

## Els Borst Netwerk Lezing

Door Angela Maas, 5 februari 2020

### Vrouwelijke waarden in de zorg

Dit jaar begon met een noodkreet van Wopke Hoekstra, onze huidige minister van financiën. Hij zei dat als de kosten in de zorg in hetzelfde tempo blijven stijgen, we snel een ultiem plafond zullen bereiken en het niet meer kunnen betalen. Hij riep op *om met elkaar de kosten in de zorg te beteugelen*. Tegelijkertijd kwam het nieuws dat er enorm gefraudeerd wordt in de zorg via allerlei bureautjes die de hand lichten met zorgtoeslagen en PGBs, waardoor vele honderden miljoenen Euro's verloren gaan voor de doelen waar ze eigenlijk voor bestemd zijn. Het openbaar ministerie kan de bestrijding van de zorgfraude niet meer aan. Intussen stapelen de problemen in de thuiszorg zich op, en neemt de problematiek in de jeugd- en ouderenzorg groteske vormen aan. Het raakt ons allemaal, en daarbij gaat het niet alleen over ziekte, maar vooral over dagelijkse opvang, eenzaamheid, verwaarlozing, armoede en verslaving. Sociaal maatschappelijke vraagstukken zijn een toenemend probleem in onze samenleving, waar de gezondheidszorg op een heel hoog niveau staat. Maar hier is het ook precies waar het knelt: *we zijn de samenhang tussen goede gezondheidszorg en sociaal maatschappelijke vraagstukken volledig kwijtgeraakt*. We hebben teveel aparte domeinen gecreëerd die niet of slecht met elkaar communiceren. Daarnaast hebben we de verschillende behoeften in *care en cure* tussen mannen en vrouwen en tussen mensen met een verschillende culturele achtergrond teveel verwaarloosd. Het uniforme denken past niet meer in deze tijd, het leidt tot inefficiënte zorg en draagt bij aan onnodige verspilling in de zorg.

Niet alleen buiten, maar ook binnen de curatieve zorg zijn we ons doel voorbijgeschoten. In de 32 jaar dat ik nu medisch specialist ben heb ik de zorg enorm zien veranderen, en wie daar niet in meebewogen heeft is allang buiten de boot uitgevallen. We hebben ons medisch specialistisch handelen vastgelegd in ontelbare internationale richtlijnen, die vaak gebaseerd zijn op niet-representatieve populaties en geschreven zijn door een dominerend Old Boys Network. We zijn verstrikt geraakt in deze richtlijnen, die vaak niet passen bij de patiënt die tegenover ons zit in de spreekkamer. Erger is nog is dat dit alles gecontroleerd wordt door kwaliteitsvisitaties van de diverse beroepsgroepen, die zelf

deze richtlijnen gemaakt of onderschreven hebben: WC eend keurt WC eend, ofwel de slager keurt zijn eigen vlees. Veel artsen zijn hiervan vervreemd en hebben zich verenigd in de beweging *'ontregel de zorg'*. Eerst waren we druk met de implementatie van richtlijnen, nu maken we overuren met zogenaamde *'schrapsessies'* om alle onzinnige regels weer door te halen. Dit is een ultieme manier om medewerkers in de zorg te demotiveren.

## **Werken in de zorg**

Er zijn in toenemende mate ernstige personeelsproblemen in de zorg. Veel jonge mensen die beginnen zijn na een paar jaar alweer vertrokken. De zorg is een *'vergiel'* voor de jongere generatie stond onlangs in de krant. Het carrièreperspectief voor verpleegkundigen en ondersteunend personeel is slecht en in het bedrijfsleven of als ZZP-er is er veel meer te verdienen. Maar we weten maar al te goed dat een ziekenhuis niet kan draaien met alleen maar dokters.

Ook voor studenten en jonge artsen staat de motivatie sterk op de helling, men wil niet meer 60 uur per week werken en de masculiene beroeps cultuur die nog in veel specialismen heerst is achterhaald en stoot jonge mensen af. Dat geldt zeker ook voor mijn eigen vakgebied de cardiologie, waarin jonge vrouwelijke collegae steeds vaker werken in dienst van mannen-maatschappen, zonder perspectief op een gelijkwaardig inkomen en medezeggenschap. Hier ziet u data weergegeven van cardiologen in Engeland, daar is een vergelijkbaar percentage cardiologen in opleiding als in Nederland, maar met een laag percentage vrouwelijke cardiologen in senior-posities. Seksistisch gedrag komt nog frequent voor, vooral in deelgebieden als de interventiecardiologie, waardoor minder dan 10% van de vrouwelijke cardiologen voor dat deelgebied kiest. Nederlandse getallen zijn er niet, want we doen hier liever alsof het niet voorkomt. Ik roep mijn vakgenoten op om iets te doen aan deze achterhaalde en vrouwonvriendelijke beroeps cultuur, die ook een negatieve impact heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg en soms zelf gevaarlijk is. Wij hebben ons nu internationaal als vrouwelijke cardiologen verenigd in de WomenAs1 beweging, waarin wij als senior cardiologen als een machtsblok een lans willen breken voor de jongere generatie.

