

WOMEN Inc.



Lannoo

Inhoud

- 7 Voorwoord
- 11 Inleiding

- 19 DEEL 1**
Waarom het vrouwenlichaam zo lang een mysterie bleef
- 21 **HOOFDSTUK 1** De historische genderkloof in de gezondheidszorg
- 35 **HOOFDSTUK 2** De verschillen tussen het vrouwen- en mannenlichaam
- 45 **HOOFDSTUK 3** De verschillen tussen vrouwen en mannen
in de spreekkamer

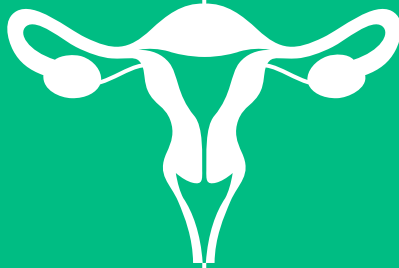
- 55 DEEL 2**
Een reis door het vrouwenlichaam
- 57 **HOOFDSTUK 4** Het hart
- 79 **HOOFDSTUK 5** De hersenen
- 131 **HOOFDSTUK 6** De cyclus, hormonen en gerelateerde klachten
- 171 **HOOFDSTUK 7** Seksuele gezondheid
- 203 **HOOFDSTUK 8** Het afweersysteem en auto-immuunziekten
- 239 **HOOFDSTUK 9** De man als norm in onderzoek

- 251 DEEL 3**
Het vrouwenlichaam en de gezondheidszorg
- 253 **HOOFDSTUK 10** Hoe de gezondheidszorg er vandaag uitziet
voor vrouwen

- 275 Nawoord
- 277 Een greep uit de literatuur

DEEL 1

Waarom het vrouwenlichaam zo lang een mysterie bleef



HOOFDSTUK 1

De historische genderkloof in de gezondheidszorg

Op een schilderij uit de 17e eeuw staan zeven chirurgijns met baarden. Ze buigen zich over een overleden man op een houten tafel. Naast de tafel staat dokter Tulp, jawel, ook een man, die de spieren en pezen van de overledene met een tang optilt uit zijn opengesneden arm, terwijl zijn blik gericht is op iets buiten het schilderij. Het is een wat luguber beeld, dat we in die tijd vaker zien.

De nieuwsgierigheid naar wat zich precies onder de mensenhuid bevindt, leidt in deze periode tot het publiekelijk ontleden van veel lichamen. Bekende en minder bekende schilders legden deze taferelen vast. In al deze anatomische lessen valt vooral op dat mannen mannenlichamen onderzoeken. *De anatomische les van Dr. Nicolaes Tulp*, geschilderd door Rembrandt van Rijn in 1632, staat daarom voor WOMEN Inc. symbool voor de nog ongelijke kansen op goede zorg voor vrouwen.

'Vrouwentestikels'

Het mannenlichaam was in de medische wetenschap lang de gouden standaard. Al tijdens de opkomst van de moderne geneeskunde in Europa, waarbij dokters het menselijk lichaam zo grondig mogelijk wilden bestuderen, was er weinig aandacht voor de anatomie van vrouwen. Dit had verschillende oorzaken. Zo kenden de ontledingen, die na de invoering midden 1500 vaak een publiek spektakel waren met honderden bezoekers per dag, een aantal voorwaarden. In de nog zwaar christe-

lijke samenleving werden strenge eisen gesteld aan deze lijkopeningen. De Kerk stond de ontledingen toe, op voorwaarde dat ze de toeschouwer herinnerden aan hun eigen sterfelijkheid. De kennis die chirurgijns ermee opdeden werd uitgelegd als een weg tot het verkrijgen van meer inzicht in het goddelijke. Bovendien mocht een ontleding maar één keer per jaar plaatsvinden en altijd op een veroordeelde misdadiger. Dit was veel vaker een man dan een vrouw.

