

De genderkloof begint al bij de kinderarts

Ja, er bestaat gezondheidsongelijkheid tussen jongens en meiden. En biologische factoren kunnen deze ongelijkheid niet altijd verklaren. Kinderartsen moeten meer oog hebben voor genderaspecten in de zorg.

TEKST: SELMA LAGEWAARDT

ILLUSTRATIES: MOON ILLUSTRATIES



Petra Verdonk

Slechtere bloedsuikerwaarden, meer ziekenhuisopnames, vaker overgewicht, en een lagere kwaliteit van leven. Meiden met diabetes type 1 hebben slechtere zorguitkomsten dan jongens met DT1 van dezelfde leeftijd. Dat blijkt uit recent onderzoek van arts-onderzoeker Silvia de Vries en kinderarts-endocrinoloog Theo Sas (zie pagina 13).

Dit feit staat niet op zichzelf. Diverse onderzoeken tonen aan dat zich vanaf de tienerjaren een gezondheidskloof aftekent tussen jongens en meiden. Vooral als het gaat om malaise- en pijnklachten zoals hoofdpijn, buikpijn, rugklachten, vermoeidheid, slaapproblemen en depressieve klachten. Daarbij zijn de meiden meestal slechter af. Volgens bijvoorbeeld het HBSC-onderzoek (Health Behaviour in School-aged Children) 2021 heeft 70 procent van de meiden in het voortgezet onderwijs vaker dan één keer per week somatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn, tegenover 49 procent van de jongens. En maar liefst 43 procent van de meiden kampt met emotionele problemen, tegenover 13,3 procent van de jongens.

Een genderbril

Hoe kan dat? Biologische verschillen tussen de seksen spelen mogelijk een rol. Maar die verklaren niet alles. Volgens Petra Verdonk, universitair hoofddocent gender en diversiteit bij het Amsterdam UMC, moeten we voor die verklaring een genderbril opzetten. 'Dat is lastig want binnen de geneeskunde lijkt het sekseconcept, dat uitgaat van biologische verschillen tussen het mannen- en het vrouwenlichaam, een stuk praktischer.'

Genderverschillen zijn daarentegen op ingewikkelde wijze verweven in onze maatschappij, stelt Verdonk. 'Als sociaal fenomeen en ook als ideologie is genderongelijkheid zichtbaar in bijvoorbeeld de opvoeding, in maatschappelijke structuren, in onze normen en waarden en dus ook in de gezondheidszorg. Zo hebben mannen eeuwenlang de onderzoekthema's binnen de geneeskunde bepaald en het mannenlichaam is de norm geworden. We zien nu pas dat dat heeft geleid tot een achterstand in kennis over ziekte en gezondheid bij vrouwen. Het vrouwenhart is daarvan een bekend voorbeeld.'

Onverklaarde klachten

Die seksspecifieke kennis zijn we aan het inhalen. Maar waar we veel moeilijker vat op krijgen, volgens Verdonk, is hoe *gender*-ongelijkheid doorwerkt in de gezondheid van mannen en vrouwen. Als voorbeeld noemt ze dat vrouwen relatief vaak te maken hebben met langdurig onverklaarde gezondheidsklachten. 'Is dat omdat er te weinig kennis is van vrouwspecifieke ziektebeelden? Zijn we niet goed in staat genderverschillen te herkennen in het omgaan met en de presentatie van klachten? Journalist Mirjam Kaijer heeft daar veel over geschreven. Ze constateert dat artsen de neiging hebben om bij 'vage' klachten van vrouwen niet door te zoeken. Ze vinden geen aanknopingspunten, of denken al snel dat het 'psychisch' is.'

Een ander voorbeeld van genderongelijkheid deed zich voor tijdens de coronapandemie. 'Vrouwen werken relatief vaak in zorgberoepen en ook thuis nemen ze vaker de zorg voor kinderen en andere familie op zich. Vrouwen in de ouderenzorg kwamen bijvoorbeeld intensief in contact met coronapatiënten en hebben al die tijd veel ballen in de lucht gehouden. Nu is er veel post-COVID onder zorgpersoneel, en dus onder vrouwen.'

