



Seksepreferenties in de gezondheidszorg

De relatie met de arbeidsmarktpolitiek

Jozien Bensing, Jan Kerssens en
Margriet Andela

Voor de meeste mannen is de sekse van hun hulpverlener van ondergeschikt belang. Voor vrouwen ligt dat anders: hun voorkeur gaat meestal uit naar vrouwelijke hulpverleners. In deze bijdrage worden de achtergronden van de seksepreferenties toege-licht.

TERWIJL DE AANDACHT wordt afgeleid door de grote debatten over stelselwijziging en modernisering van de zorgsector, vindt in de gezondheidszorg een stille revolutie plaats waarbij de patiënt langzaam maar zeker aan invloed wint. 'Zorg op maat' is nu een centrale doelstelling, die wordt geaccepteerd door overheid, aanbieders van zorg en verzekeraars. Om zorg op maat te kunnen leveren is inzicht nodig in de wensen en behoeften van patiënten. Deze hebben betrekking op de *inhoud* van de zorg, de *wijze* waarop de zorg wordt verleend en de *persoon* van de hulpverlener. Ook de sekse van de hulpverlener speelt daarbij een rol. Uit diverse buitenlandse onderzoeken blijkt, dat veel vrouwelijke patiënten een voorkeur hebben voor een vrouwelijke arts,¹⁻³ of algemener, dat mensen een voorkeur hebben voor een hulpverlener van hetzelfde geslacht.^{4,5} Seksepreferenties zijn vooral zichtbaar bij gynaecologische en andere intieme gezondheidsproblemen.⁶⁻⁸ In Nederland bleken vrouwelijke patiënten die konden kiezen tussen een mannelijke en een vrouwelijke huisarts vaker een vrouwelijke huisarts te raadplegen; dit 'stemmen met de voeten' was sterker naarmate de vrouwelijke huisarts meer full-time equivalenten beschikbaar was.⁹ Op basis van deze onderzoeksgegevens kan worden geconcludeerd, dat seksneutraliteit in het medisch consult niet vanzelfsprekend is. Er zijn echter nog veel lacunes in de kennis over seksepreferenties in de gezondheidszorg. Het meeste onderzoek op dit terrein is beperkt tot huisartsen en gynaecologen. Bovendien wordt dit type

onderzoek meestal uitgevoerd vanuit het perspectief van de vrouwelijke patiënt; naar de voorkeuren van mannelijke patiënten wordt veel minder vaak gevraagd. Ook de redenen waarom een patiënt een seksepreferentie heeft zijn nauwelijks onderzocht. Een relatie met arbeidsmarktpolitiek wordt zelden gelegd. In deze lacunes wil de onderhavige studie voorzien.

Methode

De gegevens zijn afkomstig uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg, een gezamenlijk project van Consumentenbond en Nivel, dat wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Het panel bestaat uit een willekeurige steekproef van - op dat moment - 1.113 Nederlandse huishoudens.¹⁰ De gegevens werden verzameld via een vragenlijst die door 961 personen werd teruggestuurd (respons: 86,3%). Evenveel mannen als vrouwen hebben de vragenlijst ingevuld. De respondenten vormen een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking ten aanzien van leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en urbanisatiegraad van hun woonplaats. Er zijn wat minder alleenstaanden en mensen met alleen een lagere schoolopleiding; deze variabelen bleken echter geen relatie te hebben met seksepreferenties in de gezondheidszorg.

Resultaten

In totaal heeft één op de vijf respondenten (21,8%) een voorkeur voor een mannelijke of een vrouwelijke hulpverlener. Er zijn echter grote verschillen, zowel tussen de patiënten als tussen de verschillende disciplines (*tabel 1*). In zijn algemeenheid geldt dat vrouwen een sterkere seksepreferentie hebben dan mannen (27,3% versus 16,4%). De seksepreferenties van *mannelijke* patiënten zijn gering. Voorkeur voor een hulpverlener van de eigen sekse speelt enigszins bij de chirurg (17,4%), de huisarts (16,3%) en de internist (13,2%). Voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener hebben mannen bij de gezinsverzorgende (33,9%), de wijkverpleegkundige (25,5%), de ziekenhuisverpleegkundige (18,0%) en de verloskundige (18,0%).