Het is niet zo dat er in deze periode geen enkele vrouw op de ontledetafel lag, maar het waren er niet veel. De kennis die uit deze onderzoeken onder vrouwen voortkwam is dan ook maar mondjesmaat in de geneeskundige boeken terechtgekomen. De invloedrijke Vlaamse arts en anatoom Andreas Vesalius ontleedde in totaal zes vrouwenlichamen. In zijn zeven boeken *De Humani Corporis Fabrica Libri Septem*, waarin elk deel van het menselijk lichaam tot in detail wordt beschreven, komen pas in boek vijf een aantal tekeningen van het lichaam van een vrouw aan bod. Hierbij focuste hij enkel op 'de bikinivisie' die in de zorg lang werd gebruikt. Oftewel: op dat wat zichtbaar anders is aan het vrouwenlichaam dan aan het mannenlichaam, namelijk de geslachtskernmerken.

Al in de klassieke oudheid stelde de Griekse arts Galenus dat vrouwen onderontwikkelde mannen waren. De latere religieuze ideologie dat Eva uit een rib van Adam was geschapen, ondersteunde dit idee. De vrouw werd dus gezien als een kleine (minderwaardige) man en het mannelijke lichaam was een ideaal dat zij niet kon bereiken. Daarom ziet een anatomische tekening van de baarmoeder er in het boek van Vesalius (waarvan we nu weten dat zowel de baarmoeder als de vulva en de vagina afgebeeld zijn) er in 1543 uit als een omgekeerde penis in het lichaam van een vrouw. Ook lezen we over de 'testikels van de vrouw' in plaats van eierstokken en zijn er beschrijvingen over mannelijk en vrouwelijk zaad. Een gangbare gedachte was namelijk dat de geslachts-

Een gangbare gedachte was dat de geslachtsorganen die bij mannen uitwendig zaten, zich bij vrouwen inwendig bevonden, maar dan binnenstebuiten gekeerd.

organen die bij mannen uitwendig zaten, zich bij vrouwen inwendig bevonden, maar dan binnenstebuiten gekeerd. Op zich geen gek idee: uit later onderzoek bleek dat de geslachtsorganen bij mannen en vrouwen zich tijdens een zwangerschap op dezelfde manier opbouwen, al plaatsen we inmiddels het ene niet meer boven het andere. Eeuwenlang beschreven mannen de weinige publicaties over vrouwelijke lichaamsdelen dus vanuit hun eigen perspectief.

'Dierkens'

Gelukkig toonden een eeuw later een paar Nederlandse onderzoekers wat meer interesse in de vrouwelijke anatomie. Zo beschreef de Nederlandse wetenschapper Reinier de Graaf, nadat eerder bij ontleding van konijnen en bijen eitjes waren gevonden, als een van de eersten ook 'eieren' bij een overleden vrouw. Hoewel later bleek dat het waarschijnlijk om de eiblaasjes ging, schreef hij deze bevindingen in 1672 op in zijn boek over de (geslachts)organen van de vrouw. Hierin kwamen ook de eileiders en de eierstokken aan bod, en een clitoris in zijn volledigheid. Helaas was dat van korte duur en zijn we de clitoris in de tussentijd vaak kwijt geweest in biologieboeken.

De Graaf stelde dat de blaasjes van 'dit eiernest' een belangrijke rol speelden bij de voortplanting en dat een foetus door de samensmelting van het zaad van een man en de eicel van een vrouw ontstond. Dit stond lijnrecht tegenover het toen gangbare idee van de Griekse filosoof Aristoteles, dat eeuwen na zijn dood nog steeds geloofd werd. Hij zag de vrouw als een onvolmaakte en defecte man, die op allerlei gebieden tekortschoot. Zo waren de borsten van vrouwen maar onnodig slap weefsel rondom de borstspieren en was de rol van vrouwen tijdens het voortplantingsproces volgens hem slechts passief. Volgens Aristoteles was het mannelijk zaad verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de foetus, terwijl de vrouw slechts het menstratiebloed leverde, dat door het zaad werd getransformeerd tot een kind. In zijn visie speelde de vrouw dus nauwelijks een rol in dit proces.

