

Medicijnen

Interviewer: Er komen steeds meer ouderen, de bevolking vergrijst, en we weten ook dat als mensen ouder worden, dat ze meer geneesmiddelen gaan gebruiken. Maar we weten sinds een aantal jaren ook dat het gebruik van geneesmiddelen en de bijwerkingen daarvan voor ouderen juist een belangrijke oorzaak kan zijn om ziek te worden en in het ziekenhuis terecht te komen. Niet alleen slikken ouderen te veel medicijnen, het is dus ook nog maar de vraag of de pillen goed werken bij hen. Want nog altijd is bij geneesmiddelenonderzoek de jonge, blanke man het uitgangspunt. En ook in andere medische onderzoeken wordt te weinig rekening gehouden met de verschillen tussen man en vrouw, en jong en oud. Dat kan, en moet ook anders. En daarom bestaat er sinds een paar maanden een website waarop onderzoekers en wetenschappers kunnen zien welke verschillen er eigenlijk zijn, en welke invloed ze hebben op de gezondheid. En die site is in het leven geroepen door onder andere Ineke Klinge, universitair hoofddocente aan de Universiteit Maastricht, en gespecialiseerd in gender- en seksevraagstukken. Mevrouw Klinge, goedemorgen.

Mevrouw Klinge: Goedemorgen.

Interviewer: Dat mannen en vrouwen verschillen, is dat echt van zo groot belang voor de volksgezondheid?

Mevrouw Klinge: Ja, dat vinden wij wel. Wat jij vertelde in de inleiding, dat heel lang in de geneeskunde en in het biomedisch onderzoek de man als norm heeft gefungeerd, dat kan je niet langer meer volhouden. Dat komt door de biologische verschillen in het mannenlichaam en in het vrouwenlichaam. Daarin gaan bepaalde biologische processen toch echt op een andere manier, en dat heeft weer te maken met hoe aandoeningen ontstaan, welke symptomen daar bij horen, en ook hoe zulke lichamen reageren op geneesmiddelen of op een therapie.

Interviewer: Noemt u eens wat verschillen in aandoeningen tussen mannen en vrouwen.

Mevrouw Klinge: Eh ... neem bijvoorbeeld aderverkalking. Dat verloopt bij mannen toch echt op een andere manier dan bij vrouwen.

Interviewer: Oh ja, hoe dan?

Mevrouw Klinge: Nou, eh, de manier waarop die plaks ontstaan in de aderen,

dat kun je op plaatjes heel mooi zien, daar zijn duidelijk verschillen te zien tussen mannen en vrouwen, die van invloed zijn op het risico dat zo'n plak loslaat en je een hartinfarct krijgt.

Interviewer: Met andere woorden: een man moet dan andere medicijnen hebben dan een vrouw?

Mevrouw Klinge: Ja, precies. Dit is dan een voorbeeld van hoe die onderliggende biologische processen leiden tot een aandoening. En als we dan kijken naar het effect van geneesmiddelen: de geneesmiddelen die het lichaam binnenkomen, kunnen op een seksspecifieke manier worden afgebroken – daarbij moet je denken aan hoe lang ze in de maag blijven, hoe ze van daar uit getransporteerd en opgenomen worden door het lichaam, door de lever omgezet worden in werkzame stof, etc. In die processen zijn verschillen tussen mannen en vrouwen ontdekt die tot hele dramatische dingen geleid hebben. Zo is gebleken dat bepaalde geneesmiddelen die wel bestudeerd en positief getest waren bij de bekende jonge, blanke mannenpopulatie, bij vrouwen toch ernstige bijwerkingen hadden. En dat vinden wij geen goede geneeskunde...

Interviewer: Dat kan ik me voorstellen, ja. Nou weet ik van mezelf dat ik nogal een zeurpiet ben op het moment dat ik ziek ben, dan wil ik aandacht, en vrouwen hebben dat veel minder, is mijn idee. Hebben dat soort, zeg maar, culturele verschillen tussen mannen en vrouwen, hebben die ook uw aandacht?

Mevrouw Klinge: Ja zeker! In ons nieuwe vakgebied van gender medicine gaat het om innovatie van biomedisch onderzoek. Daarbij wordt meer aandacht besteed aan biologische verschillen tussen mannen en vrouwen, maar ook – en dat is net zo belangrijk en dat was tot dusver nog niet standaard in de biomedische wetenschappen – is er meer aandacht voor die genderverschillen, sociaal-culturele verschillen tussen mannen en vrouwen. Dan moet je denken aan wat in een bepaalde maatschappij telt als mannelijk en vrouwelijk; mannelijk en vrouwelijk gedrag, normen, rollen ...

Interviewer: En wat telt in onze maatschappij dan als mannelijk gedrag? Geef eens een voorbeeld?

Mevrouw Klinge: Nou, bijvoorbeeld mannelijk gedrag in relatie tot gezondheid. Het is een wat stereotiep beeld, maar mannen praten niet graag over hun aandoeningen, gaan al helemaal niet graag naar de dokter, praten daar met hun vrienden niet over... omdat praten over ziekte en gezondheid en daar aandacht aan besteden wordt gezien als iets vrouwelijks en dat doe je niet als traditionele, stereotiepe man.

