



Hoogleraar Sabine Dertelt-Prigione is internist en hoogleraar met leerstoelen aan het Radboudumc (gender in eerstelijns geneeskunde en transmurale zorg) en de Universitat Bielefeld (seks- en gendersensitieve gezondheidszorg). Ze heeft een achtergrond als arts maatschappij en gezondheid en een master in public health.

# 'Gender en sekse zijn verweven in elk consult'

Frank van Wijk, Femke Veldman, Loes Wouters

**Het is de missie van hoogleraar Sabine Oertelt om genderbewustzijn een structurele plaats te geven in de medische opleiding, in onderzoek en in richtlijnen. Artsen – ook huisartsen – moeten voorbij aannames over sekse en gender komen en genderbewustzijn en genderrollen bespreekbaar maken in de spreekkamer.**

Lange tijd heeft Oertelt tot op zekere hoogte reden gehad om tevreden te zijn over de aandacht voor het belang van genderbewustzijn in de zorg. 'De aandacht hiervoor is de afgelopen decennia internationaal enorm gegroeid,' zegt ze. 'In Nederland heeft het ministerie van VWS ook een vrouwengezondheidsagenda opgesteld, om de aandacht en kennis over vrouwengezondheid te verbreden en verbeteren.' Waarom is die tevredenheid dan toch begrensd? Om 2 redenen. 'Ten eerste omdat het nog heel veel over vrouw-specifieke aandoeningen gaat in de zin van gynaecologie, fertiliteit en dat soort thema's. Sekse en gender spelen een veel minder grote rol. Ik ben blij dat het onderwerp op de agenda staat, maar het zou veel breder kunnen.' In de afgelopen decennia speelde die ontwikkeling zich ook wel af. Maar het is om de tweede reden dat Oertelt nu toch somberder gestemd is. 'We zien nu vooral vanuit de

dat vrouwengezondheid op de agenda staat, maar we moeten zorgen dat het de inclusiviteit behoudt waar we op weg naartoe waren.'

## ONDERWIJS, OPLEIDING EN ONDERZOEK

Als het om onderwijs en opleiding gaat, zegt Oertelt, dan is de plaats die gender en sekse erin krijgen nog steeds sterk afhankelijk van wie ervoor verantwoordelijk is. 'Het is hier en daar wel aanwezig,' zegt ze. 'Er worden ook wel middagen georganiseerd over sekse en gender voor de aiossen, vaak door iemand die er interesse in heeft. Maar het is niet structureel veranderd in onderwijs en opleiding. Dat gebeurt alleen als er iemand is die zich er sterk voor maakt. Wat dit betreft zitten we nog steeds in een ontwikkelingsproces. En dit is niet specifiek voor Nederland, je ziet dit Europabreed.'

Wat onderzoek betreft zullen de Verenigde Staten voorlopig geen rol meer spelen, verwacht ze. 'Maar Canada is ook altijd een koploper geweest en gaat wel door,' zegt ze. 'En op het niveau van de Europese Unie en Nederland zijn er subsidieverstrekkers die bij onderzoekaanvragen willen weten welke rol sekse en gender daarin spelen en of het ook wordt meegenomen in de analyses. Dit heeft in de afgelopen 5 jaar een enorme groei in kennis opgeleverd en we mogen hopen op verdere groei. Dat is ook nodig om de kennis naar de praktijk te brengen, want dat gebeurt nog steeds te weinig.' Haar eigen onderzoeksgroep houdt zich juist bezig met die implementatie. Hierin is net een project afgerond waarin is gekeken in hoeverre sekse en gender in richtlijnen worden meegenomen. 'Dat is teleurstellend,' zegt ze. 'Minder dan 1% van de aanbevelingen binnen de Europese richtlijnen in het hele interne geneeskunde veld is gericht op sekse- en gendersverschillen. Als het over vrouwen gaat is het hoofdthema nog steeds zwangerschap en seksualiteit.'