Nieuwe ideeën over het voorplantingsproces zorgden dus niet meteen voor de verwachte wereldbeeldverschuiving: hardnekkige mythes over

het vrouwenlichaam bleven nog lang bestaan. De bekende microbioloog Antoni van Leeuwenhoek speelde daarin een grote rol. Hij bestudeerde zijn eigen sperma onder de microscoop en was zo verrast door het grote aantal krioelende 'dierkens' dat hij onder de lens zag, dat hij ervan overtuigd was dat deze levendige zwemmers veel belangrijker waren dan de statische eieren van de vrouw. Het was een boodschap die in die tijd ook in medische handboeken werd verkondigd, en waar weinig twijfel over was. Het duurde nog tot de 19e eeuw voordat het feit dat zaad en eicellen elkaar aanvullen bij de voortplanting breed werd onderkend. De Graaf had zelf ook voorspeld dat zijn bevindingen geen bijval zouden krijgen van tijdgenoten. Volgens hem had de introductie van de term 'vrouwelijke testikels' door de Griekse arts Galenus ervoor gezorgd dat onderzoekers daarna jarenlang niet naar het vrouwenlichaam omkeken.



TOESTEMMING VOOR ONTLEDEN

Vanaf 1555 mocht er één keer per jaar tijdens een openbare anatomische les het lichaam van een man worden ontleed. Toch was er in die tijd nog geen sprake van een toestemmingsformulier of 'het geven van je lichaam aan de wetenschap'. Het gebruikte lichaam was van een ter dood veroordeelde crimineel. Het ontleed werd gezien als een extra straf bovenop de doodstraf, waarbij de ter dood veroordeelde zelfs geen laatste rustplaats kreeg.

Welke vrouwen werden er in die tijd dan ontleed? Vesalius spreekt van een sekswerker in Parijs, die gedood is door ophanging, en een vrouw in Padua die suicide heeft gepleegd met een strop. Hij beschrijft ook hoe studenten lichamen uit graven stalen en deze zodanig verminkten dat nabestaanden hun familieleden niet meer herkenden. Hoewel je op de 17e-eeuwse schilderijen van de tien grote anatomische lessen dus geen enkele vrouw kunt ontdekken, zijn er in die tijd zeker wat vrouwen onderzocht. Al gebeurde dat in afschuwelijke omstandigheden.

Hysterische vrouwen

Wat komt er bij je op wanneer je het woord 'hysterisch' leest? Misschien denk je wel aan het stereotype van de hysterische vrouw: iemand die zwak, zenuwachtig en breekbaar is, of juist ontembaar, onrustig en manipulatief. Iemand die niet goed kan functioneren binnen de samenleving. Iemand die anderen tot last is, en daarvoor in behandeling moet. De geschiedenis leert ons dat de behandelingen van hysterie talrijk zijn geweest: van geurtherapie tot duiveluitdrijvingen. Naast de eeuwenoude ideeën over hun lichaam, zijn vrouwen ook lang achtervolgd door de ideeën van mannen over hun mentale gezondheid.

Hysterie is vaak als vrouwenkwaal geoormd. De term is door de Griekse arts Hippocrates afgeleid van '*hysterā*', het Griekse woord voor baarmoeder. Zijn verklaring voor symptomen die vooral vrouwen ervoeren – zoals angst, benauwdheid, verstijving, verlamming, stemmingswisselingen en emotionele uitbarstingen – was een 'bewegende baarmoeder'. Deze onrust in de onderbuik zou volgens hem ontstaan door de opbouw van giftige stoffen (die het lichaam niet konden verlaten door een gebrek aan seksuele ontlading) of een zogezegd ongelukkige baarmoeder die niet werd 'verenigd met een man'. Oftewel: de behoefte aan seks, relaties of kinderen werd niet vervuld, en het gevolg was hysterie.

