijke huisartsen over de gestelde diagnose (of hun grotere bereidheid om onzekerheid toe te geven), of de grotere behoefte van vrouwen aan een uitgebreid onderzoek.

Part-time werkende vrouwelijke huisartsen besteden meer tijd aan hun patiënten dan full-timers, met name aan adviseren en informatie geven, welke beide aspecten van belang zijn in de preventieve en psychosociale zorgverlening. Mogelijk als gevolg hiervan, beoordelen part-time vrouwelijke huisartsen de gezondheidsproblemen van hun patiënten vaker in een psychosociale context. Er is dus sprake van zowel een verschil tussen vrouwen en mannen als tussen part-time en full-time werkende huisartsen.

In hoeverre deze verschillen spelen bij specifieke vrouwenproblemen komt vervolgens aan de orde.

Specifieke vrouwenproblemen

Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen wat betreft specifieke vrouwenproblemen worden weergegeven in hoofdstuk 3. Onderzocht zijn menstruatie- en menopauzeklachten, vaginale afscheiding, screening op baarmoederhalskanker en op borstkanker (beide op initiatief van de patiënt). Vrouwelijke huisartsen zien aanzienlijk meer patiënten met deze problemen dan hun mannelijke collega's. Naarmate de vrouwelijke huisarts meer dagdelen per week werkt, wenden vrouwen zich vaker tot haar, en jongere patiënten kiezen eerder voor een vrouw dan oudere patiënten.

De verschillen in de behandeling tussen vrouwelijke en mannelijke artsen zijn klein en betreffen voornamelijk het verbale gedeelte van het consult, zoals advisering en informatie geven. De beschikbaarheid, ervaring en mate van zekerheid over een diagnose verklaren deze verschillen voor een deel.

De langere consultduur van vrouwelijke huisartsen in vergelijking met mannelijke huisartsen komt voor het grootste deel voort uit het grotere aantal problemen dat patiënten aan vrouwelijke huisartsen presenteren, ofwel uit zichzelf ofwel daartoe aangemoedigd door de arts. Part-time werkende, minder ervaren, huisartsen die hun patiënten minder goed kennen hebben langere consulten.

Vrouwen die de huisarts raadplegen voor specifieke vrouwenproblemen geven dus de voorkeur aan een vrouwelijke huisarts. Het blijkt echter dat er, als ze in de spreekkamer zijn, met name verschillen zijn in de arts-patiënt communicatie, en veel minder in de behandeling.

Verschillen in praktijkpopulaties

Hoofdstuk 4 beschrijft de kenmerken van de praktijkpopulaties van de praktijk Aletta, en vrouwelijke en mannelijke huisartsen die reguliere gezondheidszorg verlenen. De motieven van patiënten om voor 'Aletta' te kiezen worden eveneens besproken.

De praktijkpopulatie (het aantal ingeschreven patiënten) van de huisartspraktijk 'Aletta' bestaat voor 84% uit vrouwen, bij de andere vrouwelijke huisartsen is dat 63% , en bij de mannelijke huisartsen (uit dezelfde groepspraktijken) 51%. Omdat de praktijkpopulatie van Aletta dus voor het overgrote deel uit vrouwen bestaat, is het vergelijkende onderzoek beperkt tot vrouwelijke patiënten.

Generaliserend, zou 'de Aletta patiënt' kunnen worden gekarakteriseerd als een jonge, hoog opgeleide, alleenstaande, werkende vrouw, zonder kinderen, met relatief veel psychische en sociale problemen. Daarnaast zijn er in de Aletta praktijk meer vrouwelijke patiënten dan in andere praktijken, die van zichzelf vinden dat ze vrouwelijke eigenschappen, bijvoorbeeld zorgzaam, begrijpend en lief, combineren met eigenschappen die in onze cultuur meer aan mannen worden toegeschreven, zoals onafhankelijk, ambitieus en assertief.

Van de vrouwelijke patiënten behoort 86% tot de leeftijdsgroep van 20-45 jaar. Ruim de helft van deze groep woont alleen, één op de zeven van hen heeft kinderen. Verder heeft twee derde van hen een betaalde, meestal full-time, baan en twee derde heeft een HBO-studie of een universitaire opleiding voltooid.