Puberteit

Dat er gezondheidsongelijkheid is tussen mannen en vrouwen, begint steeds meer door te dringen in de zorg. Maar op welke leeftijd begint die ongelijkheid precies? Duidelijk is dat meiden en jongens zich vanaf een jaar of 11 lichamelijk anders gaan ontwikkelen. De secundaire geslachtskenmerken ontwikkelen zich, jongens worden langer en sterker en de seksualiteit gaat een rol spelen. Verdonk: 'Ook in sociaal opzicht gaat het leven van meiden en jongens divergeren. Ze trekken minder vaak samen op en gaan aparte groepen vormen. Daar komt bij dat meiden vaak wat eerder in de puberfase komen dan jongens, die wat langer kind blijven. Meiden gaan vanaf die leeftijd vaker klachten ontwikkelen dan jongens. Eetstoornissen bijvoorbeeld, maar ook vermoeidheid, chronische pijnklachten, depressies en angststoornissen. Dat zie je terug in de cijfers.'

**‘Als je oog hebt voor
genderongelijkheid kun je een
kwaliteitsslag maken’**

Genderpatronen

Zelf deed Verdonk onderzoek* naar genderaspecten in de zorg voor tieners met diabetes. Ze constateerde stereotype genderpatronen zowel bij ouders als bij zorgprofessionals. 'Thuis zitten vooral de moeders 'er bovenop' en vaders blijven wat meer op afstand omdat ze niet weten wat ze nog kunnen toevoegen. In het ziekenhuis zie je dat zorgprofessionals anders omgaan met meiden en jongens. Tienermeiden zijn verbaal sterker en nemen meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid dan jongens. Ze passen daarmee beter in een zorgsysteem dat verwacht dat patiënten zich uiten en zelfmanagement laten zien. We zien dat vooral vrouwelijke zorgprofessionals beter uit de voeten kunnen met meiden, en worstelen in de interactie met tienerjongens.'

Het risico van dit soort, vaak onbewuste, genderpatronen is dat jongens, én meiden die verbaal niet zo sterk zijn, minder passende zorg krijgen dan ze nodig hebben.'

Uitzoomen

Deze uitkomsten zijn niet zomaar te extrapoleren naar alle (chronische) aandoeningen. Maar het zou goed zijn als kinderartsen zich in elk geval bewust zijn van dit soort genderpatronen, denkt Verdonk. 'De kinderartsen zien kinderen vaak meerdere keren of gedurende langere tijd. Ze bouwen een band op en dat biedt kansen om stereotype gedragspatronen te herkennen en te doorbreken. Het gaat erom naar het kind of de jongere zelf te kijken. Wat heb jij nodig? Hoe en bij wie vind je steun? Hoe vind je het dat je moeder altijd meekomt? En hoe zit het met je vader? Daarnaast zijn artsen en verpleegkundigen vaak gefocust op de individuele coping-stijl van de jongere. Soms helpt het om uit te zoomen naar sociaal niveau: hoe gaan je vrienden, familie en school hiermee om, hoe kunnen zij jou beter steunen?'

Geen rocket science

Toch wil Verdonk de factor gender bij ziekte en gezondheid niet overdrijven. 'Rekening houden met gender heeft lang niet altijd consequenties voor de behandeling of de zorg. Tegelijkertijd moeten we constateren dat als je oog hebt voor genderongelijkheid je een kwaliteitsslag kunt maken. Het begint met bewustzijn, en vervolgens is het dan ook weer geen *rocket science*. Het vraagt wel basiskennis over hoe gender speelt in onze maatschappij en doorwerkt in de gezondheidszorg. Met aandacht voor gender kun je meer persoonsgerichte zorg bieden, en dat kan dus soms al bij de kinderarts.'

SEKSE EN GENDER

Sekse verwijst naar de lichamelijke en biologische kenmerken die een mens vrouwelijk of mannelijk maken, zoals genen, hormonen en geslachtskenmerken. Gender gaat over eigenschappen, gedragingen en rolpatronen die cultureel bepaald zijn en als 'mannelijk' of 'vrouwelijk' gezien worden.



Meiden met diabetes slechter af dan jongens

Op basis van een systematic review doorzocht een groep arts-onderzoekers de wetenschappelijke literatuur op sekseverschillen in zorguitkomsten bij kinderen tot 18 jaar met diabetes type 1. Die sekseverschillen blijken er inderdaad te zijn en zijn meestal in het nadeel van de meiden.**