Door de jaren heen zijn er talloze behandelopties voor een 'bewegende' of 'ongelukkige' baarmoeder gesuggereerd. Zo tekenden de Egyptenaren al in de tweede eeuw voor Christus op dat het neerleggen van sterke geuren bij lichaamsopeningen de baarmoeder zou aansporen terug naar haar plek te gaan. Ze stelden voor om een vieze en bijtende geur bij de mond en neus te houden en een zakje met gearfumeerde geuren bij de vulva als de baarmoeder moest zakken, en omgekeerd als de baarmoeder omhoog moest bewegen. In de eeuwen erna passeerden een bevredigend seksleven, trouwen en het krijgen van kinderen de revue als oplossingen voor dit 'probleem', omdat de baarmoeder dan haar functie zou hebben vervuld. Ten tijde van de middeleeuwen waren heksenjachten en duiveluitdrijvingen onderdeel van de strijd tegen hysterie. Ook hypnose of zelfs het verwijderen van de baarmoeder zijn geopperd om deze 'aandoening' op te lossen.

Pas rond 1900 werd er afstand gedaan van het idee dat de baarmoeder zo'n grote invloed had op de mentale gezondheid van vrouwen. Vanaf toen werd de uitleg voor 'hysterische symptomen' in de psyche gezocht. De neuroloog Sigmund Freud had hier een groot aandeel in. Hij draaide de bestaande denkwijze om: volgens hem was hysterie niet het gevolg van een gebrek aan zwanger- of moederschap. Hysterie zorgde er juist voor dat een vrouw nooit zwanger zou raken. Hij stelde dat de hysterische vrouw zich onvoldoende seksueel had ontwikkeld. Daarom kon ze geen volwassen relatie aangaan en geen kinderen krijgen. Ze moest dus manipulatief en obsessief te werk gaan om alsnog te krijgen wat ze wilde. Helaas creëerde Freud met zijn ideeën een nieuw stereotype: de emotionele vrouw op de divan bij de psycholoog. Hysterie speelde daarmee een belangrijke rol bij het ontstaan van de psychiatrie.

Wetenschappers stellen dat onze kijk op hysterie lang werd bepaald door bestaande normen en waarden over gender en de rol van vrouwen in de samenleving. Week je af van de norm, dan lag het hokje 'hysterie' snel op de loer. Daarnaast beargumenteerden feministische schrijvers tijdens de tweede feministische golf dat hysterie niet alleen een uitweg was om 'vrouwenkwaaltjes' te categoriseren, maar ook een manier om vrouwen in toom te houden. In 1972 stelt de Amerikaanse schrijfster Phyllis Chesler in haar boek *Women and Madness* dat in die tijd vooral mannen bepaalden of een vrouw mentaal gezond was. 'De normen van vrouwelijk gedrag worden bepaald door mannen [...] Een vrouw wordt dus als "gezond", "neurotisch" of "psychotisch" gezien, op basis van de ideeën van mannen en de onzichtbare aannames in onze patriarchale samenleving.' Chesler beschrijft dat 90 procent van de Amerikaanse psychiaters in die tijd man was. Vrouwen die het veld betraden, namen al snel de aannames van hun mannelijke collega's over.

Het duurde tot de tweede helft van de 20e eeuw voordat diagnoses van hysterie langzaam verdwenen. Pas in 1980 verdween het fenomeen uit het handboek van psychiatrische aandoeningen. Het verdwijnen ervan lijkt samen te gaan met de opkomst van andere mogelijke diagnoses, zoals depressie en dissociatieve stoornissen, en de vooruitgang van de psychologische en psychiatrische wetenschap in het algemeen.

