De integratie van de factor sekse in het basiscurriculum geneeskunde van het UMC St Radboud

L.J.L. Mans, P. Verdonk, A.L.M. Lagro-Janssen

Samenvatting

Inleiding: In het Nijmeegse basiscurriculum geneeskunde bestonden in 1998 lacunes op het gebied van biologische, psychische en sociale factoren bij gezondheidsverschillen tussen de seksen. Na screening op taal, inhoud en context werden aanpassingen voor de integratie van de factor sekse voorgesteld, waarvan de evaluatie in dit artikel wordt beschreven. Doel van deze studie is te onderzoeken of de integratie van sekse in het basiscurriculum van Nijmegen is geslaagd en welke factoren daarbij een rol speelden.

Method: Gescreende blokboeken zijn opnieuw bekeken en blokcoördinatoren van negen kernblokken zijn geïnterviewd.

Resultaten: De factor sekse wordt sinds de start van het project veel meer onder de aandacht van studenten gebracht. Verschillende factoren speelden een rol: concrete en direct uitvoerbare inhoudelijke aanbevelingen, een adequate vertaling van sekseverschillen naar de concrete patiëntenzorg, motivatie van blokcoördinatoren, aanwezigheid van een trekker in de faculteit, inbedding in het bestaande onderwijsprogramma, betrokkenheid van coördinatoren bij de besluitvorming en praktische ondersteuning.

Conclusie: De integratie van sekse in het Nijmeegse curriculum is grotendeels geslaagd. De eigen ervaring van blokcoördinatoren met het belang van sekse in de concrete patiëntenzorg faciliteerde de implementatie. De evaluatie stimuleerde tot nieuwe ideeën en afspraken. Het verdient aanbeveling met deze en bovengenoemde factoren rekening te houden bij de integratie van de factor sekse aan de andere faculteiten. (Mans L.J.L., Verdonk P., Lagro-Janssen A.L.M. De integratie van de factor sekse in het basiscurriculum geneeskunde van het UMC St Radboud. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2003;22(5):235-243.)

Inleiding

Gezondheidsverschillen tussen de seksen hangen samen met biologische, psychische, sociale, culturele en maatschappelijke factoren.¹⁻³ Mannen en vrouwen verschillen in eerste instantie van elkaar met het oog op de voortplanting, en aandacht voor gezondheidsverschillen beperkt zich meestal tot seksegebonden aandoeningen van de reproductieve functies.⁴ Maar ook bij andere aandoeningen doet sekse er toe, bijvoorbeeld bij risicofactoren, medische consumptie, klachtpresentatie, de gevolgen van ziekte en bij de behandeling en bejegening door de hulpverlener. Door onvoldoende rekening te houden met deze

sekseverschillen worden sekseverschillen in gezondheid groter.¹

Men spreekt van seksspecifiek medisch onderwijs indien studenten een goed inzicht verwerven in de betekenis van sekse voor gezondheid en ziekte en dit leren toe te passen in de medische praktijk.⁵ Het Raamplan 2001 vermeldt de noodzakelijke kennis en vaardigheden van basisartsen, evenals het gewenste professionele gedrag van de arts in de arts-patiënt relatie.⁶ Toegespitst op sekseverschillen zijn, volgens de eindtermen, aankomend artsen zich bewust van hun machtspositie, socialisatie, opvattingen en waarden en normen, en houden zij hier rekening mee bij de hulp-

verlening. Artsen hebben kennis van en inzicht in de psychische en somatische structuur van mannen, vrouwen en kinderen.

In 1998 werd onderzocht op welke manier in het Nijmeegse medische onderwijscurriculum seksespecifieke aspecten aan bod kwamen.⁷ Uit dit pilotproject bleek dat in het onderwijsaanbod sprake was van versplinterde aandacht voor seksespecifieke elementen en van lacunes op het gebied van kennis en attitudevorming. Onderwijsmateriaal werd gescreend op taal (is de student altijd een 'hij'), context (in welke context worden mannelijke en vrouwelijke patiënten gepresenteerd) en inhoud (welke onderwerpen komen wel en niet aan bod in de cursus).⁵ Aan de hand van de screeningsresultaten werd met verschillende blokcoördinatoren overlegd om aandacht te vragen voor de

thematiek en te bespreken hoe aanpassingen geïmplementeerd konden worden. Voor deze gesprekken werd door de hoogleraar Vrouwenstudies Geneeskunde, Mw. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, een selectie van de blokken gemaakt op basis van de onderwijsrelevantie en de centrale positie in het curriculum.

