



**UvA-DARE (Digital Academic Repository)**

**Een blik op onderzoek: sekseverschillen in gezondheid en zorg**

Devillé, W.

*Published in:*

Phaxx: kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Devillé, W. (2013). Een blik op onderzoek: sekseverschillen in gezondheid en zorg. *Phaxx: kwartaalblad gezondheidszorg en vluchtelingen*, 20(2), 18.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

*UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<http://dare.uva.nl>)*

Nieuws uit de Academische Werkplaats Migranten en Gezondheid (szorg). Met het oog op onderzoek (column van Walter Devillé), bespreking van boeken of onderzoeksrapporten en verslagen van bijeenkomsten. Meer informatie over de Academische Werkplaats: [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl).

### UIT DE ACADEMISCHE WERKPLAATS

#### AANDACHT VOOR BEPERKTE GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN IN MEDISCHE OPLEIDINGEN

➤➤ In Nederland heeft 29 procent van de bevolking moeite met het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Deze mensen hebben onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden. Volgens het Europese onderzoek (HSL-EU, 2011) waar dit percentage vandaan komt, is dit nog gunstig in vergelijking met andere landen. Migranten van de eerste generatie, ouderen en mensen met een lage opleiding vormen risicogroepen. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben minder toegang

tot gezondheidsgerelateerde informatie en minder begrip van deze informatie. Ze hebben bijvoorbeeld moeite met het lezen van bijsluiters van medicijnen, en van folders of webpagina's over aandoeningen of over gezondheid (szorg). Dit heeft gevolgen voor toegang en gebruik van gezondheidszorg en preventieve interventies, maar bovenal heeft het invloed op de communicatie met zorgverleners. Met als gevolg slechtere uitkomsten van zorg. In de vs en Canada gebruikt men de term *health literacy* en is er op nationaal niveau in beleid, praktijk en onderzoek enorm veel aandacht voor de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden en hoe die te verminderen. Onderzoek uit deze landen toont aan dat er onder mensen met *low health literacy* sprake is van minder gebruik van preventieve screening, vaker onjuist medicijngebruik, minder kennis over aandoeningen, niet opvolgen van leefstijladviezen en minder goede zelfzorg. Diagnoses worden vaker in een later stadium gesteld. Dit alles heeft zijn weerslag op het voorkomen van aandoeningen. Ook wordt er benadrukt hoeveel geld er in de zorg bespaard kan worden als iedereen goede gezondheidsvaardigheden zou

hebben. In Nederland groeit de aandacht voor de rol van gezondheidsvaardigheden. In onderzoek wordt gekeken hoe we deze vaardigheden het beste kunnen meten en hoe ze samenhangen met gezondheid en zorggebruik. Voor de praktijk worden tools en trainingen ontwikkeld om vaardigheden van patiënten te leren herkennen en ermee om te gaan. Goede promotie van deze initiatieven is echter nodig, want veel zorgverleners blijken nog nooit van de term 'gezondheidsvaardigheden' gehoord te hebben. Ook is het noodzakelijk om dit thema een plek te geven in de medische opleidingen. Op die manier worden toekomstige zorgverleners beter voorbereid op de gevolgen van beperkte gezondheidsvaardigheden voor de communicatie met en de behandeling van hun patiënten.

Een mooi artikel over beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst is van Mirjam Fransen en is te vinden in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2013, 157: A5581).

Karen Hosper, Maria van den Muijsenbergh  
Coördinatoren Academische Werkplaats

### EEN BLIK OP ONDERZOEK

#### SEKSEVERSCHILLEN IN GEZONDHEID EN ZORG

➤➤ De diversiteit in de populatie heeft zijn weerslag op verschillen in gezondheid en op het gebruik van gezondheidszorg. We hebben het in deze rubriek al vaak gehad over verschillen naar etnische herkomst en naar socio-economische status en de sterke interactie tussen beide kenmerken. Sekseverschillen in gezondheid en gebruik van gezondheidszorg zijn ook goed gedocumenteerd. Vrouwen ervaren over het algemeen een slechtere gezondheid dan mannen. Die sekseverschillen kunnen verklaard worden door biologische kenmerken (bijvoorbeeld genetische en hormonale factoren), psychologische (sekse en identiteit, chronische stressoren), gedragsmatige (roken, drinken, eten) en sociale factoren (zoals sociale steun, en ook weer sociaaleconomische positie). Onderzoek naar de patronen van zorggebruik suggereert dat in het algemeen vrouwen meer gebruikmaken van medische zorg dan mannen, ook na correctie voor gezondheidsverschillen. Verschillende verklaringen hiervoor zijn: verschillen in maatschappelijke rol, kennis over de gezondheid, gezondheidstoestand, gevoeligheid voor symptomen, bereidheid om gezondheidsproblemen te rapporteren, hulpzoekgedrag en grotere therapietrouw. Bij de rapportage over gezondheidsverschillen tussen etnische groepen wordt er meestal ge-

corrigeerd voor leeftijd en geslacht, of worden de resultaten afzonderlijk voor mannen en vrouwen gepresenteerd. Maar zelden wordt er gekeken naar sekseverschillen in gezondheid en gebruik van gezondheidszorg binnen en tussen etnische groepen. Daarom hebben wij een paar jaar geleden een extra analyse gedaan van gegevens uit een grote nationale studie en specifiek gekeken naar man-vrouwverschillen onder de vier grote migrantengroepen op het gebied van gerapporteerde gezondheid en gerapporteerd gebruik van zorg.\* In het algemeen vertoonden vrouwen zoals verwacht in alle groepen een slechtere gezondheid dan mannen. De grootste sekseverschillen werden gevonden bij de Turkse respondenten, gevolgd door de Marokkaanse en Surinaamse. Deze verschillen waren zeker voor de Turkse groep voor alle uitkomsten significant groter dan bij de autochtone groep. Wat zorggebruik betreft maakten vrouwen in alle groepen over het algemeen meer gebruik van zorg dan mannen, behalve bij fysiotherapie. Daar lijken vrouwen uit Suriname en Marokko minder gebruik van te maken dan de mannen. Zij maken wel meer gebruik van poliklinische ggz. Alle verschillen werden gecorrigeerd voor socio-economische status, leeftijd en gezondheid. Dat betekent dat deze sekseverschillen er nog zijn ondanks dat er rekening



FOTO: EELCO GORTER

gehouden wordt met gezondheidsverschillen. Vrouwen uit Turkije waren significant vaker gehospitaliseerd dan de mannen in vergelijking met de andere groepen. Nu nog op zoek naar een verklaring voor deze verschillen tussen de seksen.

#### Walter Devillé

Bijzonder hoogleraar Vluchtelingen en Gezondheid, Universiteit van Amsterdam/Pharos

\* Gerritsen, A. & Devillé, W. (2009). Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9,109.