Mannelijke arts als norm

Niet alleen als studieobject, ook als arts zijn vrouwen lang buiten de geneeskunde gehouden. Van oudsher vervulden vrouwen in de zorg vaak een rol als vroedvrouw of kruidendokter. Nadat de professionele zorgverlening vanaf de 19e eeuw steeds meer aan regels werd gebonden, werden deze vrouwen uit de beroepsgroep geduwd. Ze werden uitgesloten van bepaalde opleidingen, moesten verplicht mannelijke artsen ondersteunen – die vaak zelf theoretisch opgeleid waren, maar veel minder praktische ervaring hadden – en raakten soms zelfs hun werkveld aan hen kwijt.

Voor de professionaliseringsslag in de 19e eeuw was de medische hulp in Nederland opgedeeld in twee rangen. De eerste rang bestond uit geneeskundigen die aan de universiteit een (voornamelijk) theoretische opleiding hadden gevolgd, de tweede uit hulpverleners die vooral in de praktijk waren opgeleid. Deze rang werkte vanuit de humorale leer: of je ziek was of gezond, had te maken met het evenwicht van je vier lichaamssappen: bloed, slijm, gele gal en zwarte gal.

Met de toename van onderzoek op basis van observatie, zoals de anatomische lessen, groeide ook de overtuiging dat deze twee groepen meer van elkaar moesten leren: ze moesten zich samenvoegen om de zorg voor patiënten te verbeteren. In 1849 startte daarom de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, nu bekend als de KNMG. Deze organisatie stelde in 1865 de Artsenwet op, die voor het eerst formele eisen stelde aan het uitoefenen van het artseneroep. Hierdoor ontstond een duidelijke maatstaf voor wat het betekende om in Nederland arts te zijn.

Er was echter één belangrijke eis die vrouwen op een zijspoor zette: het volgen van een universitaire opleiding. Vrouwen mochten dat namelijk niet: volgens mannelijke besluitvormers zou het ten koste gaan van de tijd voor hun gezin, waren ze niet slim genoeg en was een studie fysiek te zwaar. Terwijl praktisch en theoretisch opgeleide mannen zich verenigden binnen de KNMG, kregen vroedvrouwen en verpleegkundigen geen lidmaatschap.

De eerste vrouwelijke artsen

Aletta Jacobs, een jonge vrouw uit Sappemeer, wilde hier in 1871 op 18-jarige leeftijd verandering in brengen. Net als haar vader wilde zij graag dokter worden, maar officieel mocht ze niet gaan studeren. Daarom schreef ze een brief aan premier Johan Thorbecke, met het verzoek om in Groningen een geneeskundestudie te mogen volgen. Datzelfde jaar nog gaf hij haar toestemming om lessen te volgen en in 1872 volgde haar officiële inschrijving bij de universiteit. Toch kon Aletta daar niet meteen rekenen op een gelijke behandeling. Ze kreeg een aparte plaats in de collegezaal en volgde afzonderlijk les over de anatomische verschillen tussen mannen en vrouwen. In 1878 legde ze haar artsexamen af: Aletta Jacobs werd daarmee de eerste vrouw in Nederland die arts was.

Ook de eerste vrouw die in België arts werd, Isala Van Diest, moest flink wat obstakels overwinnen. Voor een middelbareschoolopleiding met Latijn en Grieks (een vereiste) week zij noodgedwongen uit naar Zwitserland. Een jaar na Aletta, in 1873, probeerde ook Isala zich in te schrijven voor een studie geneeskunde, aan de universiteit van Leuven. Maar de universiteit weigerde. Isala kreeg het magere aanbod om wat lessen verloskunde te volgen en daarna te werken als vroedvrouw. Dat wilde ze niet. Opnieuw pakte ze haar koffers en vertrok ze naar Zwitserland, waar ze een studie natuurwetenschappen en haar doktersopleiding volgde. Ze werd hiermee na afronding in 1879 de eerste vrouw in België die het artsenberoep uitoefende. Precies een jaar later opende de eerste Belgische universiteit haar deuren voor vrouwen.