Uit de patiëntenquête komt naar voren dat de vrouwelijke patiënten van Aletta, in vergelijking met 'de Nederlandse vrouw', minder geneigd zijn hulp bij de huisarts te zoeken, onder andere voor alledaagse aandoeningen. De meesten zeggen dat hun gezondheidstoestand goed tot zeer goed is, evenals de vrouwelijke patiënten van de niet-Aletta huisartsen. Aletta patiënten hebben wel vaker dan andere vrouwen last van psychosomatische problemen, zoals moeheid, hoofdpijn en nervositeit. Dit leidt niet tot meer bezoeken aan de huisarts: ze bezochten, volgens eigen zeggen, ongeveer even vaak de huisarts als patiënten van de 'reguliere' huisartsenzorg. Ze rapporteren in het interview vaker sociale problemen en stress, en een slechtere geestelijke gezondheid. Dit resulteert in een hogere consumptie van de geestelijke gezondheidszorg door Aletta patiënten. Daarnaast maken ze ook vaker gebruik van alternatieve geneeswijzen, zoals homeopathie en haptonomie.

De vrouwelijke patiënten van de vrouwelijke en mannelijke huisartsen die reguliere zorg verlenen verschillen nauwelijks in de kenmerken die hierboven zijn beschreven.

De belangrijkste redenen om voor de praktijk 'Aletta' te kiezen zijn: voorkeur voor een vrouwelijke huisarts; oog hebben voor de eigen mening van de patiënt; het zoeken van niet-medische oplossingen; relatie leggen tussen gezondheidsprobleem en leefsituatie. De principes van de vrouwengezondheidszorg worden in deze motieven gereflecteerd.

Aan de voorkeur voor een vrouwelijke arts ligt met name ten grondslag dat vrouwelijke patiënten zich dan meer op hun gemak voelen bij een lichamelijk

onderzoek, minder schaamtegevoelens hebben, makkelijker praten, en dat ze het gevoel hebben beter begrepen te worden.

Verschillen in aan de huisarts gepresenteerde problemen

In hoofdstuk 5 wordt het verschil nagegaan in het soort gezondheidsproblemen dat wordt gepresenteerd aan de drie groepen huisartsen. De invloed van zowel de verschillende rollen die vrouwen (20-45 jaar) kunnen vervullen (werkende, partner, moeder) als de soort gezondheidszorg op het presenteren van psychologische, sociale en puur somatische problemen wordt onderzocht.

Aletta patiënten presenteerden meer psychische en sociale problemen, maar minder puur somatische klachten dan patiënten van andere vrouwelijke en van mannelijke huisartsen. De laag opgeleide Aletta patiënten komen met de genoemde problemen vaker bij hun huisarts dan de hoog opgeleiden.

Er zijn weinig verschillen in gepresenteerde problemen tussen patiënten van vrouwelijke en mannelijke huisartsen die reguliere zorg verlenen.

Het zoeken naar verklaringen voor deze verschillen laat zien dat bij vrouwen in het algemeen (dus zowel Aletta patiënten als andere patiënten) de mate waarin iemand werkt het presenteren van de genoemde problemen niet beïnvloedt. Voor vrouwen met een partner en vrouwen met thuiswonende kinderen is de kans op het bezoeken van de huisarts voor psychische problemen kleiner dan voor hun tegenhangers. Maar vrouwen met partner hebben meer kans op het presenteren van somatische gezondheidsproblemen. De leefsituatie (partner en/of thuiswonende kinderen) heeft geen invloed op het huisartsbezoek voor sociale problemen. De kans dat er psychische en sociale problemen aan de huisarts worden gepresenteerd is hoger voor laag opgeleide vrouwen dan voor hoog opgeleide vrouwen.

Ongeacht andere factoren (opleiding, werk, wel of geen partner en/of kinderen) is de kans dat Aletta patiënten psychische problemen presenteren groter dan bij andere patiënten. Hetzelfde geldt voor sociale problemen, maar de kans dat puur somatische problemen worden gepresenteerd minder groot is. Hieruit blijkt dat er binnen de Aletta praktijk een bijzondere probleemgroep is, namelijk een (kleine) groep patiënten die niet alleen een lage opleiding heeft maar ook, in vergelijking met andere laag opgeleide vrouwen, veel psychische en sociale problemen heeft.

