

De geneeskunde is niet genderneutraal: invloed van de sekse van de dokter op de medische zorg

A.L.M.Lagro-Janssen

- Verschillen in communicatiestijlen tussen mannen en vrouwen zijn in diverse studies aangetoond. De vraag is of deze verschillen ook bij het medisch consult een rol spelen.
- Als voorbeelden van mogelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke artsen zijn verschillen in de arts-patiëntcommunicatie, het diagnostisch proces en de behandeling onderzocht.
- De manier van communiceren van vrouwelijke artsen is patiëntgerichter dan die van mannelijke.
- Mannelijke en vrouwelijke artsen maken verschillend gebruik van aanvullend onderzoek; vooral het inwendige onderzoek, zoals prostaatonderzoek en vaginaal onderzoek, wordt minder vaak bij een patiënt van het andere geslacht uitgevoerd.
- Mannelijke artsen schrijven vaker medicatie voor; vooral kalmerende middelen worden door mannelijke artsen vaker aan vrouwelijke patiënten voorgeschreven.
- Het maakt dus uit of medische zorg verleend wordt door een mannelijke arts of door een vrouwelijke: de professionele rol van de arts is niet genderneutraal. Mannelijke en vrouwelijke studenten geneeskunde worden binnen de medische professie niet op dezelfde manier gesocialiseerd, en de professionele socialisatie vlak de man-vrouwverschillen niet uit.
- Patiënten zijn doorgaans tevredener over vrouwelijke artsen dan over mannelijke.
- Kennis van en inzicht in deze processen is onmisbaar voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:1141-5

Verschillen tussen mannen en vrouwen in communicatiestijlen zijn in diverse studies aangetoond.¹ Een goede communicatie tussen arts en patiënt leidt tot consulten waarbij er een betere uitwisseling van informatie is, een grotere patiënttevredenheid, meer therapietrouw, een gunstiger beloop van de klachten, en waarbij er minder verkeerde diagnoses worden gesteld.² Omdat het aantal vrouwelijke artsen zo is toegenomen, is de vraag actueel of vrouwelijke artsen een specifieke communicatiestijl hebben en of dit verschil maakt voor de medische zorg.³ Duidelijk is dat er van de kant van patiënten een sterke voorkeur kan bestaan voor hetzij een mannelijke, hetzij een vrouwelijke arts, waarbij de preferentie voor een dokter van het eigen geslacht bij vrouwelijke patiënten groter is dan bij mannelijke.⁴⁻⁶ Vooral patiënten met problemen van urogenitale aard of bij wie de mammae moeten worden onderzocht, hebben een voorkeur voor behandeling door een arts van hetzelfde geslacht.⁷⁻⁹ Mannen en vrouwen die een vrouwelijke arts prefereren, doen dit vooral omdat zij met haar gemakkelijker praten. Wanneer er voorkeur bestaat voor behandeling door een

mannelijke arts gebruikt men overigens hetzelfde argument. Veel vrouwen prefereren behandeling door een vrouwelijke gynaecoloog en een vrouwelijke obstetricus. De voorkeur van sommige vrouwen uit andere culturen of religies voor een vrouwelijke arts bij urogenitale problemen^{10 11} heeft recentelijk in Nederland voor veel publiciteit gezorgd, en tot een debat geleid over de legitimiteit van die voorkeur.

De vraag naar de invloed van de sekse van de arts op de medische hulpverlening is temeer van belang, omdat patiënten eenzelfde kwaliteit van zorg mogen verwachten onafhankelijk van het geslacht van de geconsulteerde dokters.

In dit artikel ga ik in op de vraag welke invloed de sekse van de arts heeft op de geboden zorg. Ik zal die invloed illustreren aan de hand van drie onderdelen van het medische consult: de communicatie tussen arts en patiënt, het diagnostisch proces en de behandeling. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 'sekse' en 'gender'. 'Sekse' staat voor het biologische onderscheid tussen mannen en vrouwen, en 'gender' verwijst naar de sociaal-culturele invloed op de sekse en naar gedragingen, verwachtingen en belevingen die aangeleerd worden als passend voor ofwel mannen ofwel vrouwen in een bepaalde cultuur of samenleving.¹²

Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Huisartsgeneeskunde, onderafd. Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, HAG-117, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Mw.prof.dr.A.L.M.Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen (a.lagro-janssen@hag.umcn.nl).