Vrouwelijke patiënten hebben een wat sterkere seksepreferentie; bovendien hebben zij vrijwel altijd een voorkeur voor een hulpverlener van het eigen geslacht (een vrouw dus). De seksepreferentie van vrouwelijke patiënten voor vrouwelijke hulpverleners is het sterkst in de sector 'verloskunde': bijna de helft van de vrouwen prefereert een vrouwelijke gynaecoloog (42,2%) of verloskundige (44,9%), slechts 5% van de vrouwen heeft een voorkeur voor een mannelijke gynaecoloog. Ook ten aanzien van de sector 'verpleging en verzorging' bestaan relatief sterke seksepreferenties (rond de 40%), vooral ten faveure van vrouwelijke hulpverleners. Binnen de GGZ heeft gemiddeld een kwart van de vrouwen een seksepreferentie, het minst voor de psychiater (18,8%), het meest voor de maatschappelijk werker (26,7%). Ook hier kiezen vrouwen overwegend voor vrouwen. Van de medici roept - naast de gynaecoloog - alleen de huisarts een seksepreferentie op: ongeveer 30% van de vrouwelijke patiënten spreekt hier een voorkeur uit, meestal voor een vrouwelijke huisarts. Mensen die een vrouwelijke hulpverlener prefereren, doen dit (*tabel 2*) vooral omdat zij zich bij haar meer op hun gemak voelen bij intiem lichamenlijk onderzoek (82,7%), of omdat zij gemakkelijker met haar praten (77,2%). Ook vinden zij vaker dat een vrouwelijke hulpverlener meer belangstelling heeft voor de patiënt als persoon (44,9%). Argumenten als deskundigheid, efficiëntie, tijd en zakelijkheid spelen bij de voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener noch een positieve, noch een negatieve rol. Opmerkelijk genoeg zien we bij de voorkeur voor een *mannelijke* hulpverlener dezelfde argumenten: ook hier geeft men als reden voor zijn voorkeur op dat men gemakkelijker met een mannelijke arts praat (70,2%) en zich meer op zijn gemak voelt bij lichamenlijk onderzoek (66,7%). En ook hier spelen argumenten als deskundigheid, efficiëntie, en tijd nauwelijks een rol. In *tabel 3* is te zien dat deze algemene resultaten ook terug te vinden zijn bij de verschillende disciplines. Het gemakkelijk met iemand kunnen praten weegt bij de res-

pondenten het zwaarst, ongeacht de discipline van de hulpverlener en (opmerkelijk genoeg) ongeacht of men een voorkeur heeft voor een vrouwelijke of een manne-

lijke hulpverlener, al speelt dit argument bij de laatste groep zowel in de breedte (aantal disciplines) als in de zwaarte (sterkte van de voorkeur) bij mannen een

minder grote rol dan bij vrouwen. Het tweede argument dat universeel van belang wordt gevonden is of men zich op zijn gemak voelt bij intiem lichamenlijk onderzoek. Bij de voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener speelt dat bij alle onderzochte disciplines; bij mensen met een voorkeur voor een mannelijke hulpverlener is dit argument alleen van betekenis bij internist, huisarts en ziekenhuisverpleegkundige.

Als mensen een voorkeur hebben voor - bijvoorbeeld - een vrouwelijke huisarts, maar zelf een mannelijke huisarts hebben, kan dit worden opgevat als een indicatie voor de potentiële vraag naar vrouwelijke huisartsen. Dat geldt ook voor de andere hulpverleners. Daarom is in de enquête bij elk van de disciplines gevraagd of men de afgelopen twee jaar contact met dat type hulpverlener heeft gehad en, zo ja, wat de sekse van de hulpverlener was (tabel 4). Bij disciplines die weinig werden geconsulteerd is het vanwege toevalsfluctuaties niet zinvol discrepanties op te sporen tussen de sekse van de geconsulteerde hulpverlener en de seksepreferentie van de patiënt. Wanneer we ons beperken tot de hulpverleners die door minstens twintig mensen met een seksepreferentie werden geconsulteerd, zien we dat nagenoeg alle mensen die een mannelijke hulpverlener prefereerden, deze preferentie ook gerealiseerd hebben gezien in hun feitelijke contacten. Mensen met een voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener kregen veel minder vaak de hulpverlener van hun keuze: bijna driekwart (72,9%) van de vrouwen die een gynaecoloog had bezocht zag zich gefrustreerd in zijn preferentie voor een vrouwelijke arts. Bij vrouwelijke huisartsen speelde dat probleem bij de helft van de respondenten, bij vrouwelijke psychologen bij ongeveer één op de drie. Met name bij deze disciplines lijkt een ge-