Interviewer: Ik zie een paar mannen hier in de zaal die heftig 'ja' zitten te knikken.

Mevrouw Klinge: Ja, haha, mijn eigen echtgenoot herkent dit ook altijd heel erg goed. Dat mannen uiteindelijk toch nog naar de dokter gaan, is als de klachten al vergevorderd zijn, of als hun vrouw uiteindelijk zegt ‘Ga nou eens’, en dan is de aandoening vaak verder voortgeschreden dan nodig was.

Interviewer: En dan is er natuurlijk ook nog het verschil tussen jong en oud. Ouderen krijgen echt bakken met medicijnen.

Mevrouw Klinge: Ja, dat is een ander punt, dat in het geneesmiddelenonderzoek bij ouderen geen rekening gehouden wordt met wat we noemen co-morbiditeit. In het geneesmiddelenonderzoek wil je graag een zo homogeen mogelijke populatie proefpersonen hebben, maar als die medicijnen worden voorgeschreven aan ouderen die ook nog allerlei andere aandoeningen hebben, ja, dan weet je niet wat het effect daarvan is. En nog een ander voorbeeld: omdat vrouwen niet onderzocht worden in dat geneesmiddelenonderzoek, weet je bijvoorbeeld ook niet wat het effect is van de menstruele cyclus, van anticonceptiegebruik, van de premenopauze, de postmenopauze ...

Interviewer: Hoe komt dat nou, zijn die onderzoekers dan alleen maar mannen die denken ‘We hebben voor ons onderzoek alleen maar mannen nodig’? Hoe werkt dat?

Mevrouw Klinge: Dat weet ik niet zeker. Maar ik denk dat het zo historisch gegroeid is. Er zijn gelukkig wel veranderingen op gang gebracht. In Amerika heeft de instantie die verantwoordelijk is voor toelating van geneesmiddelen, al lang richtlijnen daarvoor gegeven. Als daar een geneesmiddel op de markt gebracht wordt voor een bepaalde groep, dan moet het ook op die specifieke groep getest zijn. Groepen onderzoekers in Europa proberen dat ook voor elkaar te krijgen bij de EMEA, de instantie in Europa die daarover gaat.

Interviewer: Nou, kan ik me voorstellen dat er specifieke ziekten zijn die alleen, of voornamelijk bij vrouwen voorkomen, en dat er dan ook getest wordt op vrouwen. Klopt dat?

Mevrouw Klinge: Ja, dat is zo. Maar dat zijn dan meestal toch die aandoeningen die te maken hebben met de voortplanting hè. Eierstokkanker bijvoorbeeld zul je bij mannen natuurlijk niet tegenkomen, en prostaatkanker niet bij vrouwen. Maar er zijn een hele hoop algemene aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, of nierfalen, die zowel bij mannen als bij vrouwen veel voorkomen.

Interviewer: Maar neem nou een ander voorbeeld, botontkalking. Daar hebben toch vooral vrouwen last van?

Mevrouw Klinge: Botontkalking, osteoporose. Ja, dat is weer een ander aspect van die gender invloeden. Het werd heel lang gezien als een typische vrouwenziekte, met andere woorden, het werd bij mannen niet onderkend. En dat was

omgekeerd ook zo voor hart- en vaatziekten, die werden lang gezien als typische aandoeningen bij mannen, zodat ze bij vrouwen niet op tijd werden gediagnosticeerd. Bij osteoporose heeft het heel lang geduurd voordat duidelijk was dat mannen dat ook kregen. Een derde van het totale aantal heupfracturen komt voor bij mannen, en bovendien gaan ze er eerder aan dood dan vrouwen. Dus het is toch ook bij mannen een ernstig probleem.

Interviewer: En op uw website staan dus praktische tips voor onderzoekers, voor wetenschappers, om rekening te houden met dit soort biologische verschillen, ook natuurlijk met die sociaal-culturele verschillen. En dan hebben we het nog niet eens gehad over verschillen tussen etnische groepen, want die zijn er ook, las ik op uw website. Door wie wordt de website eigenlijk bezocht? Ik neem aan door wetenschappers en door onderzoekers, en misschien ook door huisartsen?

Mevrouw Klinge: Daar heb ik nog geen gegevens over. Wel wordt het aantal bezoekers bijgehouden. We hadden 12.000 unieke bezoekers in drie maanden, en ze komen uit 134 landen. De respons die we krijgen per e-mail, gewoon aan de ontwerpers en de makers van deze website, daaruit wordt wel duidelijk wie het zijn. We hopen natuurlijk de onderzoekers te bereiken maar zeker ook de beleidsmakers. Het is een hele praktische website. Je hoeft niet dertig jaar literatuur door te worstelen maar je kan direct beginnen met 'Hoe ga ik het nou doen. Ik heb hier een probleem en hoe ga ik het nou aanpakken, hoe vermijd ik de valkuilen van het verleden.'

Interviewer: Mevrouw Klinge, ik dank u hartelijk. En veel succes met uw website.

Mevrouw Klinge: Dank u wel.