Aan de hand van literatuur en internationale projecten is een lijst van kenmerken opgesteld, waaraan geslaagde integratie van sekse in een medisch curriculum moet voldoen (tabel 1).^{2 5 8-18}

De vraagstellingen in dit onderzoek zijn de volgende: (1) zijn de aanbevelingen uit het pilotproject geëffectueerd?, (2) welke factoren hebben een rol gespeeld bij de implementatie? en (3) is de integratie van sekse in het Nijmeegse medisch basiscurriculum geslaagd?

Tabel 1. Kenmerken van een geslaagde integratie van sekse in het medisch basiscurriculum.

1. De student is in staat M/V verschillen te herkennen en te verklaren ten aanzien van onderstaande thema's:
 - Overgangsfasen zoals overgang en adolescentie.
 - Farmacotherapie.
 - Hart- en vaatziekten.
 - Urineweginfecties en andere mictieklachten.
 - Incontinentie.
 - Voortplanting, met name anticonceptie, SOA, infertiliteit.
 - Eetstoornissen en overgewicht.
 - Verslavingen alcohol, benzo's.
 - Depressie en angststoornissen.
 - Seksueel misbruik en geweld, kinder- en partnermishandeling.
 - Posttraumatische stressstoornissen.
 - Seksualiteit en seksuele problemen, seksuele geaardheid.
 - Communicatie.
 - Gender en cultuur.
2. Seksespecifieke hulpverlening/kwaliteit van zorg. Deze M/V verschillen zijn opgenomen in de eindtermen van het door de student gevolgde onderwijs.^{5 18-19}
3. De student heeft onderwijs genoten waarin zowel aan biomedische als aan sociaal-culturele M/V verschillen aandacht is besteed.^{5 18-19}
4. De student heeft onderwijs genoten over M/V verschillen in verschillende studie jaren (minimaal 2).
5. De student heeft in tenminste 6-8 blokken (van 2 á 4 weken) van het kerncurriculum onderwijs genoten waarin expliciet aandacht is besteed aan M/V verschillen.
6. De student is in de gelegenheid gesteld 1 extra keuzeblok sekse/gender te volgen, al dan niet samen met multiculturaliteit.

Methode

Blokboeken van de negen geselecteerde blokken zijn opnieuw bekeken en de acht (mannelijke) blokcoördinatoren daarvan zijn geïnterviewd in een individueel gesprek van één uur (twee blokken hadden dezelfde coördinator). Interviews vonden plaats in de periode mei 2002 tot september 2002 aan de hand van een aangepaste checklist.²⁰⁻²¹ Alleen het eerste interview vond plaats met beide onderzoekers om te beoordelen of de checklist aanpassingen behoefde (tabel 2).

De gesprekken zijn genotuleerd en ter accordering aan de geïnterviewde voorgelegd. Uit de screening van de blokboeken en de interviews is geconcludeerd welke aanbevelingen geëffectueerd zijn.

De interviews zijn geanalyseerd door beide onderzoekers op factoren die een rol hebben gespeeld bij de implementatie. Tot slot is de vraag naar de geslaagde integratie van seksie in het curriculum beantwoord door de resultaten van de eerste onderzoeksvraag te vergelijken met de opgestelde criteria van een geslaagde integratie.

Resultaten

In de beantwoording van de vraag naar de implementatie van de aanbevelingen volgen de concrete aanpassingen per blok (tabel 3) en de weergave van de interviews.

De interviews met de blokcoördinatoren richten zich op de aanpassingen en de fac-

Tabel 2. Checklist.

Evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> • Welke wijzigingen heeft u in uw onderwijsprogramma aangebracht? • Indien geen wijzigingen zijn aangebracht, wat is daarvan de reden? • Wat vindt u van de aangebrachte veranderingen? • Hoe evalueren studenten het programma?
Behoeften van docenten	<ul style="list-style-type: none"> • Literatuursuggesties. • Werkvormen, opdrachten (didactische suggesties). • Meedenken over relatie inhoud/didactiek. • Voorbeeld van programmaopzet/geslaagde soortgelijke programma's. • Bijscholing/training. • Voorbeelden van mogelijke situaties in collegezaal. • Docentenseminar.