Vrouwen communiceren anders dan mannen. Een van de verschillen is dat mannen vaker taak- en oplossingsgericht zijn, terwijl vrouwen zich meer richten op de persoon met wie zij spreken en vaker probleemgericht zijn. Deze verschillen zijn ook merkbaar in de spreekkamer. Vrouwelijke artsen geven meer informatie en vragen meer, waardoor patiënten meer deelnemen aan de medische dialoog.^{13 14} In twee overzichtsstudies over de invloed van het gender op de medische communicatie komt men tot de conclusie dat vrouwelijke artsen in gesprekken meer ingaan op de psychosociale omstandigheden van de patiënt, vaker aandacht geven aan emoties en gevoelens, een positievere toonzetting creëren, een gelijkwaardige samenwerking met de patiënt faciliteren en een grotere participatie bevorderen van de patiënt bij medische beslissingen.^{15 16} Vrouwelijke artsen doen meer moeite om een gelijkwaardige relatie op te bouwen met hun patiënten door hun naar hun mening te vragen en hen verbaal aan te moedigen.¹⁷ Vrouwen en vrouwelijke artsen zijn in hun communicatie gericht op het verkleinen van bestaande statusverschillen, terwijl mannen deze juist benadrukken.

De beschreven elementen passen bij een communicatiepatroon dat als patiëntgericht kan worden samengevat. Voor de meer taakgerichte communicatie, zoals de gerichte medische anamnese en uitleg over de diagnose en het beleid, wordt geen verschil tussen beide geslachten gezien. De consulten bij vrouwelijke artsen duren dan ook langer. Deze genderverschillen wijzen erop dat vrouwelijke artsen een patiëntgerichte communicatiestijl bezitten, die uitnodigt tot wederkerigheid en die een betrokken en gelijkwaardige arts-patiëntrelatie reflecteert. Ook bij een specifieke klacht als moeheid zijn vrouwelijke huisartsen affectiever en maken zij meer gebruik van de bovenbeschreven genderspecifieke communicatiestijlen om de cognities van de patiënt te onderzoeken.¹⁸

Al bij het begin van hun medische studie zijn vrouwen meer gericht op zorg dan mannen, en dit sekseverschil wordt tijdens de opleiding alleen maar groter.¹⁹ Het merendeel van het communicatieonderzoek heeft, ook buiten Nederland, in de eerste lijn plaatsgevonden, waarbij alle uitkomsten in dezelfde richting wezen.²⁰ Het spaarzame onderzoek onder gynaecologen laat wisselende patronen zien. Soms stellen vrouwelijke gynaecologen minder medische vragen dan hun mannelijke collega's, maar besteden zij meer tijd aan het lichamelijk onderzoek en zijn zij voorkomender.²¹ Soms vragen juist mannelijke gynaecologen meer naar de emoties en gevoelens van hun patiënten²² en soms ook laten zij een dominante paternalistische manier van communiceren zien, waarbij de patiënt vaak wordt onderbroken en beschuldigd en haar mogelijkheden worden onderschat.²³

Coronaire klachten worden bij vrouwen ondergediagnosticeerd en minder goed behandeld dan bij mannen. Internationaal is dit al langer bekend als het yentlfenomeen, en in Nederland als het jacobavan-beiereneffect.²⁴ Recentelijk werd in een grote multicentrische Europese studie wederom bevestigd dat vrouwen onder gelijke condities en met gelijke indicaties als mannen minder vaak hartkatheterisatie ondergaan, minder geschikte medicatie krijgen voorgeschreven, minder vaak worden gedotterd en ook minder frequent worden geopereerd.²⁵ Dokters ervaren ook een grotere diagnostische onzekerheid bij vrouwen met klachten van pijn op de borst dan bij mannen met dergelijke klachten.²⁶ Omdat anno 2007 ook in Nederland cardiologen in hoofdzaak mannen zijn, is de vraag interessant of vrouwelijke cardiologen anders (lees: beter) handelen dan mannen. Dat is in de Verenigde Staten niet zo. Daar krijgen vrouwen minder vaak dan mannen hartkatheterisatie aangeboden bij gelijke indicaties, onafhankelijk van het geslacht van de cardioloog.²⁷ In een recente studie onder huisartsen in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten werd door middel van videovignetten de invloed onderzocht van enerzijds de leeftijd en het geslacht van de patiënt en anderzijds het geslacht van de huisarts op het stellen van de diagnose 'coronair hartlijden'.²⁸ Vergeleken met hun mannelijke collega's besteedden vrouwelijke huisartsen meer aandacht aan de anamnese en aan de manier waarop patiënten, vooral vrouwelijke, hun klacht uitten. Ook betrokken vrouwelijke artsen meer dan hun mannelijke collega's de leeftijd van de patiënt bij het stellen van de diagnose 'coronairlijden', maar zij deden dit alleen bij mannen. Vrouwelijke en mannelijke huisartsen misten coronairlijden echter even vaak bij vrouwen als bij mannen, terwijl de videovignetten van de patiënten voor beide geslachten sterke aanwijzingen gaven voor deze aandoening.²⁸ Het verschil in communicatie tussen de seksen leidde dus niet vanzelfsprekend tot een betere herkenning van angina pectoris bij vrouwen.