Tabel 1. Percentage vrouwelijke respondenten (bovenste helft van de tabel) en mannelijke respondenten (onderste helft van de tabel) naar hun seksevoorkeur voor 13 verschillende hulpverleners.

	geen voorkeur	voorkeur voor mannen	voorkeur voor vrouwen	* gelijke-sekse-voorkeur (GSV) ratio
VROUWELIJKE RESPONDENTEN (N=483)				
chirurg	87,8%	7,5%	4,8%	0,64
neuroloog	91,9%	2,5%	5,6%	2,25
anesthesist	92,3%	4,1%	3,5%	0,85
internist	84,9%	4,6%	10,6%	2,30
huisarts	71,8%	8,5%	19,7%	2,32
psychiater	81,2%	3,9%	14,9%	3,79
psycholoog	78,5%	3,1%	18,4%	5,93
AM-werkende	73,3%	2,5%	24,2%	9,75
verpleegkundige	53,4%	1,7%	44,9%	10,90
wijkverpleegkundige	64,4%	0,2%	35,4%	171,00
gezinsverzorgende	60,0%	0,6%	39,3%	63,33
gynaecoloog	52,8%	5,0%	42,2%	8,5
verloskundige	53,4%	1,7%	44,9%	27,13
MANNELIJKE RESPONDENTEN (N=478)				
chirurg	82,0%	17,4%	0,6%	27,67
neuroloog	90,8%	8,4%	0,8%	10,00
anesthesist	95,4%	3,8%	0,8%	4,50
internist	85,4%	13,2%	1,5%	9,00
huisarts	81,8%	16,3%	1,9%	8,67
psychiater	91,4%	5,9%	2,7%	2,15
psycholoog	88,3%	7,9%	3,8%	2,11
AM-werkende	83,1%	3,6%	13,4%	0,27
verpleegkundige	81,6%	0,4%	18,0%	0,11
wijkverpleegkundige	73,4%	1,0%	25,5%	0,04
gezinsverzorgende	65,7%	0,4%	33,9%	0,01
gynaecoloog	87,0%	4,2%	8,8%	0,48
verloskundige	81,6%	0,4%	18,0%	0,02

* Gelijke-seksevoorkeur(GSV)-ratio: aantal vrouwen met een preferentie voor een vrouw/aantal vrouwen met een preferentie voor een man; of aantal mannen met een preferentie voor man/aantal mannen met een preferentie voor een vrouw

Tabel 2. Percentage respondenten met een voorkeur voor een vrouwelijke hulpverlener in het algemeen (bovenste helft van de tabel) en respondenten met een voorkeur voor een mannelijke hulpverlener in het algemeen (onderste helft van de tabel) naar hun mening over zeven redenen voor seksevoorkeur.

	Ik praat makkelijker met een ...	Een ... is zakelijker	Een ... is meer persoonlijk in mij geïnteresseerd	Bij een ... voel ik mij beter op mijn gemak bij lichamenlijk contact	Een ... is deskundiger	Een ... neemt meer de tijd	Een ... behandelt efficiënter
PERSONEN MET VROUWELIJKE VOORKEUR (N=127)							
vrouwelijke hulpverlener	77,2%	9,4%	44,9%	82,7%	3,9%	23,6%	15,7%
mannelijke hulpverlener	2,4%	25,2%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,8%
geen verschil	20,5%	65,4%	55,1%	13,4%	96,1%	76,4%	83,5%
PERSONEN MET MANNELIJKE VOORKEUR (N=57)							
vrouwelijke hulpverlener	7,0%	11,1%	7,3%	8,8%	0,0%	7,3%	1,8%
mannelijke hulpverlener	70,2%	35,2%	23,6%	66,7%	9,1%	9,1%	8,9%
geen verschil	22,8%	53,7%	69,1%	24,6%	90,9%	83,6%	89,3%

Gelijke-seksemening/voorkeur(GSMV)-percentages zijn schuin gedrukt. Dit zijn percentages waarbij de respondent een voorkeur heeft voor een vrouw en ook vindt dat je met een vrouw makkelijker praat, etc. dan met een man. Vice versa voor mannelijke respondenten.