## **Carrièreperspectief in de zorg**

In maart 2019 kwam de WHO met een rapport naar buiten waarin gekeken is naar carrièreperspectief in de zorg. Terwijl wereldwijd meer dan 70% van de zorg wordt geleverd door vrouwen, heeft slechts 25% van hen daarin een leidinggevende positie. *'Healthcare is delivered by women, but led by men'*. In opkomende landen zijn ziekenhuizen van levensbelang als werkgever voor vrouwen en onmisbaar voor het realiseren van hun economische zelfstandigheid. Daar profiteert het hele gezin van mee.

Ook in Nederland laat het carrièreperspectief voor alle vrouwelijke medewerkers in de zorg te wensen over. Mannen domineren in de bestuurskamers en er is nog maar een handjevol vrouwelijke afdelingshoofden en vrouwelijke verpleegkundige hoogleraren. Recente cijfers van het Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren (LNVH) laten zien dat de doorgroeimogelijkheden voor vrouwen naar een hoogleraarschap in een UMC blijven hangen rond de 24% van het totaal aantal hoogleraren. Er zijn meer barrières voor vrouwen in de medische wetenschap, zoals bijvoorbeeld redacteurschappen van tijdschriften en mogelijkheden om onderzoek subsidies binnen te halen. Veel regelgeving hieromtrent houdt geen rekening met de moderne manier van leven en levensfasen waarin bv het krijgen van kinderen voor vrouwen een aantal jaren meer prioriteit heeft. Genderdiversity leidt tot betere wetenschap en ook in alle takken van de gezondheidszorg hebben we dat hard nodig.

## **Vrouwenquotum in de zorg**

Het bedrijfsleven heeft al veel eerder ontdekt wat de toegevoegde waarde is van vrouwen in leidinggevende posities. Vrouwelijk leiderschap heeft unieke kwaliteiten op onder andere het terrein van creativiteit, empathie, onderlinge verbinding en emotionele waarden. Els Borst was bij uitstek een zeer aansprekend voorbeeld van een vrouwelijke leider in de zorg, die deze eigenschappen in zich verenigd had. In aanvulling op de recente aanbeveling uit het rapport van Mariëtte Hamer voor beursgenoteerde bedrijven, zou ik de zorg willen oproepen voor een *Vrouwenquotum* in leidinggevende posities binnen allerlei lagen van de zorg. Ik ben er trots op dat mijn eigen Radboudumc een goed voorbeeld heeft gesteld met

de benoeming van kinderpsychiater Bertine Lahuis als zeer gewaardeerde bestuurs-voorzitter.

### **De vrouwelijke patiënt**

In de gezondheidszorg is de man in bijna alle vakgebieden het prototype van de patiënt langs welke meetlat de vrouw nog altijd de maat genomen wordt. U kent deze beroemde tekening van de human body van Leonardo da Vinci ongetwijfeld. Van oudsher was de aandacht voor de vrouw als patiënt vooral gericht op ziekten van de borsten en de voortplantingsorganen. En als vrouwen rare klachten hadden, dan was er ongetwijfeld sprake van histerie, zoals we hier zien op een beroemd schilderij uit 1880 waarop de neuroloog Charcot een vrouwelijke patiënte demonstreert aan mannelijke geneeskunde studenten. De geneeskunde heeft de vrouwelijke patiënt gedurende tientallen decennia verwaarloosd, waardoor de zorg voor vrouwen nog steeds op achterstand staat.

Er zijn nog steeds veel ziektebeelden die we niet begrijpen en die vooral bij vrouwen voorkomen. We hebben daar gemakshalve *containerbegrippen* van gemaakt, maar dat zegt eerder iets over het tekortschieten van de geneeskunde dan over 'problematische' vrouwen. In de praktijk gaan we hier slecht mee om, onbegrepen ziektebeelden leiden tot absurde aantallen voorschrijvingen van antidepressiva, die daar eigenlijk niet voor bedoeld zijn. Op ieder spreekuur schrik ik hier weer van. Uit een grote Deense studie is het afgelopen jaar naar voren gekomen dat vrouwen gemiddeld 4 jaar later de diagnose krijgen dan mannen, als het gaat om vergelijkbare ziekten zoals diabetes. In Nederland beginnen de ongezonde levensjaren bij vrouwen dan ook gemiddeld 4-5 jaar eerder dan bij mannen, bij vrouwen met 58 jaar terwijl dit bij mannen rond de 63 jaar is. In Zweden daarentegen is er geen verschil in ongezonde levensjaren tussen beide seksen, dus het kan beter.