Lichamelijk onderzoek. Mannelijke artsen verrichten vaker dan hun vrouwelijke collega's een rectaal onderzoek bij mannelijke patiënten, onafhankelijk van de aard van de klachten; vrouwelijke huisartsen voeren op hun beurt vaker een vaginaal toucher uit.²⁹ Mannelijke huisartsen en internisten melden, wanneer men hun hiernaar vraagt, veel vaker dan hun vrouwelijke collega's een ongemakkelijk gevoel en een beperkte competentie bij het verrichten van het onderzoek van de mammae, het maken van een uitstrijkje en het afnemen van de seksuele anamnese bij vrouwelijke patiënten.³⁰ Vrouwelijke huisartsen en internisten ervaren dezelfde moeilijkheden bij het prostaatonderzoek en de seksuele anamnese bij mannelijke patiënten.³⁰ Ook kinderartsen, gynaecologen en chirurgen hebben, wanneer hun hiernaar wordt gevraagd, de meeste moeite met het afnemen

van de seksuele anamnese bij iemand van het andere geslacht.³¹

Kennelijk werpt het psychische belemmeringen op om personen van het andere geslacht intieme vragen te stellen of bij hen intieme handelingen uit te voeren. Dat kan ertoe leiden dat dit achterwege wordt gelaten, met als gevolg geringere vaardigheden van de arts en minder medisch relevante bevindingen. Patiënten willen op hun beurt bij het vaginale of rectale onderzoek ook het liefst een dokter van de eigen sekse, waarbij de voorkeur voor iemand van het eigen geslacht bij vrouwelijke patiënten veel sterker is dan bij mannelijke.⁴⁻¹⁰ Overigens zijn in de praktijk zowel vrouwelijke als mannelijke patiënten tevredener over gynaecologisch respectievelijk rectaal onderzoek dat is uitgevoerd door een vrouwelijke in plaats van een mannelijke arts.³²⁻³³ Patiënten vinden dat vrouwelijke artsen meer tijd voor hen uittrekken en meer informatie geven; ook ervaren zij bij een vrouwelijke arts het onderzoek als minder schaamtevol. Vooral jongere en laaggeschoolde vrouwelijke patiënten vinden het prettiger als een vaginaal toucher wordt uitgevoerd door een vrouwelijke arts.

GENDER EN BEHANDELING

Medicatie. Mannelijke huisartsen en internisten schrijven vaker psychofarmaca, slaapmiddelen en analgetica voor dan vrouwelijke, en ook hogere doses per keer.³⁴⁻³⁵

Klachten van vrouwen worden door hun artsen vaker als psychosomatisch geïdentificeerd dan klachten van mannen, waarbij mannelijke artsen eerder een medicamenteuze kalmerende behandeling geïndiceerd achten en vrouwelijke artsen eerder praten.³⁶ Vrouwelijke patiënten krijgen dan ook veel vaker dan mannelijke kalmerende middelen voorgeschreven, en dit vaker door mannelijke artsen dan door vrouwelijke.³⁴ Daarnaast bieden mannelijke artsen vaker hormonale substitutietherapie aan aan vrouwen in de overgang;³⁷ ook schrijven zij eerder dan hun vrouwelijke collega's proteaseremmers voor aan hiv-positieve patiënten, hetzij mannen, hetzij vrouwen.³⁸ Ook bij de begeleiding van ouders van doodgeboren kinderen schrijven mannelijke gynaecologen vaker tranquillizers voor dan hun vrouwelijke collega's.³⁹ Soms blijkt de situatie waarin de arts zich zelf bevindt een nog specifiekere rol te spelen: zo worden vrouwen met overgangsklachten vaker met hormonen behandeld door vrouwelijke huisartsen die zelf in de overgangleeftijd zitten dan door mannelijke huisartsen of door jongere vrouwelijke huisartsen.⁴⁰

