

SEKSESENSITIVITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG: VERSCHUIVINGEN IN LEGITIMATIE EN EMPIRISCHE EVIDENTIE

Verschuivingen in argumenten

Interessant zijn de verschuivingen die zich hebben voorgedaan in de argumenten om sekse¹specifieke inzichten te integreren in de gezondheidszorg. Daarin zijn gemakkelijk de opeenvolgende zwaartepunten van het gezondheidszorgbeleid van de laatste dertig jaar te herkennen: emancipatiebevordering, kwaliteitsverbetering, kostenbeheersing, innovatie en vermaatschappelijking van de zorg c.q. zorg op maat.

Het emancipatie-argument dateert van de jaren zeventig: vrouwen worden niet als volwaardige mensen (mannen) behandeld, ook niet binnen de hulpverlening. Emancipatoire werkvormen en doelstellingen moeten daarin verandering brengen; daarbij gaan hulpverlening, vormingswerk en opbouwwerk nog hand in hand. Deze aanspraak op gelijke behandeling blijkt voor de hulpverlening echter problematisch te zijn, omdat ze geen ruimte laat voor wenselijke verschillen of onwenselijke gelijkheden (Mens-Verhulst, 1997) en te weinig handvatten biedt voor het preciseren van over- of onder- dan wel verkeerde behandeling als gevolg van medicalisering, psychologisering, en/of trivialisering². (Bekker e.a., 1999).

In de jaren tachtig gaat het kwaliteitsargument dan ook een belangrijke rol spelen. De claim is dat de principes van vrouwenhulpverlening (een combinatie van seksspecificiteit, politisering en cliëntgerichtheid) voorzien in een betere zorg, overigens niet alleen voor vrouwen maar voor alle groepen in de samenleving en in het bijzonder voor de minder geprivilegieerden. De bewijsvoering is gebaseerd op de grote aantallen cliënten die hun heil zoeken bij de - dan nog alternatieve - praktijken voor feministische hulpverlening (eufemistisch aangeduid als "vrouwenhulpverlening").

Soms komt daarbij het kostenargument om de hoek kijken: de seksspecifieke aanpak zou goedkoper zijn omdat er vooral in groepen wordt gewerkt en cliënten door hun tevredenheid minder shopgedrag vertonen.

¹ Sekse wordt hier gebruikt in brede zin, dus als sekse/gender: een biologisch kenmerk in haar historische, culturele en sociaal-maatschappelijke context.

² Bij medicalisering worden problemen gereduceerd tot lichamelijke klachten die medische behandeling behoeven en worden normale fysiologische processen als medisch probleem gedefinieerd en behandeld zoals bij het voornoemde voorbeeld van de menopauze. Psychologisering betekent het toeschrijven van lichamelijke klachten aan psychopathologie of psychosociale problemen. Trivialisering houdt in dat gezondheidsproblemen niet serieus genomen worden, bijvoorbeeld het negeren van signalen die wijzen op effecten van seksueel misbruik). Onderdiagnostiek van hart- en vaatziekten bij vrouwen kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van zowel psychologisering als trivialisering zoals Van Vliet e.a. (1999) aantoonde.

De claim wordt verder gepreciseerd: goede zorg dient gendersensitief te zijn. Dat wil zeggen dat er zes kwaliteitspunten (de zes 6 A's) moet worden voldaan. De zorg moet niet alleen beschikbaar (available), toegankelijk (accessible) en betaalbaar (affordable) zijn, maar ook geëigend (appropriate); acceptabel (acceptable); en adequaat (adequate) (Gijsbers van Wijk, Van Vliet & Kolk, 1996).

Naast het kwaliteitsargument is vervolgens het innovatieargument in stelling gebracht. De seksspecifieke benadering wordt gepresenteerd als een voorbeeld van de kanteling naar cliëntgerichtheid die de overheid wil bereiken als onderdeel van haar streven naar meer marktwerking in de reguliere zorg. De vrouwenhulpverlening heeft in 1991 namelijk al volop geëxperimenteerd met meer cliëntvriendelijkheid in de bejegening, grotere gelijkwaardigheid in de therapeutische relatie en uitgebreidere zeggenschap van cliënten over de gang van zaken in het hulpverleningsproces. (Mens-Verhulst, 1991).