De relatie tussen opleiding en gezondheid is duidelijker; laag opgeleiden gaan vaker naar de dokter in verband met psychosociale problemen dan hoog opgeleiden.

Patiënten van vrouwelijke, niet-Aletta huisartsen verschillen niet van patiënten van mannelijke collega's in de kans op het presenteren van psychische, sociale en somatische problemen. De verschillen in de soorten problemen die aan de huisarts worden gepresenteerd blijken zowel te zijn gerelateerd aan patiëntkenmerken (rollen, opleiding) als aan de soort gezondheidszorg (vrouwengezondheidszorg of reguliere zorg), meer dan aan de sekse van de huisarts.

Verschillen in behandelingen

Hoofdstuk 6 heeft de behandeling van de patiënt tot onderwerp. Aan de hand van diagnoses die zijn gesteld in huisarts-spreekuurcontacten met betrekking tot klachten die voor de eerste keer werden gepresenteerd door vrouwelijke patiënten van 20-45 jaar, is nagegaan op welke wijze Aletta artsen en andere vrouwelijke en mannelijke artsen van elkaar verschillen.

Het blijkt dat de Aletta artsen minder lichamelijke onderzoeken doen, vaker even willen afwachten hoe de klacht verloopt, vaker medische adviezen geven zonder een recept uit te schrijven, en vaker leefregels geven. Ze schrijven minder vaak medicijnen voor in vergelijking tot de andere vrouwelijke en de mannelijke artsen. Voorts verwijzen de Aletta artsen vaker patiënten naar de geestelijke gezondheidszorg en de fysiotherapeut.

Ten slotte duurt ongeveer de helft van hun consulten langer dan 10 minuten, bij andere vrouwelijke huisartsen geldt dit voor een derde van de consulten, bij mannelijke huisartsen voor een vijfde. De andere vrouwelijke huisartsen verschillen op hun beurt eveneens van hun mannelijke collega's, zoals eerder is gebleken. Het verschil tussen de Aletta artsen en mannelijke artsen is echter groter.

Vervolgens zijn er verklaringen gezocht voor de geconstateerde verschillen. Indien het opleidingsniveau van de patiënt, het soort klacht en het aantal klachten per consult, en de (on)zekerheid van de huisarts over de diagnose in aanmerking worden genomen, komt er een ander beeld naar voren. Dit geldt met name voor de verschillen tussen de vrouwelijke en mannelijke huisartsen uit de reguliere zorg. Deze vallen dan weg (de verschillen zijn niet meer statistisch significant). De verschillen tussen Aletta artsen en reguliere artsen blijven grotendeels bestaan. Een uitzondering hierop is dat het verschil in lange consulten (> 10 minuten) verdwijnt. Dit is voor het grootste deel toe te schrijven aan het gemiddeld groter aantal klachten van Aletta patiënten per consult.

Het principe 'vermijding van medicalisering' wordt deels weerspiegeld in de behandeling door de Aletta artsen, met name in het voorschrijfgedrag van de

Aletta huisartsen. De andere principes komen niet naar voren in de verrichtingen van de huisartsen.

Verschillen in arts-patiënt communicatie

In hoofdstuk 7 worden de verschillen in communicatiestijl van de drie groepen huisartsen nagegaan. De wijze waarop patiënten worden bejegend (op verbale en non-verbale wijze), is via video-opnamen van spreekuurconsulten van vrouwelijke patiënten van 15 jaar en ouder onderzocht. In totaal zijn 405 consulten geobserveerd van vier Aletta artsen, en acht vrouwelijke en acht mannelijke artsen uit de reguliere zorgverlening. Dit is gebeurd met behulp van een observatieprotocol, waarbij het affectief en instrumenteel gedrag van huisartsen én patiënten is geanalyseerd. Onder affectief gedrag wordt verstaan verbale aandacht, zoals instemming tonen, parafraseren, meeleven; bezorgdheid tonen en geruststellen; sociaal gedrag, bijvoorbeeld persoonlijke opmerkingen, grapjes en complimenten maken; en afkeurende opmerkingen. Instrumenteel gedrag omvat het geven van informatie, stellen van vragen en adviseren over medische en psychosociale onderwerpen; vragen om verduidelijking; geven van aanwijzingen.