Beleid. Kijken we naar urogynaecologische klachten, dan verwijzen mannelijke huisartsen bij menstruatieklachten vaker naar de gynaecoloog dan hun vrouwelijke collega's.⁴¹⁻⁴² Een Nederlandse studie onder huisartsen naar het verwijspatroon bij een genitale prolaps laat overigens geen seksverschillen zien.⁴³

Ook bij chirurgen zijn genderverschillen aangetoond. Zo bieden vrouwelijke chirurgen oudere vrouwen met borstkanker vaker de standaard aanbevolen therapie aan dan mannelijke chirurgen dit doen.⁴⁴⁻⁴⁵ Daarnaast voeren mannelijke gynaecologen in de Verenigde Staten vaker een sectio caesarea uit dan hun vrouwelijke collega's.⁴⁶

Tot slot besteden vrouwelijke artsen in het algemeen meer tijd aan preventieve activiteiten zoals het maken van uitstrijkjes, borstsonderzoek en gynaecologisch onderzoek dan hun mannelijke collega's; ook vragen zij vaker beeldvormend onderzoek en laboratoriumonderzoek aan.⁴⁷ Mannelijke artsen verrichten daarentegen meer technische handelingen.⁴⁸⁻⁴⁹

GENDER EN GEZONDHEIDSUITKOMSTEN

Het is onduidelijk in hoeverre de sekseverschillen bij dokters de gezondheidsuitkomsten voor patiënten beïnvloeden: studies waarin de effectiviteit van behandelingen door respectievelijk mannelijke en vrouwelijke artsen met elkaar worden vergeleken, zijn niet bekend. Wel hangt een patiëntgerichte communicatiestijl waarbij er aandacht is voor gelijkwaardigheid, samen met een grotere patiënttevredenheid en dit laatste weer met een grotere therapietrouw. Patiënten van vrouwelijke artsen zijn ook tevredener dan patiënten van mannelijke artsen, ook na correctie voor kenmerken van de patiënt, duur van het consult en praktijkvoering.⁴⁸ En zelfs op een eerstehulpafdeling blijken vrouwelijke patiënten meer vertrouwen uit te spreken en tevredener te zijn over de hulp van vrouwelijke artsen dan over die van mannelijke artsen, terwijl bij mannelijke patiënten de tevredenheid over de ontvangen zorg niet samenhangt met het geslacht van de behandelend arts.⁵⁰

CONCLUSIE: DE GENEESKUNDE IS NIET GENDERNEUTRAAL

De sekse van de dokter of, beter gezegd, het gender als het geheel van de factoren die binnen een cultuur mannelijke en vrouwelijke kenmerken definiëren, speelt een rol in het medisch consult. De meeste artsen denken dat hun professionele rol genderneutraal is. Deze opvatting stoelt op de gedachte dat mannelijke en vrouwelijke studenten geneeskunde op dezelfde manier binnen de medische professie gesocialiseerd worden en dat deze professionele socialisatie de man-vrouwverschillen afzwakt. De feiten spreken de genderneutraliteit van de geneeskunde en haar beoefenaren echter tegen.⁵¹⁻⁵² Gender is niet uit te wissen en bovendien is de medische professie bij lange na niet homogeen wat betreft haar opvattingen en praktijk. Er bestaat bijvoorbeeld een verticale en een horizontale seksesegregatie in de medische gemeenschap, waarbij veel vrouwen medisch-praktisch werkzaam zijn, terwijl veel mannen de best betaalde posi-

ties en topposities bekleden.³ Uitkomsten van empirisch onderzoek in de medische praktijk weerspiegelen dan ook geen genderneutraliteit. De communicatie van vrouwelijke artsen is patiëntgerichter dan die van mannen.