Tabel 3. Overzicht voorgestelde wijzigingen en uitgevoerde aanpassingen.

Naam blok	Studie- jaar	Voorgestelde wijzigingen ²²	Aanpassingen Nee, Deels, Ja
Grondslagen & Methoden 1 (Arts en Opleiding)	1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onder de aandacht brengen van seksie als psychosociale factor in het biopsychosociaal model. 2. M.b.t. medische cultuur: wat vinden mannen en vrouwen in de uitoefening van hun beroep als dokters belangrijk? 3. Problematiseren van seksie door in te gaan op verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft klachtpresentatie. 4. Vraag toevoegen over wat mannelijke en vrouwelijke patiënten als ziek/gezond ervaren. 	<p>Ja</p> <p>Nee</p> <p>Nee</p> <p>Nee</p>

Vervolg tabel 3.

Naam blok	Studie- jaar	Voorgestelde wijzigingen ²²	Aanpassingen Nee, Deels, Ja
Regulatie & Integratie 1	1	1. In het blokboek als algemene opmerking toevoegen dat sekse een factor kan zijn van variabiliteit bij de reactie op geneesmiddelen. 2. Informatie over verschillen in bijwerkingen van geneesmiddelen bij vrouwen en mannen in de tekst opnemen.	Ja Nee
Stofwisseling 2	2	1. In de casuïstiek man/vrouw-verschillen in voorkomen en oorzaken verwerken. 2. Aandacht voor man/vrouw-verschillen in de vragen over diagnostiek en behandeling van bovenbuikklachten, met speciale attentie voor seksueel misbruik. 3. Aanbieden van literatuur in reader over sekseverschillen bij maag-darmaandoeningen. 4. Buikpijn is gekoppeld aan seksueel misbruik. Is het mogelijk om een patiënte op het college te laten komen? 5. Gegevens verwerken uit een onderzoek over sekseverschillen in aandoeningen van de tractus digestivus, m.n. bij obstipatie en fecale incontinentie. 6. Anticonceptie- en infertiliteitsaspecten opnemen bij de bespreking van de ziekte van Crohn.	Ja Ja Nee Ja Ja Ja
Water- en Zouthuishouding 2	2	1. In casus over urineweginfecties de studenten onderscheid laten maken naar sekse met betrekking tot beleid.	Nee
Circulatie 2	2	1. Toetsvraag toevoegen over sekse m.b.t. hart- en vaataandoeningen. 2. Seksespecifieke accenten leggen in zelfstudieopdracht en/of werkgroep. 3. De seksestereotiepe context aanpassen waarin patiënten soms opgevoerd worden.	Ja Ja Ja
Grondslagen & Methoden 3 (Arts en Cultuur)	3	1. Toevoegen van een college over gender/sekse in de spreekkamer. 2. Differentiëren naar sekse wat betreft sociaal-economische gezondheidsverschillen. 3. Seksespecifieke hulpverlening als vorm van hulpverlening toevoegen.	Ja Ja Ja
Psychoproblematiek	3	1. Met betrekking tot angst, depressie en somatisatie: aandacht voor sekseverschillen in voorkomen en presentatie. 2. Nadere differentiatie naar sekse wat betreft verwijzingen naar het autonome zenuwstelsel. 3. Tekst over depressie aanvullen met informatie uit literatuur over depressie en sekse. 4. Aandacht voor anticonceptie, zwangerschap, borstvoeding en toxiciteit van medicijngebruik bij alle farmacotherapeutische behandelingen. 5. Aandacht voor verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft aard, functie en gevolgen van verslaving.	Nee Nee Nee Nee Nee
Leeftijdsafhankelijke Problematiek	4	1. Toevoegen van een hoorcollege dat de verschillen in aanpak in de verschillende leeftijden en naar sekse illustreert aan de hand van urineweginfecties. *	Ja
Extramurale Praktijk +	4	*	

* In deze blokken was sekse reeds maximaal geïntegreerd in diverse thema's.

+ Met de blokcoördinator van Extramurale Praktijk is niet gesproken. De onderzoeksleider, Mw. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, is vervangend coördinator van dit blok.

toren die een rol hebben gespeeld bij de implementatie. De cursief gedrukte tekstgedeelten zijn overgenomen uit de gespreksverslagen.