Deze twee soorten gedrag corresponderen met de twee belangrijkste doelstellingen van het medisch consult, te weten het creëren van een therapeutische relatie (caring) en het uitwisselen van informatie, teneinde het gezondheidsprobleem op te lossen (curing). Daarnaast zijn nog globale maten gebruikt voor affectief en patiëntgeoriënteerd gedrag.

Tijdens consulten in de Aletta praktijk wordt het meest gepraat, de huisarts heeft hierin het grootste aandeel. In consulten in de reguliere zorg van vrouwelijke en mannelijke huisartsen wordt minder gesproken. De patiënten van de vrouwelijke niet-Aletta artsen praten 't meest in vergelijking tot andere patiënten. Het feit dat de Aletta artsen het meest praten is een gevolg van het geven van meer informatie, voorlichting en advies aan hun patiënten (instrumenteel gedrag), met name op medisch gebied. Dit is een belangrijk aspect van de vrouwenhulpverlening, want het kan bijdragen aan het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. In het Vrouwegezondheidscentrum is dan ook een speciaal informatiecentrum gevestigd, waar hulpverleners en patiënten terecht kunnen met vragen.

Tussen de andere vrouwelijke en de mannelijke artsen zijn weinig verschillen gevonden in communicatief gedrag. Wel is een belangrijk verschil dat de vrouwelijke artsen in verhouding meer aandacht geven aan psychosociale dan

medische zaken tijdens de informatie-uitwisseling in vergelijking tot hun mannelijke collega's uit de reguliere zorg.

Wat betreft affectief gedrag blijken de Aletta artsen de meeste verbale aandacht te geven aan hun patiënten, zoals het tonen van instemming, empathie (zowel verbaal als nonverbaal, via oogcontact, meeleven met en zich inleven in de patiënt), en parafraseren.

Uit eerder onderzoek kwam naar voren dat het aankijken van patiënten door de arts een belangrijk middel is om interesse in de patiënt en diens problemen te tonen en om de patiënt aan te moedigen over problemen te praten die anders verborgen zouden blijven. Uit dit onderzoek blijkt dat de Aletta artsen hun patiënten veel meer aankijken dan de andere huisartsen, zowel vrouwen als mannen.

Ook wat betreft andere aspecten van affectief gedrag blijken Aletta artsen hoger te scoren. Hoewel alle huisartsen in het algemeen weinig geïrriteerd zijn en meestal vriendelijk zijn, komen de Aletta artsen nog minder geïrriteerd en nog vaker vriendelijk over dan de andere huisartsen.

Voor het overige komt de communicatiestijl van de drie groepen huisartsen vrijwel overeen. Er is bijvoorbeeld geen verschil in patiënt-georiënteerd gedrag.

De patiënten van Aletta en van andere vrouwelijke huisartsen lijken meer op elkaar in het consult dan op patiënten van mannelijke huisartsen. Ze zijn wat minder vaak geïrriteerd en nerveus dan patiënten van mannelijke artsen, en ze zijn wat vriendelijker. Overigens geldt, net als bij de huisartsen, ook voor de patiënten dat irritatie weinig voorkomt. Maar Aletta patiënten zijn assertiever en tonen, net als hun artsen, meer verbale aandacht dan andere patiënten.

Verder valt op dat patiënten van vrouwelijke niet-Aletta artsen meer vertellen over psychosociale onderwerpen dan andere patiënten, en meer medisch relevante informatie geven in vergelijking met patiënten van hun mannelijke collega's.