Ten aanzien van het diagnostische proces en de behandeling zijn de gevonden sekseverschillen zo belangrijk dat meer onderzoek gewenst is. Patiënten mogen er immers op rekenen dat zij door beide seksen even deskundig benaderd worden, ook bij psychosociale problemen en seksespecifieke klachten. Onderzoek naar sekseverschillen voor de effecten van behandeling ontbreekt nagenoeg helemaal. Aandacht voor en inzicht in de invloed van het geslacht van de arts op het medisch consult zorgen ervoor dat gevoeligheden en seksespecifieke leemten en blinde vlekken in competenties op tijd gesignaleerd kunnen worden. Daaraan kan in onderwijs en nascholing gericht aandacht besteed worden. Het doel is immers het leveren van een betere kwaliteit van zorg aan mannelijke en vrouwelijke patiënten, waarbij voor de dokter kennis en bewustwording van en inzicht in de eigen socialisatie tot man respectievelijk vrouw voorwaarden zijn.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 februari 2008

Literatuur

- 1 Verbiest A. Van m/v naar adequaat: over het taalgebruik van vrouwen en mannen. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden; 1996.
- 2 Davis H, Fallowfield L. Counseling and communication in health care: the current situation. In: Davis H, Fallowfield L, editors. Counseling and communication in health care. Chichester: Wiley; 1991.
- 3 Zalinge E van. Vrouwelijke huisartsen, een slag apart [proefschrift]? Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2008.
- 4 Brink-Muinen A van den, Bakker DH de, Bensing JM. Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *Br J Gen Pract.* 1994;44:205-10.
- 5 Baskett TF. What women want: don't call us clients, and we prefer female doctors. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24:572-4.
- 6 Phillips D, Brooks F. Women patients' preferences for female or male GPs. *Fam Pract.* 1998;15:543-7.
- 7 Reid I. Patients' preference for male or female breast surgeons: questionnaire study. *BMJ.* 1998;317:1051.
- 8 Bovee B, Lagro-Janssen ALM, Vergeer M. Seksuele problemen en hulpvraaggedrag bij diabetici, hypertensieven en patiënten met chronische obstructieve longziekten in een huisartspraktijk. *Tijdschrift voor Seksuologie.* 2004;28:134-9.
- 9 Schmittiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry jr CP. Women's provider preferences for basic gynecology care in a large health maintenance organization. *J Womens Health Gend Based Med.* 1999; 8:825-33.
- 10 Latka RK. Practitioner gender preference among gynecologic patients in Iraq. *Health Care Women Int.* 2006;27:125-30.
- 11 Ahmad F, Gupta H, Rawlins J, Stewart DE. Preferences for gender of family physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract.* 2002;19:146-53.
- 12 Doyal L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ.* 2001;323:1061-3.
- 13 Brink-Muinen A van den. Gender, health and health care in general practice [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 1996.
- 14 Meeuwesen L, Schaap C, Staak C van der. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med.* 1991;32:1143-50.
- 15 Roter DL, Hall JA, Aoki YA. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 2002;288:756-64.
- 16 Stutz EZ, Ceschi M. Geschlecht und Kommunikation im ärztlichen Setting – eine Übersicht. *Ther Umsch.* 2007;64:331-5.
- 17 Bensing JM, Brink-Muinen A van den, Bakker DH de. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Med Care.* 1993;31:219-29.
- 18 Meeuwesen L, Bensing JM, Brink-Muinen A van den. Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Educ Couns.* 2002;48:233-42.
- 19 Verdonk P, Harting A, Lagro-Janssen ALM. Does equal education generate equal attitudes? Gender differences in medical students' attitudes toward the ideal physician. *Teach Learn Med.* 2007;19:9-13.
- 20 Brink-Muinen A van den, Dulmen S van, Messerli-Rohrbach V, Bensing JM. Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices. *Patient Educ Couns.* 2002;48:253-64.
- 21 Dulmen AM van, Bensing JM. Gender differences in gynecologist communication. *Women Health.* 2000;30:49-61.
- 22 Roter DL, Geller G, Bernhardt BA, Larson SM, Doksum T. Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstet Gynecol.* 1999;93(5 Pt 1):635-41.
- 23 Uskul AK, Ahmad F. Physician-patient interaction: a gynecology clinic in Turkey. *Soc Sci Med.* 2003;57:205-15.
- 24 Erkelens DW. De derde emancipatie. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1992;136:1436-40.
- 25 Daly C, Clemens F, Lopez Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. Gender differences in the management and clinical outcome of stable angina. *Circulation.* 2006;113:490-8.
- 26 Arber S, McKinlay JB, Adams A, Marceau L, Link C, O'Donnell A. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: a video-simulation experiment. *Soc Sci Med.* 2006;62:103-15.
- 27 Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ, Vaccarino V, Krumholz HM. Sex differences in cardiac catheterization: the role of physician gender. *JAMA.* 2001;286:2849-56.
- 28 Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, McKinlay JB, Link C, Marceau L, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Social Health Illn.* 2008;30:1-18.
- 29 Levy S, Dowling P, Boulton L, Monroe A, McQuade W. The effect of physician and patient gender on preventive medicine practices in patients older than fifty. *Fam Med.* 1992;24:58-61.
- 30 Lurie N, Margolis K, McGovern PG, Mink P. Physician self-report of comfort and skill in providing preventive care to patients of the opposite sex. *Arch Fam Med.* 1998;7:134-7.
- 31 Burd ID, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med.* 2006; 3:194-200.
- 32 Elderen Th van, Maes S, Rouneau C, Seegers G. Perceived gender differences in physician consulting behaviour during internal examination. *Fam Pract.* 1998;15:147-52.
- 33 Rouneau CMAC. Doctor's gender and patient care: a study of perceived GP behaviour during consultations [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden; 1994.
- 34 Waal FW van der. Sex differences in benzodiazepine use [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 1995.
- 35 Glaesmer H, Deter HC. Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit – Verschreiben Ärzte häufiger Medikamente als Ärztinnen? *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2002;52:386-91.
- 36 Brink-Muinen A van den, Bensing JM, Kerssens JJ. Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. *Med Care.* 1998;36:100-6.