De blokcoördinator van **Grondslagen & Methoden 1 (Arts en Opleiding)** wil in dit stadium van de studie geen aandacht besteden aan sekseverschillen in klacht-presentatie. Ook de andere aanbevelingen vindt de blokcoördinator meer geschikt voor zijn derdejaarsblok Arts en Cultuur: *‘Over het voorstel om een vraag toe te voegen over wat mannelijke en vrouwelijke patiënten als ziek/gezond ervaren zegt hij dat het wat vroeg is daar zo specifiek op in te gaan. In dit eerste blok gaat het juist globaal over wat ziek c.q. gezond is.’* Wel is een casus ‘Vrouwen ongezonder dan mannen?’ opgenomen, waarin geleerd wordt problemen vanuit drie theoretische invalshoeken (de psychologische, de sociale en de biomedische) te benaderen. Sekseverschillen in besnijdenis worden wel besproken in het blok, maar niet in de tekst genoemd. Tijdens het interview wordt afgesproken dat dit onderwerp expliciet in het blokboek wordt opgenomen.

Het hoorcollege over sekse/gender in de spreekkamer in het blok **Grondslagen & Methoden 3 (Arts en Cultuur)** zou meer structureel ingebed moeten worden. De coördinator stelt voor om een zelfstudie-opdracht en een responsiecollege toe te voegen.

Volgens de blokcoördinator van **Regulatie en Integratie 1** zijn er te weinig onderzoeksgegevens voorhanden over sekse en de (bij)werking van geneesmiddelen om te doceren aan studenten. Wellicht komt er meer kennis beschikbaar over sekseverschillen en farmacologie. *‘Hij geeft aan dat hij als klinisch farmacoloog in de praktijk niet veel merkt van de invloed van sekse op de werking van geneesmiddelen. Ook is er daarover momenteel nog weinig bekend. Omgekeerd is het mogelijk*

dat zodra er meer over sekseverschillen en farmacologie wordt gepubliceerd, je in de praktijk er ook beter op gaat letten.’

In het blok **Stofwisseling 2** wordt volgens de blokcoördinator nu voldoende aandacht geschonken aan sekseverschillen en zijn weinig belemmeringen gevonden bij de implementatie. De vraag ‘Wat zou u doen indien deze patiënt een man/vrouw was?’ wordt vaak toegevoegd. Het aanbieden van achtergrondinformatie is moeilijk, omdat informatie over sekseverschillen en maag- en darmziekten in tekst- en leerboeken ontbreekt en de maximale readeromvang beperkt is. *‘Het feit dat hij in de praktijk met seksespecifieke problematiek veelvuldig werd geconfronteerd, heeft hem ertoe gebracht om genoemde wijzigingen in het onderwijs aan te brengen. Sekseverschillen hadden reeds zijn aandacht zowel in de praktijk als ook in het onderwijs van dit blok.’*

Het blok **Water- en Zouthuishouding 2** is niet aangepast op taal en de voorgestelde aanpassing van de casus over praktijkbeleid is niet doorgevoerd, omdat sekse al wordt besproken bij het onderwerp ‘urineneweginfecties en epidemiologie’. De blokcoördinator wil alsnog een inleidende tekst in het blok opnemen over het belang van sekse, evenals een casus over urine-incontinentie. *‘Hij geeft aan dat op het gebied van seksespecifieke geneeskunde in onderwijs vooral behoefte bestaat aan creativiteit in onderwerpen en onderwijsmateriaal. (...) In verband met beschikbare tijd is onderwijsmateriaal altijd welkom en indien er cursussen worden gegeven, dienen deze kort en krachtig te zijn en relevant voor het onderwijs.’*

Een hoorcollege over sekse-asymmetrie bij hart- en vaatziekten is in het programma van het blok **Circulatie 2** opgenomen en toetsvragen zijn toegevoegd. Een logische en soepele integratie van sekse in de leerstof wordt door de coördi-

nator als niet eenvoudig ervaren. Genoemd hoorcollege is nog onvoldoende ingebed in het programma. *‘Wetenschappelijke literatuur over sekseverschillen bij hart- en vaatziekten verschijnt pas sinds een jaar of acht. Deze kennis is nog nauwelijks opgenomen in de leerboeken voor studenten. Medisch-wetenschappelijke kennis dringt pas tien jaar later echt door tot de praktijk. Hij geeft aan dat hij zich pas sinds zes tot acht jaar bewust is van deze verschillen, zoals kennis over man-/vrouwverschillen in de betrouwbaarheid van tests en onderzoeken, of de onderdiagnostiek van hart- en vaatziekten bij vrouwen.’* Na het evaluatiegesprek wordt met de blokcoördinator afgesproken om in het blokboek een zelfstudieopdracht over sekseverschillen en angina pectoris op te nemen.