Aletta Jacobs en Isala Van Diest maakten hiermee de weg vrij voor andere vrouwen. Toch ervoeren veel vrouwen die in de jaren na hen als arts afstudeerden flink wat weerstand. Mannelijke artsen stelden publiekelijk dat 'vrouwen niet deugden voor de studie' en dat 'vrouwen die wel geschikt waren voor een studie als abnormaal werden beschouwd'. Vrouwelijke artsen specialiseerden zich daarom vaak in het behandelen van vrouwen en kinderen, omdat vrouwelijke patiënten het liefst door een vrouw werden behandeld, terwijl de behandeling van mannelijke patiënten door vrouwen als ongepast werd gezien. Deze werkwijze zorgde ervoor dat

veel vrouwelijke artsen moeilijk aan voldoende patiënten kwamen. Het was voor hen daardoor lastiger om zichzelf te onderhouden.

Dat meer vrouwen het artsenberoep uitoefenden, zorgde wel voor meer aandacht voor de vrouw in de gezondheidszorg. Zo hield Aletta Jacobs een gratis spreekuur voor minder vermogende vrouwen en gaf ze voorlichting over het pessarium als anticonceptiemiddel. Haar collega Catharine van Tussenbroek zette zich in voor comfortabele kleding en de afschaffing van insnoerende korsetten, die de bewegingsvrijheid van vrouwen flink verminderden. Ook pleitte ze voor een betere abortuswetgeving, omdat het toenemende aantal illegale abortussen in die tijd vaak een dodelijke afloop kenden.

Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen

Voor een betere positie binnen de artsenzorg, verenigden vrouwen zich vanaf 1933 in de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). In 1927 kwamen vrouwelijke artsen voor het eerst bijeen om de benoeming van Cornelia de Lange tot hoogleraar geneeskunde te vieren – ze was de eerste vrouw in Nederland die deze positie bekleedde. De informele bijeenkomst leidde zes jaar later tot de oprichting van de vereniging, die tot op de dag van vandaag de belangen van vrouwelijke artsen behartigt. De afgelopen decennia zette de VNVA zich bijvoorbeeld in om vrouwen toegang te geven tot snijdende specialismen, zodat zij als arts ook zelf operaties konden uitvoeren. Daarnaast pleitte de vereniging voor betere financiële regelingen, zodat vrouwelijke artsen een eigen praktijk konden starten, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen konden afsluiten, deeltijdopleidingen konden volgen en parttime konden werken. Zonder deze laatste opties vielen namelijk veel vrouwen af, als zij moesten kiezen tussen werken of zorgen voor kinderen.

De VNVA maakte zich niet alleen hard voor beter beleid, ze stelde ook ongeschreven regels aan de kaak binnen het mannenbolwerk dat de geneeskunde was. De voorzitter van de VNVA stelt in 1983 in *Medisch Contact*: ‘Hoe vaak overkomt het een vrouwelijke arts niet dat zij moet uitleggen dat zij de arts is – en niet de zuster, zoals werd gedacht – of dat

Hoe vaak overkomt het een vrouwelijke arts niet dat zij moet uitleggen dat zij de arts is – en niet de zuster, zoals werd gedacht – of dat er na de behandeling vriendelijk wordt gevraagd of nu de dokter nog komt?

er na de behandeling vriendelijk wordt gevraagd of nu de dokter nog komt? Niet alleen tegen dit mannelijk beeld dat de patiënt van de arts heeft moet zij zich verweren, zij moet zich ook bewijzen tegenover haar meestal mannelijke collega's.'

In 1930 was ongeveer 5 procent van de Nederlandse artsen vrouw. Die verdeling is inmiddels gelukkig een stuk gelijkjer. Zo is 59 procent van het aantal artsen in 2024 vrouw, en 41 procent man. De eerstejaarsgeneeskundestudenten van 2024 tonen zelfs een nog sterkere trend: daar is bijna 70 procent van de studenten vrouw, en iets meer dan 30 procent man. Deze trend brengt overigens een nieuw obstakel met zich mee: de discussie of de wet van Sullerot bij zorgberoepen in werking is getreden. Dat is het fenomeen dat een beroep in aanzien en salaris daalt zodra er meer vrouwen in een beroep gaan werken dat eerst voornamelijk door mannen werd gedomineerd. Met de verwachte instroom van vrouwen in de gezondheidszorg de komende jaren, kunnen er twee dingen gebeuren: de wet kan straks toegepast worden op veel zorgberoepen, of ze verdwijnt net compleet.