Bij volwassenen met diabetes type 1 is bekend dat er sekseverschillen zijn in zorguitkomsten. Vrouwen hebben bijvoorbeeld een groter risico op hart- en vaatziekten. Hoe dat bij kinderen zit, is veel minder bekend. Om daarachter te komen, doorzochten **Silvia de Vries**, arts-onderzoeker bij het Amsterdam UMC, DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) en DPARD (Dutch Pediatric and Adult Registry of Diabetes), Carianne Verheugt, internist-vasculair geneeskundige en voorzitter DPARD, **Theo Sas**, kinderarts-endocrinoloog bij het Erasmus MC/Sophia en Diabeter in Rotterdam, en anderen, 8.640 wetenschappelijke studies op het gebied van diabetes bij kinderen tot 18 jaar. Negentig van deze studies bleken geschikt voor hun onderzoek. De belangrijkste uitkomsten zijn dat meiden doorgaans slechtere HbA1c-waarden hebben dan jongens, dat ze vaker in het ziekenhuis worden opgenomen met complicaties zoals diabetische ketoacidose, en een hogere insulinebehoefte hebben. Daarnaast hebben meiden een hoger BMI, vaker overgewicht of obesitas, en ervaren zij een lagere kwaliteit van leven ten opzichte van jongens.

Wat vonden jullie het meest opmerkelijk?

Sas: 'Dat meiden vaak al bij het stellen van de diagnose meer klachten en hogere bloedsuikerspiegels hebben dan jongens. Is dat biologisch te verklaren? Komt dat omdat ze langer doorlopen met klachten? Omdat ouders anders reageren op klachten bij hun zonen en dochters? Daar zouden we graag meer over willen weten.'

De Vries: 'Opvallend is ook dat er bij jongere kinderen al verschillen zijn. Maar we moeten voorzichtig zijn met die uitkomst omdat de groep prepubers in ons onderzoek relatief klein is. Er is meer onderzoek nodig. Vanaf de puberteit is er in elk geval een duidelijk verschil zichtbaar tussen jongens en meiden.'

Hoe verklaren jullie de verschillen?

Sas: 'Vanaf de puberteit verandert er lichamelijk veel bij meiden, maar ook bij jongens. Het is bekend dat meiden een grotere variatie in glucosewaarden hebben door wisselende insulinegevoeligheid als gevolg van hun hormonale cyclus. Daarnaast is er de factor gedrag. Hoe gaan meiden om met die instabiliteit? Hebben ze daar voldoende grip op?'

De Vries: 'Ook eten, bewegen en hoe je je voelt zijn factoren die meespelen bij het in balans houden van de bloedsuiker-

spiegel. Gedrag en emoties kunnen de verschillen in zorguitkomsten mede verklaren.'

Kloppen de resultaten met wat kinderartsen in de praktijk zien?

Sas: 'Op de poli zie ik veel verschillende kinderen met diverse achtergronden. Ik ben me er sterk van bewust dat socio-economische factoren een rol spelen bij zorguitkomsten. Verschillen tussen jongens en meiden zijn subtiel, en vallen niet zo op in de dagelijkse praktijk. Dit onderzoek met grote aantallen maakt iets zichtbaar wat te klein is om op individueel niveau te signaleren. En dat is belangrijk want kleine verschillen in zorguitkomsten bij kinderen met diabetes kunnen ernstige gevolgen hebben op de lange termijn.'

Wat kunnen kinderartsen hiervan leren?

Sas: 'Als we alerter zijn op sekseverschillen die zich al op de kinderleeftijd voordoen, kunnen we daar beter rekening mee houden. Daarbij moeten we vooral focussen op de zelfzorg, want die is er 24/7.'

De Vries: 'Opgroeien met diabetes is lastig voor alle jongeren. We weten dat meiden van deze leeftijd het in het algemeen moeilijker hebben dan jongens. Ze zijn vaker depressief, hebben vaker eetstoornissen, en scoren lager op kwaliteit van leven. Dat zijn dingen die ook invloed hebben op de diabetesregulatie. Het pleit ervoor daar in de zorg meer aandacht voor te hebben.'

* OBSERVING, 'DOING' AND 'MAKING' GENDER IN DUTCH PAEDIATRIC TYPE 1 DIABETES CARE, AT HOME AND IN THE CLINIC: MULTIPLE-STAKEHOLDER PERSPECTIVES
YOSHENG LIU & PETRA VERDONK & MAARTJE DE WIT & GIESJE NEFS & CHRISTINE DEDDING
JOURNAL OF ADVANCED NURSING (2023)

** DO SEX DIFFERENCES IN PAEDIATRIC TYPE 1 DIABETES CARE EXIST? A SYSTEMATIC REVIEW
SILVIA A. G. DE VRIES & CARIANNE L. VERHEUGT & DICK MUL & MAX NIEUWDORP & THEO C. J. SAS
DIABETOLOGIA (2023)