Afspraken over het blok **Psychoproblematiek** zijn gemaakt met de coördinator, die anderhalf jaar geleden het blok heeft overgedragen. De aanbevelingen zijn niet opgevolgd. De huidige coördinator is van mening dat dit alsnog geëffectueerd moet worden. Het blokboek is inmiddels opnieuw gescreend en van aanbevelingen voorzien.

De blokcoördinator van het blok **Leefsafhankelijke Problematiek** noemt de aanwezigheid van de hoogleraar vrouwenstudies in het blok een belangrijke stimulans voor de integratie van sekse. Aandacht voor sekseverschillen is vooral van belang in de domeinen pathofysiologie en psychische en sociale aspecten van gezondheidsproblemen. Sekse is niet in de eindtermen van het blok opgenomen vanwege de nadruk in dit blok op leeftijd. *‘Een opdracht in het blokboek is dat studenten de mijlpalen in mannen- en vrouwenlevens moeten beschrijven. De huidige oudere mannen en vrouwen verschillen zeer van elkaar wat betreft levensgeschiedenis én toekomstverwachting (levensver-*

wachting en gezondheid). Beeldmateriaal hierover zou zeer illustratief zijn.’

De coördinatoren waren van mening dat de aangebrachte veranderingen ook verbeteringen van het onderwijs betekenden. Over de evaluatie van studenten met betrekking tot de seksspecifieke elementen had men minder uitgesproken ideeën. Men ging er in het algemeen van uit dat de studenten zich niet van het specifieke karakter van sekse bewust waren en het als gewone, belangrijke leerstof tot zich namen.

Welke factoren hebben een rol gespeeld bij de implementatie? Uit de interviews bleken de volgende factoren voor het welslagen van belang:

- Concrete en direct uitvoerbare inhoudelijke aanbevelingen;
- Een adequate vertaling van sekseverschillen naar de concrete patiëntenzorg;
- Blokcoördinatoren moeten overtuigd zijn of raken van de noodzaak van aandacht voor sekse/gender. Blokcoördinatoren integreren sekseverschillen vooral wanneer zij deze herkennen in hun eigen ervaringen als arts;
- Aanwezigheid van een enthousiaste ‘trekker’ met kennis van zaken in de faculteit;
- Goede inbedding in het bestaande onderwijsprogramma;
- Betrokkenheid van blokcoördinatoren bij de besluitvorming;
- Praktische ondersteuning zoals toegankelijk onderwijsmateriaal, financiële middelen voor (gast)colleges of de ontwikkeling van beeldmateriaal, aanwezigheid en beschikbaarheid van voldoende wetenschappelijke literatuur over sekseverschillen bij de verschillende onderwerpen.

Conclusie

Is de integratie van sekse in het Nijmeegse medisch basiscurriculum geslaagd? Hoe-

wel het Nijmeegse basiscurriculum niet aan alle kenmerken van een geïntegreerd basiscurriculum voldoet, kan wel geconcludeerd worden dat sekse/gender sinds de start van het pilotproject veel meer onder de aandacht wordt gebracht van studenten.

Alle thema's (behalve farmacotherapie) van de kenmerkenlijst geslaagde integratie van sekse zijn in het curriculum opgenomen, zoals overgangsfasen, hart- en vaatziekten, urine-incontinentie, seksueel geweld en seksspecifieke hulpverlening. Sekse is opgenomen in zes blokken van het kerncurriculum: Grondslagen & Methoden 1 (Arts en opleiding), Stofwisseling 2, Circulatie 2, Grondslagen & Methoden 3 (Arts en cultuur), Leeftijdsafhankelijke Problematiek en Extramurale Praktijk. De blokken zijn verdeeld over meerdere studiejaren van het kerncurriculum met aandacht voor zowel biomedische als sociaal-culturele M/V-verschillen. In het onderwijs van de volgende blokken is sekse in de eindtermen opgenomen: Circulatie 2 (onderwijsdoel), Extramurale Praktijk (onderwijsdoel), Leeftijdsafhankelijke Problematiek (onderwijsdoel), Grondslagen & Methoden 3 (blokeindtermen).