Samenvattend kan de communicatiestijl van de Aletta artsen het best wordt omschreven als caring én curing, corresponderend met affectief en instrumenteel gedrag. De principes van de vrouwegezondheidszorg worden voor een deel weerspiegeld in de verbale en nonverbale communicatie met hun patiënten. De meeste kenmerken van de Aletta artsen passen ook bij de andere vrouwelijke huisartsen. Het communicatief gedrag van de mannelijke artsen is in de meeste opzichten wat minder uitgesproken. De verschillen tussen de huisartsen worden weerspiegeld in de communicatiestijl van hun patiënten.

Principes in de praktijk

In hoofdstuk 8 staat de vraag centraal hoe de principes van de vrouwengezondheidszorg worden toegepast in de praktijk. Hiervoor zijn dezelfde video-opnamen gebruikt als voor het onderzoek naar de arts-patiënt communicatie. Deze vraag wordt beantwoord aan de hand van een speciaal daartoe ontworpen observatie-protocol, het 'Women's health care Analysis System'. De vijf principes zijn ieder geoperationaliseerd in een aantal subcategorieën en vormen zo 5 schalen: rekening houden met de sekse-identiteit en sekse-rollen; rekening houden met de persoonlijke en sociale positie; respect tonen; stimuleren van zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid; vermijden van medicalisering.

Het bleek dat de eerste vier schalen een goede betrouwbaarheid hebben. De schaal voor 'vermijding van medicalisering' was echter niet bruikbaar, in de verdere analyses is daarom gebruik gemaakt van de globale score voor dit principe.

Eerst worden de subcategorieën afzonderlijk beschreven. De verschillende aspecten van het principe 'rekening houden met de sekse-identiteit en sekse-rollen' wordt door beide groepen vrouwelijke huisartsen weinig, maar ongeveer op gelijke wijze toegepast. In hun consulten wordt vaker dan bij mannelijke huisartsen duidelijk dat ze patiënten stimuleren om te praten over problemen die schaamte oproepen of waarop een taboe rust. Ook houden ze vaker rekening met de gevoelens en eerdere ervaringen van patiënten dan mannelijke huisartsen. Aletta artsen laten vaker zien dat ze rekening houden met de sekse-identiteit van de patiënt.

De aspecten die horen bij het principe 'rekening houden met de persoonlijke en sociale positie' worden eveneens vaker door vrouwelijke artsen toegepast dan door hun mannelijke collega's. Dat betreft met name het betrekken van de leefsituatie bij de klachten die gepresenteerd worden, en het verband laten zien daartussen.

Alle huisartsen blijken in grote mate 'respect te tonen' voor de patiënt. De belangrijkste verschillen die zijn gevonden betreffen de vraag of patiënten tevreden zijn over het consult, en het accepteren van de normen en waarden van de patiënt. Dit wordt vaker gedaan door vrouwelijke artsen (Aletta en niet-Aletta artsen).

'Het stimuleren van verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid' wordt vaker duidelijk in consulten van Aletta artsen dan van andere artsen, en dan met name in het vragen naar de mening van de patiënt en het geven van alternatieven en informatie. Verder betrekken beide groepen vrouwelijke huisartsen de patiënt vaker bij een beslissing, en vragen ze meer naar wat de patiënt zelf heeft gedaan aan het probleem.

De vrouwelijke artsen hebben meer aandacht voor preventie en er wordt vaker een vervolgsconsult afgesproken, vooral door Aletta artsen. De laatsten wijzen ook vaker op de voor- en nadelen van medicijnen of een verwijzing naar andere hulpverleners.

De toepassing van de principes is vervolgens nagegaan aan de hand van de gevormde schalen, waarbij rekening is gehouden met het aantal gepresenteerde problemen en of het een eerste of herhaalconsult betrof. In de toepassing van de twee eerste principes (rekening houden met sekse-rollen, -identiteit, met de persoonlijke en sociale situatie) verschillen de huisartsen niet, hoewel er wel aanwijzingen lijken te zijn dat vrouwelijke artsen ze vaker toepassen. De drie resterende principes (respect tonen; stimuleren van zelfredzaamheid en verantwoordelijkheid; vermijding van medicalisering) blijken vaker in de praktijk van Aletta artsen dan van andere artsen zichtbaar.

De principes van de vrouwegezondheidszorg komen het duidelijkst naar voren in de dagelijkse praktijk van vrouwelijke artsen, en dan met name van de Aletta artsen.