In de loop van de negentiger jaren brengt die cliëntgerichtheid een toenemende aandacht voor verschillen binnen de seksen – en daarmee diversiteit - met zich mee. Daardoor kan seksspecifieke hulpverlening – die zich dan steeds vaker tooit met de titel “vrouwengezondheidszorg” - zich rond de eeuwwisseling ook een voorloper noemen van de vraaggestuurde zorg die de overheid dan propageert als antwoord op de hulpvragen uit een steeds gevarieerder wordende samenleving (Mens-Verhulst, 2003)

Toenemende empirische evidentie

Niet alle claims konden op het moment dat ze werden neergelegd met resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden onderbouwd. Wel was er al vroeg empirische evidentie voor de korte- en lange termijn gezondheidseffecten van bijvoorbeeld seksueel misbruik. En nu, ongeveer drie decennia na de start van de feministische hulpverlening in Nederland (Jacobs, 2001; Mens-Verhulst, 1988; Steketee, 1995) is er zeer veel wetenschappelijke kennis beschikbaar - aangaande epidemiologie, gezondheidsgedrag en therapieresultaten - waaruit blijkt dat goede gezondheidszorg seksebewust en –gedifferentieerd is. Het betreffende kennisbestand is vooral Angelsaksisch en Scandinavisch van oorsprong maar heeft ook specifieke Nederlandse bestanddelen. (Mens-Verhulst, 2001).

Uit de epidemiologische cijfers komen sekseverschillen in gezondheidszorgconsumptie naar voren die niet stroken met het uitgangspunt van sociale rechtvaardigheid dat de zorg voor alle burgers gelijkelijk toegankelijk dient te zijn. Tevens blijkt er uit dat vrouwen en mannen te verschillen in klachten, levensverwachting en doodsoorzaken. Dit pleit voor een seksegedifferentieerde benadering van zorgbehoeften. Het gaat om ongelijke gevallen die ongelijk, dat wil zeggen seksspecifiek, behandeld moeten worden om uiteindelijk “materiele” gelijkheid in gezondheid te realiseren.

De talloze empirische studies op het gebied van gezondheid wijzen op sekseverschillen in symptoomperceptie en -taxatie, klachtbeleving – en presentatie, coping, therapietrouw en

consequenties van gezondheidsproblemen. Ook op deze gronden verdient een seksegedifferentieerde benadering de voorkeur boven een sekseneutrale.

Evaluatieonderzoeken van seksspecifieke therapieën en medicatie en seksspecifieke effecten van zogenaamd sekseneutrale therapieën onderstrepen het effectiviteitargument dat mannen en vrouwen dikwijls beter zijn te behandelen (preventief en curatief) als er rekening wordt gehouden met mogelijke fysieke, psychische, sociale en culturele verschillen.

Tenslotte verschijnen er op al deze terreinen geleidelijk steeds meer studies die binnen de sekscategorieën differentiëren omdat ze sekse niet als een eenduidig, biologisch onderscheid opvatten maar als een complexe factor – die psychische, sociale en culturele mechanismen omvat. Anders gezegd, ze tonen aan dat bepaalde gezondheidsfenomenen niet zonder meer seksspecifiek zijn, maar wel voor groepen van een bepaalde leeftijd, seksuele voorkeur, klasse en/of etniciteit.

Referenties

Bekker, M.H.J., Vliet, K. van & Kolk, A. (1999) realising gender-sensitive health care. The role of research. In Kolk, A, Bekker, M.H.J. & Vliet, K. van, *Advances in Women and Health Research. Toward gender-sensitive strategies*. Tilburg: University Press. pp 15-26

Gijsbers van Wijk, C.M.T., Vliet K.P. van & Kolk, A.M.M. (1996) Gender perspectives and quality of care. Towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science and Medicine*, 43, 5, 707-720.

Mens-Verhulst, J. van (1991). Schatgraven in de vrouwenhulpverlening. In J. Winnubst, P. Schnabel, *De metamorfose van de Klinische Psychologie*. Assen; avn Gorcum, p. 59-69.

Mens-Verhulst, J. van (1997). Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening. *Rekenschap*: 156-170.

Mens-Verhulst, J. van (2001a) Diversiteit in theorie en praktijk: een bericht uit de feministische hulpverlening. *Tijdschrift voor Humanistiek* 2 (6): 7-17 .

Mens-Verhulst, J. van (2001b) Feministische hulpverlening en empirische evidentie: over diversiteit en onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies* 4 (3): 35-47

Mens-Verhulst, J. van (2003) Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. Over denkkader, handelingsprincipe en competentie. *Sociale Interventie* 12 (1)25-34.