Tabel 3. Percentage respondentent met een gelijke sekse mening/preferentie (GSMP van 50% of meer) voor vrouwelijke hulpverleners (bovenste helft van de tabel) en voor mannelijke hulpverleners voor 13 verschillende disciplines.

	r1	r2	r3	r4	r5	r6	r7	N
RESPONDENTEN MET EEN VROUWELIJKE VOORKEUR								
vrouwelijke chirurg	84,6%	-	-	80,0%	-	-	-	26
vrouwelijke neuroloog	96,7%	-	60,0%	83,3%	-	-	-	31
vrouwelijke anesthesist	95,0%	-	52,8%	95,0%	-	-	-	21
vrouwelijke internist	*	-	81,0%	-	-	91,2%	-	58
vrouwelijke huisarts	84,5%	-	-	87,4%	-	-	-	104
vrouwelijke psychiater	95,2%	-	-	70,1%	-	-	-	85
vrouwelijke psycholoog	97,2%	-	-	67,7%	-	-	-	107
vrouwelijke AM-werkende	88,8%	-	61,2%	54,8%	-	-	-	181
vrouwelijke verpleegkundige	68,8%	-	-	80,9%	-	-	-	204
vrouwelijke wijkverpleegkundige	70,0%	-	-	65,4%	-	-	-	293
vrouwelijke gezinsverzorgende	71,8%	-	55,7%	52,3%	63,4%	-	54,7%	352
vrouwelijke gynaecoloog	78,2%	-	-	91,6%	-	-	-	246
vrouwelijke verloskundige	76,6%	-	-	81,8%	-	-	-	303
RESPONDENTEN MET EEN MANNELIJKE VOORKEUR								
mannelijke chirurg	54,7%	51,9%	-	-	-	-	-	119
mannelijke neuroloog	68,1%	52,1%	-	-	-	-	-	52
mannelijke anesthesist	52,9%	51,4%	-	-	-	-	-	38
mannelijke internist	72,7%	-	-	64,1%	-	-	-	85
mannelijke huisarts	77,5%	-	-	64,5%	-	-	-	119
mannelijke psychiater	72,7%	-	-	-	-	-	-	47
mannelijke psycholoog	79,6%	-	-	-	-	-	-	53
mannelijke AM-werkende	96,0%	-	-	-	-	-	-	29
mannelijke verpleegkundige	80,0%	-	-	50,0%	-	-	-	20
* Bij de respondenten met een mannelijke voorkeur ontbreken enkele disciplines omdat het aantal respondenten daar minder dan 20 bedraagt								
r1	Ik praat makkelijker met een ...							
r2	Een ... is zakelijker							
r3	Een ... is meer persoonlijk in mij geïnteresseerd							
r4	Bij een ... voel ik mij beter op mijn gemak bij lichamenlijk contact							
r5	Een ... is deskundiger							
r6	Een ... neemt meer de tijd							
r7	Een ... behandelt efficiënter							

richt arbeidsmarktbeleid ter stimulering van vrouwelijke hulpverleners op zijn plaats.

Discussie en conclusie

Voor de meeste Nederlanders is de sekse van hun hulpverlener van ondergeschikt belang. Dat geldt zeker voor mannen: slechts een kleine minderheid van hen geeft aan de sekse van de hulpverlener belangrijk te vinden. Bovendien zien zij in de praktijk vrijwel altijd hun seksepreferentie gerealiseerd. Voor hen is er dus nauwelijks een probleem op dit terrein.

Voor vrouwen ligt dat anders. Vrouwelijke patiënten hebben een sterkere seksepreferentie dan mannen en hun voorkeur is ook meestal gericht op vrouwelijke hulpverleners. Met name in contact met gynaecoloog, huisarts en psycholoog worden vrouwelijke patiënten veelvuldig in hun seksepreferentie gefrustreerd. Hier speelt dus wel degelijk een probleem. Als men

de wensen en voorkeuren van patiënten serieus wil nemen, is het daarom belangrijk inzicht te krijgen in de achtergronden van de getoonde seksepreferenties.