Feminisme, politieke actie en betere zorg

De tweede feministische golf speelde een cruciale rol in het vergroten van de aandacht voor de gezondheid van vrouwen. Feministen in de jaren 1970, die zich inzetten voor legale abortus, kinderopvang en vrouwenarbeid, brachten ook de tekortkomingen in de zorg aan het licht. Vrouwen vonden dat ze te weinig zeggenschap hadden over hun eigen lichaam en dat zorgverleners, zoals huisartsen, gynaecologen en psychi-

aters, hun problemen, waaronder onvruchtbaarheid en de menopauze, vaak negeerden. Daarnaast kregen vrouwen die met geweld te maken hadden weinig hulp en werden zij vaak niet serieus genomen.

Deze onvrede leidde ertoe dat vrouwen hun persoonlijke ervaringen omzetten in politieke actie om voor hun gezondheid op te komen. Rond 1970 verenigden zij zich in groepen die veelal onder de term Vrouwenhulpverlening (VHV) vielen. Deze groepen, vaak gevormd rond specifieke thema's, organiseerden acties voor verandering en verleenden hulp aan andere vrouwen. Voorbeelden zijn de Blijf-van-mijn-lijf-beweging, Vrouwen tegen Verkrachting, de lesbische specifieke hulpverlening (LSHV) en Targuia, een vereniging die hulpverlening bood aan zwarte, migranten- en vluchtelingenvrouwen. Lotgenoten vonden elkaar ook in stichtingen zoals Stichting Anorexia Nervosa en Vrouwen en Medicijngebruik. Deze groepen boden vaak zowel zorg als activisme, deels gesubsidieerd door de overheid, en werden plekken waar ervaringsdeskundigen, activistische zorgverleners en onderzoekers samenwerkten om onderwerpen als de overgang en seksueel geweld op de agenda te zetten.

Vrouwen organiseerden op deze manier hun eigen hulpverlening. In het midden van de jaren 1980 begonnen vrouwengroepen als een parallel zorgsysteem te functioneren, en de Vrouwenhulpverlening werd een gesprekspartner voor de overheid. Hun doel was om onderdeel te worden van de reguliere zorg, en in de loop der jaren gebeurde dat ook. Vrouwentherapiecentra en vrouwengezondheidscentra ontstonden in groten getale. Richting de jaren 1990 werd de positie van feministische projecten zwakker door bezuinigingen en de komst van marktwerking in de zorg. Aparte groepen maakten plaats voor professionalisering en wetenschappelijke onderbouwing, met als resultaat afdelingen Vrouwenstudies aan universiteiten en leerboeken over vrouwspecifieke geneeskunde.

Toen de overheid in 2003 stelde dat genderongelijkheid was opgelost, was WOMEN Inc. het daar niet mee eens. Zeker niet toen duidelijk werd bij hoeveel ziekten en aandoeningen er verschillen tussen vrouwen en mannen kunnen bestaan. We deden een oproep tot meer onderzoek, samen met tientallen experts en ervaringsdeskundigen. Zo lukte het ons uiteindelijk om in 2016 het Kennisprogramma Gender en Gezondheid

bij ZonMw, een organisatie die onder andere onderzoek financiert, van start te laten gaan. Met een budget van 12 miljoen is gedurende vier jaar onderzoek gedaan naar allerlei gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen, op het gebied van migraine, hart- en vaatziekten en diabetes, maar ook naar de rol van hormonen en de geestelijke gezondheidszorg.