Conclusies en aanbevelingen

Ten slotte worden de belangrijkste resultaten in het slothoofdstuk (9) besproken, maar niet dan nadat eerst is ingegaan op enige belangrijke methodologische aspecten. Aan bod komen onder andere de gegevensbronnen, de wijze van gegevensverzameling zoals registratie en video-observatie, de selectie van de huisartspraktijken en patiënten, en de generaliseerbaarheid van de resultaten. Vervolgens worden op basis van de resultaten aanbevelingen gedaan op het terrein van de opleiding van (huis)artsen, toekomstig onderzoek en gezondheidszorgbeleid.

Omdat de Aletta praktijk de enige huisartspraktijk is waar vrouwegezondheidszorg wordt toegepast is de vergelijking noodzakelijkerwijze beperkt tot de Aletta praktijk versus (21) reguliere praktijken (23 vrouwelijke en 27 mannelijke huisartsen). Echter, er is zoveel mogelijk gepoogd de vergelijkbaarheid te vergroten, zoals via selectie van groepspraktijken; het gebruik van dezelfde meetinstrumenten in de Aletta Studie als in de Nationale Studie; het gebruik van multi-level analyse. De generaliseerbaarheid wordt met name beperkt door de afwijkende samenstelling van de praktijkpopulatie van Aletta, met hun relatief hoge aantal psychische en sociale problemen. Zij lijken een specifieke subgroep te vormen van de 'jonge, hoog opgeleide, alleen wonende, werkende Nederlandse vrouwen zonder kinderen'. Hoewel in het onderzoek rekening is

gehouden met de afwijkende kenmerken van Aletta patiënten, blijft dit een probleem dat niet opgelost is.

Dit onderzoek is van belang omdat de Aletta artsen worden gezien als de voorlopers en drijvende kracht van de vrouwengezondheidszorg, een vrij recent soort gezondheidszorg die is gericht op de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor vrouwen. Echter, ook vrouwelijke (en mannelijke) huisartsen die reguliere zorg verlenen zijn hier structureel mee bezig, gebaseerd op het gedachtegoed dat wordt uitgedragen door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Hun streven, speciaal van de vrouwelijke artsen, naar het verbeteren van de gezondheidszorg voor vrouwen, lukt te worden uitgedrukt in de weinige verschillen die zijn gevonden tussen de Aletta huisartsen en de andere vrouwelijke huisartsen.

De vergelijking tussen vrouwengezondheidszorg en reguliere zorg is in maatschappelijk en wetenschappelijk opzicht van groot belang, niettegenstaande de genoemde beperkingen.

Een verklaring voor de toch redelijk grote overeenkomst tussen de Aletta artsen die vrouwengezondheidszorg verlenen en de huisartsen die reguliere zorg verlenen kan zijn dat alle huisartsen, óók de Aletta artsen, eenzelfde beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd. Echter, in hun dagelijkse praktijkuitoefening gebruiken de Aletta artsen de principes van de vrouwengezondheidszorg als leidraad. Een andere verklaring is dat de andere vrouwelijke artsen ook structureel werken aan de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor vrouwen.

Op basis van de resultaten van het onderzoek wordt gesteld dat het gezondheidszorgbeleid maatregelen moet nemen op het gebied van (1) (huis)artsopleiding; (2) arbeidsvoorwaarden; (3) verspreiding van de principes van de vrouwengezondheidszorg over de reguliere zorg op grotere schaal.

Dit heeft met name betrekking op de belangrijkste en meest onderscheidende aspecten in de vrouwengezondheidszorg zijn: veel informatie geven; minder voorschrijven van medicijnen; en meer communicatieve vaardigheden als verbale aandacht en oogcontact. Aanbevelingen aangaande deze aspecten worden hieronder samengevat.

Opleiding

De wijze waarop de principes van de vrouwengezondheidszorg worden toegepast in de praktijk zouden geïntegreerd kunnen worden in de opleiding tot huisarts en in het basiscurriculum van toekomstige artsen (huisartsen en medisch specialisten).