Er zijn verschillende verklaringen denkbaar voor het feit dat mensen een voorkeur hebben voor een mannelijke of vrouwelijke hulpverlener. Zo zou men kunnen veronderstellen dat mensen een voorkeur hebben voor wat hun vertrouwd is. In dat geval zouden de seksepreferenties parallel moeten lopen met de traditionele patronen in de arbeidsverdeling: dokters zijn mannen, verpleegkundigen zijn vrouwen. Het gepresenteerde onderzoeksmateriaal ondersteunt deze verklaring gedeeltelijk: in de sector 'verpleging en verzorging' bestaat een voorkeur voor vrouwelijke hulpverleners bij zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten. Bij de medici ligt dat echter anders: er is zeker geen sprake van een algehele voorkeur voor mannelijke artsen. Bij de enige specialist bij wie duidelijk sprake is van een seksepreferentie

- de gynaecoloog - geeft men juist de voorkeur aan een vrouwelijke arts. Bij de huisarts (en in mindere mate de internist) is eveneens sprake van seksepreferenties; deze gaan in de richting van een voorkeur voor een arts van dezelfde sekse: mannen geven de voorkeur aan een mannelijke arts, vrouwen aan een vrouwelijke arts. Seksepreferenties kunnen dus niet alleen op basis van traditionele rolpatronen worden verklaard.

Een andere verklaring kan worden gezocht in de (lichamelijke) intimiteit van het contact, waarbij wordt verondersteld dat mensen een zekere gêne hebben om zich te ontkleden voor iemand van de andere sekse. In de lijn van deze veronderstelling past een voorkeur voor een hulpverlener van de eigen sekse bij disciplines waarbij men zich soms moet ontkleden. De lichamelijke intimiteit speelt inderdaad een rol in de seksepreferenties: dat zien we bijvoorbeeld in de hoge cijfers voor gynaecologie en verloskunde, waar bijna de helft van de vrouwen voorkeur heeft voor een vrouwelijke hulpverlener. In lijn met deze hypothese is ook de bevinding dat mannen met een seksepreferentie de voorkeur geven aan mannelijke huisartsen of internisten, en vrouwen aan vrouwelijke huisartsen of internisten. Maar ook deze verklaringsgrond is niet afdoende. We hebben immers reeds geconstateerd dat in de sector 'verpleging en verzorging' een algehele voorkeur bestaat voor vrouwelijke hulpverleners, óók bij mannen.

Er is dus nog een andere verklaringsgrond nodig. Deze moet ons inziens worden gezocht in de inhoud van het vak en met name in de balans tussen 'cure' en 'care'. De verschillende disciplines in de gezondheidszorg verschillen van elkaar in de mate waarin het accent van het werk ligt op het technische, probleemoplossende 'doen', versus het affectieve, koesterende 'zijn'. Het eerste type gedrag wordt in onze westerse cultuur geassocieerd met 'het mannelijke', het tweede met 'het vrouwelijke'. Volgens dit verklaringsmodel zouden de seksepreferenties parallel moeten lopen met het onderscheid tussen de 'doeners' en de 'praters'. Opvallend in onze data is dat bij de 'doeners' de chirurg de enige is die aan dit stereotype voldoet en dan nog alleen bij mannelijke patiënten en in heel lichte mate. 'Doeners' hoeven dus in de hedendaagse beleving van patiënten niet altijd mannen te zijn. Daar staat tegenover dat de disciplines waarin het gesprek, de communicatie tussen hulpverlener en patiënt, een relatief belangrijke rol speelt wél gevoelig zijn voor seksepreferenties (vergelijk de cijfers van huisartsen, internisten, gynaecologen, maar ook de GGZ-disciplines). Opvallend is voorts, dat de seksepreferenties hierbij niet

Tabel 4. Percentage mannelijke hulpverleners, percentage patiënten met een of meer contacten in de afgelopen twee jaar, aantal patiënten met een sekse-voorkeur en met een of meer contacten in de afgelopen twee jaar (N=961), alsmede het percentage patiënten waarbij de sekse-voorkeur in overeenstemming is met de sekse van de bezochte hulpverlener.

	% mannelijke hulpverleners ¹	% patiënten met contacten in twee jaar	aantal patiënten met sekse-voorkeur en contacten	sekse-voorkeur in overeenstemming met contact
chirurg	96,9%	26,1%		
man			44	95,5%
vrouw			7	-
neuroloog	83,6%	9,3%		
man			10	-
vrouw			3	-
anesthesist	77,1%	16,5%		
man			9	-
vrouw			5	-
internist	82,8%	18,1%		
man			28	100,0%
vrouw			13	-
huisarts	86,8%	91,3%		
man			116	98,3%
vrouw			97	50,5%
psychiater	73,8%	2,8%		
man			3	-
vrouw			5	-
psycholoog	52,0%	6,5%		
man			3	-
vrouw			23	69,6%
AM-werkende	36,1%	11,0%		
man			5	-
vrouw			31	87,1%
verpleegkundige	27,6%	31,9%		
man			7	-
vrouw			71	95,8%
wijkverpleegkundige	4,9%	14,4%		
man			3	-
vrouw			54	98,1%
gezinsverzorgende	0,5%	7,6%		
man			1	-
vrouw			35	100,0%
gyneacoloog	86,4%	16,9%		
man			11	-
vrouw			48	27,1%
verloskundige	3,3%	9,2%		
man			2	-
vrouw			40	100,0%