Genderverschillen in medische boeken

Hoewel tijdens de tweede feministische golf het streven ontstond om betere zorg voor vrouwen onderdeel te maken van reguliere zorg, bleef deze ambitie lang afwezig in geneeskundige opleidingen. De geneeskunde gaat immers uit van de 'homo universalis', oftewel: de aanname dat voor de dokter iedereen gelijk is. Hierdoor bleven verschillen tussen mannen- en vrouwenlichamen lange tijd onderbelicht.

Illustraties in Europese, Amerikaanse en Canadese geneeskundestudieboeken bijvoorbeeld, gebruikten drie keer vaker mannenlichamen om lichaamsdelen te tonen, bleek uit onderzoek in 2008. Onderzoek door Lagro-Janssen, Verdonk en Dijkstra liet zien dat genderspecifieke informatie in diezelfde periode ook in Nederland schaars was: wat werd onderwezen was vaak vrij algemeen en stond meestal niet in de hoofdtekst van een boek, waardoor gezondheidsproblemen van vrouwen als 'afwijkend' werden gezien.

Vanaf 2006 onderzocht Lagro-Janssen verder hoe medische faculteiten sekse- en genderverschillen behandelden. Een rondgang wees uit dat kennis over hoe zorg rekening kan houden met verschillen tussen vrouwen en mannen in het onderwijs nog weinig werd gedeeld en dat

*Illustraties in Europese, Amerikaanse en
Canadese geneeskundestudieboeken, gebruikten
drie keer vaker mannenlichamen
om lichaamsdelen te tonen.*

dit verschilde per faculteit. Tien jaar later bleek slechts de helft van de faculteiten de nodige stappen te hebben gezet. Bovendien ontbreekt gendersensitiviteit in alle vervolgoopleidingen tot specialist, behalve in huisartsgeneeskunde, ondanks de wens van studenten om deze kennis op te doen. Om het heft in eigen handen te nemen, onafhankelijk van het onderwijssysteem dat soms maar moeilijk en langzaam verandert, schreef Lagro-Janssen verschillende boeken, waarvan *Sekse- en gendersensitieve geneeskunde* het meest recente is.



WIL JE ALS ZORGVERLENER MEER REKENING HOUDEN MET DIVERSITEIT IN SEKSE, GENDER EN SEKSUELE ORIËNTATIE?

WOMEN Inc. ontwikkelde samen met het expertisecentrum seksualiteit Rutgers en COC Nederland de toolkit '**Komt een mens bij de dokter**'. De toolkit bevat vijf praktische stappen om meer inclusieve zorg te bieden, en leert je onder meer hoe je in de praktijk rekening kunt houden met diversiteit, door bijvoorbeeld in formulieren te vragen hoe iemand aangesproken wil worden, of door een regenboogvlag op je website te delen. De toolkit leert je ook hoe je met patiënten en cliënten kunt spreken over sekse, gender, seksuele oriëntatie en hun relaties, en hoe je je bewust kunt zijn van je eigen vooroordelen. Daarnaast bevat de toolkit informatie over gezondheidsverschillen en tips voor het geven van persoonsgerichte zorg.



De volledige literatuurlijst van
Diagnose: vrouw vind je terug op
www.womeninc.nl/literatuurlijst-diagnose-vrouw/

www.lannoo.com

Registreer u op onze website en we sturen u regelmatig een nieuwsbrief met informatie over nieuwe boeken en met interessante, exclusieve aanbiedingen.

Vormgeving: Natasha Tastachova, Studio Lannoo (Mieke Verloigne)

Tekst en research: Xanne Visser

Redactie: Sandra Evers

Als u opmerkingen of vragen heeft, dan kunt u contact nemen met onze redactie: redactielifestyle@lannoo.com

© Uitgeverij Lannoo nv en WOMEN Inc., Tielt, 2025

D/2025/45/130 – NUR 860

ISBN: 978 90 209 3394 9

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.