In het Centrum voor Vrouwengezondheidszorg Aletta wordt op academisch niveau kennis ontwikkeld en toepasbaar gemaakt, vooral in de eerste lijn. Het

overbrengen van deze kennis zou kunnen worden uitgebreid naar andere hulpverleners, ook in de tweede lijn.

Ook nodig is meer aandacht voor goede informatieverstrekking, omdat juiste informatie kan bijdragen aan de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van de patiënt.

Bovendien is en blijft het nodig om de communicatieve vaardigheden te verbeteren, omdat dit een verhoging van de kwaliteit van zorg met zich brengt.

Onderzoek

Dit onderzoek is grotendeels gericht op contacten van vrouwelijke patiënten met vrouwelijke of mannelijke huisartsen, omdat in de Aletta praktijk voornamelijk vrouwen patiënt zijn. Interessant zou zijn om in een volgend onderzoek ook consulten van mannelijke patiënten met vrouwelijke en mannelijke artsen te bestuderen. Tevens kan dan - voor vrouwelijke patiënten - een vergelijking in de tijd worden gemaakt. In het licht van de veranderende houding ten opzichte van de vrouwegezondheidszorg lijkt dit zeer zinvol.

Voorts zou moeten worden onderzocht in welke mate part-time werken bijdraagt aan verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen, gezien het feit dat ook steeds meer mannen part-time willen gaan werken.

Tenslotte is het interessant na te gaan via internationaal onderzoek in hoeverre de structurele kenmerken van de gezondheidszorgsystemen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld arts-patiënt communicatie, beïnvloeden.

Gezondheidszorgbeleid

Gezien de voorkeur van veel vrouwelijke patiënten voor een vrouwelijke huisarts zouden maatregelen moeten worden genomen om het aantal vrouwelijke huisartsen te vergroten. Want er wordt verwacht dat, ondanks het feit dat steeds meer vrouwen een medische studie volgen, in de toekomst slechts 30% van hen daadwerkelijk als huisarts zal gaan praktiseren. De mogelijkheid tot part-time werken moet worden gegeven om werk en kinderen te kunnen combineren.

In het licht van de kosten van de gezondheidszorg is het voorschrijfgedrag van huisartsen belangrijk. Dit onderzoek laat zien dat vrouwelijke artsen, met name de Aletta artsen, minder medicijnen voorschrijven, maar wel meer diagnostiek (laten) doen. In hoeverre dit een verlaging respectievelijk een verhoging van de kosten voor de gezondheidszorg meebrengt en de kwaliteit van de gezondheidszorg beïnvloedt, zou onderwerp van verdere studie moeten zijn.

De wijze waarop de principes van de vrouwegezondheidszorg zouden moeten verspreid over de reguliere zorg is nog steeds onderwerp van discussie. Inbedding in opleiding, nascholing, protocols en standaarden zou een goede manier zijn. Een andere mogelijkheid zou zijn te streven naar 'integratie vanuit coöpe-

ratie', waarbij het Vrouwengezondheidszorg Aletta zou functioneren als een onafhankelijk instituut, en tevens kan bijdragen aan het verspreiden en implementeren van kennis op het gebied van vrouwengezondheidszorg.

Voor de integratie is van belang dat de reguliere zorg, met name de tweedelijns gezondheidszorg, meer ontvankelijk zou moeten zijn voor de kennis en ervaring van de vrouwengezondheidszorg.

Het blijkt dat niet alleen de vrouwengezondheidszorg, maar ook de reguliere zorg al veel heeft gedaan ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Niettemin zou het wenselijk zijn sommige aspecten van de vrouwengezondheidszorg te integreren in de reguliere zorg, om de kwaliteit van de gezondheidszorg te bevorderen voor vrouwen én mannen, kortom voor iedereen.