¹ Verschillende bronnen; Geen percentages omdat voorgaande aantal minder dan 20 bedraagt.

langs de lijnen van de traditionele seksestereotypen lopen (mannen doen, vrouwen praten en luisteren), maar via het principe van de gelijke-seksepreferentie: als praten belangrijk is, willen mannen met mannen praten en vrouwen met vrouwen. Dit beeld wordt bevestigd wanneer we de redenen analyseren die mensen opgeven voor hun seksepreferentie: deskundigheid, efficiëntie en beschikbare tijd spelen nagenoeg geen rol in de seksepre-

ferenties van mensen. Nederlanders gaan er blijkbaar van uit, dat de deskundigheid en de efficiency van hulpverleners geen probleem is, die vertrouwt men wel, bij mannelijke en bij vrouwelijke hulpverleners. De belangrijkste reden om toch een expliciete voorkeur te hebben voor een hulpverlener van een bepaalde sekse is dat men zich bij dat type hulpverlener meer op zijn gemak voelt. Voor vrouwen geldt dat sterker dan voor mannen. Ongetwij-

feld komt dit omdat zij vaker in een situatie komen waarin intiem lichamelijk onderzoek nodig is, terwijl zij tegelijkertijd vaker worden geconfronteerd met een hulpverlener van de andere sekse (er zijn slechts twee vrouwelijke urologen in Nederland, terwijl 86,4% van de gynaecologen op dit moment man is). Dat leidt bij veel vrouwen tot onvrede met de gezondheidszorg, die zich toespitst op de arts-patiëntcommunicatie en de wijze waarop gynaecologische problemen worden behandeld en bejegend.^{11 12} Ook dit onderzoek bevestigt het centrale belang van een goede arts-patiëntcommunicatie. Het pleit ook voor een gericht arbeidsmarktbeleid dat er toe zou moeten leiden dat in ieder werkgebied zowel mannelijke als vrouwelijke hulpverleners werkzaam zijn, zodat mensen kunnen kiezen voor het type hulpverlener bij wie men zich het meest op zijn gemak voelt. Dat kan een vrouw zijn, maar ook een man. Een probleem is wel dat er op dit moment nog te weinig vrouwelijke gynaecologen en huisartsen zijn. Bevordering van deeltijdwerk zou daarom een beleidsprioriteit moeten zijn, althans wanneer men serieus rekening wil houden met de seksepreferenties van de patiënt. •

Jozien Bensing,
Nivel

Jan Kerssens,
Nivel

Margriet Andela,
Consumentenbond

Literatuur

1. Hopkins EJ, Pye AM, Solomon M, Solomon S. A study of patient choice of doctor in an urban area. J R Coll Gen Pract 1967; 66: 282-8.
2. Challacombe CB. Do women patients need women doctors? Practitioner 1983; 227 (may): 848-50.
3. Preston-Whyte ME, Frasier RC, Beckett JL. Effect of a principal's gender on consultation patterns. J R Coll Gen Pract 1983; 33 (october): 654-8.
4. Kelly JM. Sex preference in patient selection of a family physician. J Fam Pract 1980; 11 (3): 427-30.
5. Cook M, Ronalds C. Women doctors in urban general: the patients. BMJ 1985; 290 (march): 753-5.
6. Haar E, Halitsky V, Stricker G. Factors related to the preference for a female gynecologist. Med Care 1975; 13 (9): 782-90.
7. Nichols S. Women's preferences for sex of doctor: a postal survey. J R Coll Gen Pract 1987; 37 (december): 540-3.
8. 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.
9. 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 (3): 219-2912.
10. Kerssens JJ. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg anno 1993 in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Utrecht/s-Gravenhage: Nivel/Consumentenbond, 1993.
11. Meinen A. Eigen Keuze, keuzen in de zorg vrouwen een zorg? Utrecht: Metis, 1992.
12. Bensing JM. De rotonde van lichaam en geest. Psychologische aspecten van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg. Oratie. Utrecht: Nivel, 1994.