Er is een extra keuzeblok Sekse, Seksualiteit en Multiculturaliteit, en in het keuzeblok Optimaliseren van Medisch Handelen wordt substantiële aandacht besteed aan sekseverschillen (de keuzeblokken zijn in dit artikel niet besproken).

Geconcludeerd kan worden dat de integratie van sekse/gender in het Nijmeegse curriculum grotendeels geslaagd is. De meeste aanbevelingen uit het pilotproject zijn uitgevoerd. Het belang van concrete en direct uitvoerbare inhoudelijke aanbevelingen, praktische ondersteuning met toegankelijk onderwijs en gemotiveerde blokcoördinatoren bevestigen conclusies uit eerder onderzoek.^{5 10-11} Een nieuwe

bevinding is het belang dat gehecht wordt aan een adequate vertaling van sekseverschillen naar de concrete patiëntenzorg. Sekseverschillen worden soms wel gesignaleerd maar de relevantie voor de patiëntenzorg wordt niet altijd gezien. De eigen ervaring van coördinatoren met het belang van sekse in de patiëntenzorg werkte faciliterend op de implementatie.

Dit onderzoek kent enkele beperkingen. Allereerst is sociale wenselijkheid in de antwoorden van blokcoördinatoren in de interviews niet uitgesloten. Bovendien is voor de ontwikkeling van professioneel gedrag van studenten het *proces* van overdracht van kennis en vaardigheden van belang. Dit 'verborgen curriculum' valt buiten dit onderzoek.^{5 9 23} Evenmin is in het Nijmeegse project gebruik gemaakt van een bottom-up strategie (gebrek aan tijd, menskracht en middelen) hoewel studenten veelal de drijvende kracht achter onderwijsvernieuwingen zijn, ook op dit gebied.^{10 18 24} Opvallend was dat tijdens de evaluatiegesprekken nieuwe ideeën ontstonden en nieuwe afspraken werden gemaakt, waarmee de evaluatie een belangrijk onderdeel werd van de implementatie.

Inmiddels heeft de decaan van het UMC St Radboud in een intentieverklaring zijn schriftelijke ondersteuning toegezegd voor het continueren van het beschreven project. In de literatuur wordt de noodzaak tot draagvlak op beleidsniveau genoemd voor een structurele inbedding.²⁵ In 2002 kreeg het project een landelijk karakter, teneinde de factor sekse te integreren in de basiscurricula van alle medische faculteiten in Nederland. Het verdient aanbeveling in dit landelijke project rekening te houden met bovengenoemde factoren zoals een adequate vertaling van sekseverschillen naar de patiëntenzorg, regelmatige evaluatie, ondersteuning op

beleidsniveau en betrokkenheid van studenten. De integratie van de factor sekse in het onderwijs wordt aldus een proces van voortschrijdend inzicht.