DANKWOORD

Dank zij de hulp en het enthousiasme van velen is dit proefschrift tot een goed einde gebracht. Maar als eerste wil ik toch mijn directe begeleiders bedanken. Jozien Bensing, psycholoog en mijn eerste promotor, die met altijd opbouwende kritiek en creativiteit mij stimuleerde en ondersteunde om 'er iets moois van te maken' - zoals zij mij bij het begin van dit onderzoek beloofde. Betty Meyboom-de Jong was als 'promotor op afstand' eveneens een kundige begeleider, die als hoogleraar/huisarts vanuit een ander perspectief mijn concepten beoordeelde. Natuurlijk droegen ook mijn projectleiders, Peter Verhaak en Dinny de Bakker, bij aan de voortgang en uiteindelijke voltooiing van het onderzoek, net als de leden van de Begeleidingscommissie van het onderzoek (zie het voorwoord) en vele collega's op het NIVEL. Wilma Caris-Verhallen en Ellen Sebregts zagen vele video-opnamen aan hun ogen voorbijkomen, en observeerden deze nauwgezet. Truus Teunissen schreef als stagiaire haar doctoraalscriptie over de ontwikkeling en praktijk van de vrouwengezondheidszorg in internationaal perspectief.

Als ik met een vraag of probleem zat, kon ik bij Jan Kerssens, Jack Hutten, mijn kamergenoten Madelon Kroneman en Gerlinde Paas, en andere collega's altijd terecht. Dat geldt ook voor Jan Gravestein, Han van Snellenberg en Peter Spreeuwenberg, die mij met name bij het analyseren en het maken van databestanden behulpzaam waren. Jan van der Steen was onmisbaar als de meest nauwgezette veldwerker die ik me kan voorstellen. Voor Christel van Aalst geldt dit voor wat betreft de invoer van de gegevens op de computer.

Dit brengt mij bij diegenen zonder wie dit onderzoek niet mogelijk was geweest: de huisartsen van de praktijk 'Aletta'. Zij waren bereid de 'Nationale Studie' in het klein over te doen, wat zeker geen sinecure was. Bovendien waren zij, net als een aantal artsen die eerder aan de Nationale Studie hadden deelgenomen, bereid hun consulten op video te laten opnemen en anderen in hun keuken te laten kijken. Dat is niet altijd leuk, ook niet voor de patiënten. Niettemin deden veel patiënten mee, en vulden bovendien nog vragenlijsten in.

En natuurlijk had zonder de nauwgezetheid van Bernadette Kamphuys en de creativiteit van Mieke Cornelius dit proefschrift er nooit zo mooi uitgezien!

Tenslotte waren de steun, stimulans en interesse van Wim, mijn kinderen Jan-Willem en Ingrid, verdere familie en vrienden, van wie ik Noortje en Hanneke die paranimf zijn bij de promotie speciaal wil noemen, onontbeerlijk en heerlijk.

CURRICULUM VITAE

Atie Muinen werd geboren op 23 juli 1947, in Utrecht. Tegelijk met haar zagen twee zusjes, Ineke en Lia, het levenslicht! In 1965 behaalde zij het diploma Gymnasium beta. Daarna ging zij naar de Laboratoriumschool, waar zij in 1967 het diploma 'Algemeen Klinisch Analist' behaalde. Als bacteriologisch analist was zij gedurende vijf jaar werkzaam in het Diakonessenhuis te Utrecht. Na haar verhuizing naar Gouda, werkte zij 15 jaar als part-time bacteriologisch analist op het Laboratorium van de Goudse Ziekenhuizen. Intussen was zij in 1982 begonnen met de deeltijdopleiding Sociologie aan de Universiteit Utrecht. Deze studie zette zij, na het behalen van het propaedeutisch examen, voort aan de Universiteit van Amsterdam. Daar behaalde zij in 1989 haar doctoraal examen Sociologie. Sinds 1988 werkt zij, met enige korte onderbrekingen, op het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), eerst als stagiaire, student-assistent en assistent-onderzoeker en sinds 1990 als onderzoeker.

Sinds 1992 houdt zij zich bezig met onderzoek naar verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen, wat heeft geleid tot het schrijven van dit proefschrift. De communicatie tussen arts en patiënt heeft haar speciale aandacht, wat blijkt uit haar huidige onderzoek naar verschillen in arts-patiënt communicatie in Europese landen.

Atie is inmiddels al meer dan 25 jaar getrouwd met mr. Wim van den Brink, en heeft twee studerende kinderen: Jan-Willem en Ingrid.