Van alle vakgebieden is mijn eigen vakgebied de cardiologie het meest aansprekende voorbeeld van een discipline waarin sekse- en genderverschillen er wezenlijk toe doen. De afgelopen 40 jaar heeft de cardiologie zich zeer succesvol gefocust op de behandeling van vernauwingen in de grote kransvaten met dotteren en opereren. Het gaat daarbij echter in 75 tot 80% over mannelijke patiënten en in een veel kleiner percentage over vrouwen. Dat heeft niets met discriminatie te maken, maar wel met belangrijke biologische verschillen in veroudering van de kransvaten en de hartspier. Vrouwen hebben veel vaker last van pijn op

de borst door spasme, ofwel kramp in de grote en kleine kransvaten, waarbij er meestal geen of weinig aderverkalking aanwezig is. Hier ziet u een voorbeeld van een vrouw van 46 jaar, die al 4 jaar rondliep met ernstige spasme van haar kransvaten en die uiteindelijk naar de psychiater was gestuurd omdat het tussen de oren zou zitten. Bij de spasmeprovo-catie-test konden we bij de laagste dosering medicatie al ernstige spasme in haar grote kransvaten aantonen. Dit ziektebeeld geeft hele andere klachten dan we van de standaard mannelijke patiënt gewend zijn en dit moet dan ook op een andere manier onderzocht en behandeld worden. Dat levert in de praktijk veel problemen op, omdat de zorgsector deze problematiek niet kent of zelfs ontkent en niet alle effectieve medicatie beschikbaar is. Het gaat echter per jaar om vele duizenden nieuwe vooral vrouwelijke patiënten.

Zonder hier uitgebreid op details in te gaan zouden we vele miljoenen per jaar in de zorg kunnen besparen als we *meer gendersensitief* zouden handelen. En het zou ook veel persoonlijk leed kunnen besparen bij vrouwen die vaak vele jaren rondlopen met een onduidelijke diagnose en daardoor ook uitvallen op het werk. De arbeidsmarkt heeft alle vrouwen nodig en omgekeerd hebben vrouwen met klachten ook economische zelfstandigheid nodig om een beetje gezond de pensioenleeftijd te halen. Goede gender-sensitieve zorg gaat uit van het basisprincipe van gelijkwaardigheid (equality), maar ook van gelijke kansen (equity) voor iedereen, afhankelijk van de behoeften van het individu.

## **2020 als sleuteljaar voor vrouwelijke waarden in de zorg**

2020 is een sleuteljaar voor het thema *vrouwen, gendergelijkheid en gezondheid*.

Vijfentwintig jaar geleden werd in Beijing door 189 landen de *Beijing Declaration and Platform for action* ondertekend, waarin gendergelijkheid als een fundamentele voorwaarde werd gesteld voor de sociale positie van mannen en vrouwen. De balans 25 jaar later is niet positief over de SDG doelen 3 en 5: gendergelijkheid wordt nog steeds genegeerd in Public Health en andere domeinen van de medische zorg. Daarnaast is er een wereldwijde '*gender-backlash*' ontstaan ten aanzien van verworven vrouwenrechten. Dat heeft onder andere te maken met de conservatieve regeringen in de VS, het Midden Oosten en sommige Oost – Europese landen. In het Global Gender Gap report 2020 van het World Economic

Forum is berekend dat het bijna 100 jaar gaat duren voordat er sprake zal zijn van gendergelijk-waardigheid.

Dit zal ook in de komende vergaderingen over vrouwenrechten in maart bij de VN in NY het belangrijkste thema zijn van de onderhandelingen, waaraan ik als VN vrouwenvertegenwoordiger met de regeringsdelegatie mag deelnemen. Samen met de *Lancet Women's commission* willen wij het belang van *Vrouwelijke waarden in de zorg* benadrukken. Daarmee bedoelen we enerzijds de vrouw als professional in de zorg en anderzijds ook de vrouw als mens en patiënt. Vrouwelijke kernwaarden zoals creativiteit, empathie, het leggen van verbindingen en emotionele vaardigheden zijn juist in de zorg van groot belang. Door vrouwen meer leiderschapsposities te geven in de zorgsector zullen zij het thema *Women's Health* hoger agenderen. Dit zal in 2020 leidend zijn bij de Nederlandse Vrouwenraad en door diverse aangesloten vrouwenorganisaties verder worden uitgedragen.

### **Tot slot**

Midden jaren 80 van de vorige eeuw woonde ik tijdens mijn opleidingsjaren cardiologie in een klein arbeidershuisje in Bilthoven. Voor intimi: het lag aan de verkeerde kant van het spoor. In die periode kwam ik op de zaterdagmorgen wel eens Els Borst tegen bij banketbakker Top, ik kende haar wel, maar zij mij niet. Vele jaren later was ik aangenaam verrast toen Els Borst als erelid van de vereniging van vrouwelijke artsen in maart 2010 aanwezig was bij de uitreiking van de Corrie Hermann prijs die mij ten deel was gevallen. Ik vond het bijzonder een van mijn grote rolmodellen persoonlijk te mogen ontmoeten. Ik heb Els Borst altijd zeer bewonderd voor haar medische deskundigheid en oog voor de sociaal maatschappelijke context, eigenschappen die zij op zeer natuurlijk wijze in zich veranker had.

Ik wil het Els Borst netwerk graag bedanken voor het podium dat zij mij vandaag hebben gegeven om deze lezing te mogen houden. Ik dank u allen voor uw komst.