Literatuur

1. Veen E van der. M/V De factor sekse in de gezondheidszorg. Programma Zorginnovatie Bijzondere Doelgroepen. Deelprogramma Seksespecifieke Zorg en Preventie. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland; 2000.
2. Lagro-Janssen T, Noordenbos G. Sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Nijmegen: SUN; 1997.
3. Östlin P, Danielsson M, Diderichsen F, Härenstam A, Lindberg G. Gender inequalities in health. A Swedish perspective. Boston: Harvard School of Public Health; 2001.
4. Lagro-Janssen T. De meerwaarde van sekse (Commentaar). Huisarts Wet 1995;38(9):377-9.
5. Zelek B, Phillips SP, Lefebvre Y. Gender sensitivity in medical curricula. Can Med Assoc J 1997;156:1297-1300.
6. Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ, (ed.). Raamplan 2001 Artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Disciplineoverlegorgaan Medische Wetenschappen; 2001.
7. Sanden J van der, Frijns T, Lagro-Janssen T. Seksespecifieke geneeskunde in het medisch onderwijscurriculum. Projectverslag. Nijmegen: KUN, Faculteit der Medische Wetenschappen; 1999.
8. World Health Organization. Workshop on gender, health and development: facilitator's guide. Washington: Pan American Health Organization; 1997.
9. Beck Weiss L, Levison SP. Tools for integrating women's health into medical education: clinical cases and concept mapping. Acad Med 2000; 75(11):1081-6.
10. Searle J. Introduction of a new curriculum in women's health in medical education: a framework for change. Women's Health Issues 1998;8(6): 382-8.
11. Krasnoff MJ. Resources for teaching about women's health. Academic Medicine 2000;75(11): 1087-94.
12. Veeffkind AH. Geslachtsgebonden verschillen in farmacokinetiek en farmacodynamiek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2001;43(3):163-71.
13. Laan E, Janssen E. Beleefde seks. Determinanten van seksuele gevoelens. De Psycholoog 2002;37(7-8):370-6.
14. Denenberg R. Report on lesbian health. Women's Health Issues 1995;5(2):81-91.
15. Núñez AE. Transforming cultural competence into cross-cultural efficacy in women's health education. Acad Med 2000;75:1071-80.
16. Brink-Muinen A van den. Principles and practice of women's health care. Women's Health Issues 1998;8(2):123-30.
17. Weisman CS. The trends in health care delivery for women: challenges for medical education. Acad Med 2000;75(11):1107-13.
18. Magrane DM, McIntyre-Seltman K. Women's health care issues for medical students: an education proposal. Women's Health Issues 1996;6(4): 183-91.
19. Nicolette J, Jacobs MB. Integration of women's health into an internal medicine core curriculum for medical students. Acad Med 2000;75(11): 1061-65.
20. Mans L. Naar een curriculum met een gezonde kleur. Een verkennend onderzoek naar intercultureliseren van het onderwijs in de faculteit der gezondheidswetenschappen. Maastricht: Universiteit Maastricht, Faculteit der Gezondheidswetenschappen; 1998.
21. Wieringen JCM van, Kijlstra MA, Schulpen TWJ. Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland – een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde. Utrecht: UMC Utrecht, Centre for Migration and Health; 2001.
22. Lagro-Janssen T, Sanden J van der. Verslag van het project Seksespecifieke Geneeskunde in het Medisch Onderwijscurriculum. Deel 2, implementatie. Nijmegen: KUN, Faculteit der Medische Wetenschappen; 2000.
23. Bolhuis S. Professioneel leren. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2002;21(4):172-82.
24. Visser GHA, Stoof JC. CRU '99: het proces van curriculumontwikkeling vanuit verschillende invalshoeken. De opdrachtgever. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2001;20: Supplement S11-S14.
25. Patterson Neely KL, Stifel EN, Milberg LC. A systematic approach to faculty development in women's health: lessons from education, feminism, and conflict theory. Acad Med 2000;75:1095-1101.

De auteurs:

Drs. L.J.L. Mans is gezondheidswetenschapper en projectonderzoeker.

Drs. P. Verdonk is psycholoog en projectonderzoeker.

Mw. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen is huisarts en projectleider.

Alle auteurs zijn verbonden aan de afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde van het UMC St Radboud te Nijmegen.

Correspondentieadres:

Mw. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, UMC St Radboud, Vrouwenstudies Geneeskunde, HSV 229, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen, tel: 024-3613110, fax: 024-3541862, A.Lagro-Janssen@hag.umcn.nl.

Summary

Introduction: Doctors need to be aware of biomedical, psychological and social factors that may cause differences in health and illness between the sexes. In 1998, an examination of the Nijmegen University curriculum of medicine showed a lack of attention for this subject. After screening the curriculum on language, context and content, adjustments to incorporate gender were proposed. In this study these adjustments are evaluated. Objectives of the study are to evaluate the integration of gender in the Nijmegen medical curriculum and the factors which facilitated its implementation.

Method: Educational material has been re-examined and the lecturers of nine curricular blocks have been interviewed.

Results: The subject of gender in health and illness is much more integrated in the curriculum because of the project. Several factors facilitated the incorporation of gender: practical proposals for adjustment, motivated co-ordinators, a pioneer in the faculty, incorporation in the regular programme, involvement in decision-making and practical support.

Conclusion: The integration of gender in the Nijmegen medical curriculum has been largely successful. Personal experience of the coordinators with the relevance of gender in health care facilitated implementation. Evaluation on a regular basis generates new ideas and agreements on how to incorporate gender. In subsequent projects, these and other facilitating conditions should be taken into account. (Mans L.J.L., Verdonk P, Lagro-Janssen ALM. The integration of gender in the medical curriculum of the UMC St Radboud. Dutch Journal of Medical Education 2003;22(5):235-243.)