## 'Minder dan 1% van de aanbevelingen binnen de Europese richtlijnen in de interne geneeskunde is gericht op sekse- en gendersverschillen'

Verenigde Staten stappen terug als het om productieve rechten gaat, maar ook over wat vrouwengezondheid is. Het wordt weer heel sterk beperkt tot thema's die alleen maar voor biologische cisvrouwen belangrijk zijn. Een van de eerste decreten die Donald Trump als president tekende, stelt dat er maar 2 sekse zijn: mannelijk en vrouwelijk. Dat betekent dat iedereen die intersekse is – en die mensen bestaan gewoon – met een handtekening is weggeduwd. Dat heeft enorme consequenties voor onderzoek, voor de mensen om wie het gaat en voor het maatschappelijk discours over het thema. Ook in Europa zien we een beweging in die richting. Het is belangrijk

## PRIORITEITEN EN DATA

Hierin iets veranderen vraagt een actieve rol van de onderzoekscommissie om prioriteiten te stellen, zegt ze. 'En om aan te geven waar de kennishiaten zitten en dus te zeggen: dit weten we niet, hierover kunnen we geen aanbevelingen doen. Maar het vraagt ook om data. In de klinische onderzoeken die een recente richtlijn van de Europese Vereniging voor Cardiologie onderbouwen is maar 27% van de deelnemers vrouw. Dat is een hindernis om tot robuuste analyses te komen.'



Foto: Hengst Schreier

Wat dit betreft was de coronapandemie een leerzame, maar ook ontluisterende tijd voor haar. 'We hebben daarin onderzocht in hoeverre sekse- en genderanalyses gemaakt werden in gepubliceerde onderzoeken, zegt ze. 'Het was met die pandemie de eerste keer dat er heel veel media-aandacht was voor het belang van sekse en gender. Het was immers zo dat mannen vaker doodgingen en een slechtere prognose hadden. De verwachting was dus dat dit zeker meegenomen zou worden in trials. Maar zelfs in die tijd had slechts 1 op de 5 onderzoeken een sekse- en genderspecifieke analyse. Het was nog steeds geen *standard practice*. En als je het niet verankert of institutionaliseert, gebeurt het ook gewoon niet.'

### AANNAMES

Wat hierin meespeelt, is dat artsen bepaalde aannames kunnen hebben over het onderwerp. 'Het heeft te maken met hoe gender bespreekbaar wordt gemaakt', vertelt Oertelt. 'In de maatschappelijke discussie wordt het alleen maar verbonden met transgenderzorg. Een belangrijk aspect, maar het is niet alles. Sekse is wat in het lichaam gebeurt en gender is wat je daarmee doet. Hoe beschrijf je het qua symptomen? Hoe ga je ermee om qua levenskwaliteit? Hoe communiceer je erover? Als je dat beseft, beseft je ook dat het verweven is in elk consult. Het wordt dan veel belangrijker voor onszelf als artsen en voor de interactie met de patiënt.'

Naar dit beseft handelen, ziet ze als een mooie manier om een meer holistische en empathische communicatie met de patiënt op te bouwen. 'Het helpt je om tot een betere relatie met de patiënt te komen', zegt ze, 'om vertrouwen op te bouwen. Ik zie dat vooral genderdiverse patiënten het erg waarderen als je gewoon open bent en durft te vragen: 'Hoe is dat voor jou, hoe sta jij hier in?' Dat soort kwetsbaarheid laten zien in de spreekkamer is heel belangrijk voor patiënten.'

## 'Artsen kunnen bepaalde aannames doen, dat heeft te maken met hoe gender bespreekbaar wordt gemaakt'

### DEFENING VOOR DE HUISARTS

In dit laatste zit ook een aanwijzing voor wat de huisarts met dit thema kan doen, om genderbewustzijn en genderrollen bespreekbaar te maken in de spreekkamer. 'Ik kan huisartsen een oefening meegeven die ik zelf ook graag deed', vertelt Oertelt. 'Je kunt aan het eind van de dag of de week 1 of 2 patiënten eruit pikken van wie je denkt dat hun casus interessant of ingewikkeld is. Over hen kun je jezelf de vraag stellen wat je aannames zijn geweest toen die persoon de spreekkamer binnenkwam. Wat dacht je over die persoon? Welke stereotypen kwamen in je op? En dan kun je jezelf de vraag stellen of die aannames klopten.'

Een vorm van kritische zelfreflectie die weinig tijd kost én leerzaam is, stelt ze. 'Heel vaak zul je niet weten of je aannames klopten. Sommige hoef je misschien ook niet te weten, maar van andere kun je concluderen dat je het fijn zou vinden als je wist of ze kloppen. Als je dit een aantal weken doet, zie je welke vragen belangrijk zijn om te stellen en kom je in een proces van bewustwording over wat je eigen stereotypen zijn.' ■



Dit interview is ook te beluisteren als podcast via je favoriete podcastapp of [heww.org/podcast1-overzicht](https://heww.org/podcast1-overzicht).