- 37 Huston S, Sleath B, Rubin RH. Physician gender and hormone replacement therapy discussion. *J Womens Health Gend Based Med.* 2001;10:279-87.
- 38 Beran MS, Cunningham W, Landon BE, Wilson IB, Wong MD. Clinician gender is more important than gender concordance in quality of HIV care. *Gend Med.* 2007;4:72-84.
- 39 Säflund K, Sjögren B, Wredling R. Physicians' role and gender differences in the management of parents of a stillborn child: a nationwide study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000;21:49-56.
- 40 Jabaaij L. Huisartsen in de overgang schrijven vaker hormonen voor. *Huisarts Wet.* 2003;46:737.
- 41 Coulter A, Peto V, Doll M. Influence of sex of general practitioner on management of menorrhagia. *Br J Gen Pract.* 1995;45:471-5.
- 42 Boulis AK, Long JA. Gender differences in the practice of adult primary care physicians. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13:703-12.
- 43 Moonen S, Schellevis F, Lagro-Janssen ALM. Uterovaginale prolaps: mannelijke en vrouwelijke huisartsen stellen even vaak de diagnose. *Huisarts Wet.* 2006;49:5.
- 44 Silliman RA, Demissie S, Troyan SL. The care of older women with early-stage breast cancer: what is the role of surgeon gender? *Med Care.* 1999;37:1057-67.
- 45 Hershman DL, Buono D, McBride RB, Tsai WY, Joseph KA, Grann VR, et al. Surgeon characteristics and receipt of adjuvant radiotherapy in women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100:199-206.
- 46 Mitler LK, Rizzo JA, Horwitz SM. Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol.* 2000;53:1030-5.
- 47 Arouni AJ, Rich EC. Physician gender and patient care. *J Gend Specif Med.* 2003;6:24-30.
- 48 Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc.* 2003;58:69-75.
- 49 Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care.* 2001;39:1281-92.
- 50 Derose KP, Hays RD, McCaffrey DF, Baker DW. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *J Gen Intern Med.* 2001;16:218-26.
- 51 Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. Gender awareness among physicians – the effect of specialty and gender. A study of teachers at a Swedish medical school. *BMC Med Educ.* 2003;3:8-12.
- 52 Lagro-Janssen ALM. Sex gender and health. Developments in research. *Eur J Womens Studies.* 2007;14:9-20.

Abstract

Medicine is not gender-neutral: influence of physician sex on medical care

- Many studies have shown that men and women differ in communication styles. The question is whether these differences also play a role during medical consultation.
- Potential differences between male and female physicians that have been investigated, are differences in doctor-patient communication, the diagnostic process and treatment.
- The communication style of female physicians is more patient-oriented than that of male physicians.
- Male and female physicians differ in their use of additional tests; notably, intimate examinations, such as prostatic or vaginal examinations, are performed less frequently for patients of the opposite sex.
- Male physicians prescribe medication more frequently; notably sedatives are prescribed more often by male physicians to female patients.
- Therefore, whether medical care is provided by a male or a female physician makes a difference: the professional role of the physician is not gender-neutral. Within the medical profession, male and female medical students are socialised differently, and professional socialisation does not overcome differences in gender roles.
- Patients are generally more satisfied with female physicians than male physicians.
- Knowledge of and insight into these processes is essential for improving the quality of care.

Ned Tijdschr Geneesk. 2008;152:1141-5