

V.09

Seksueel contact tussen arts en patiënt: Het mag niet, het mag nooit.

Inleiding

De KNMG geeft met haar gedragsregels richtlijnen voor de arts. Deze richtlijnen gelden niet alleen, maar wel in het bijzonder, voor de arts-patiëntrelatie. Zo is er een gedragsregel aangenomen die stelt dat artsen zich moeten onthouden van seksueel contact met hun patiënt. In maart 1998 kregen alle artsen in Nederland een brochure toegestuurd van de Inspectie met als waarschuwend titel: 'Het mag niet, het mag nooit.'

In deze brochure staat duidelijk beschreven wat er van artsen verwacht wordt ten aanzien van het vermijden van seksueel contact met patiënten, en er worden bovendien voorbeelden gegeven die duidelijk laten zien welke valkuilen een arts daarbij moet vermijden. Maar bovendien wordt er in het boekje een oproep gedaan aan de beroepsverenigingen om een duidelijke beroepscode op dit terrein te ontwikkelen. Reden voor de KNMG om ook haar gedragsregel ten aanzien van het vermijden van seksueel contact van een wat uitgebreidere toelichting te voorzien.

Dat seksueel contact met patiënten niet juist is, staat buiten kijf. Immers, op zijn minst vertroebelt het de therapeutische relatie, maar het kan zelfs ernstige schade aanrichten. Uit onderzoek onder patiënten die met hun arts of therapeut een seksuele relatie hebben gehad, en dan gaat het niet over aanranding of verkrachting, blijkt dat ongeveer 90% daar last van had, en de ervaring achteraf negatief beleefde. Het mag dan ook niet verbazen dat het verbod op seksueel contact in de arts-patiëntrelatie al zeer oud is. Al in de aan Hippocrates (circa 500 jaar voor Christus) toegeschreven eed staat: 'Waar ik een woning binnentreed zal ik dat doen in het belang der zieken, mij onthouden van elke moedwillige verkeerde handeling, in het bijzonder van lijfsgegot met vrouwen en mannen, hetzij vrijen of slaven'. En misschien juist omdat het verbod op seksueel contact zo zonneklaar en vanzelfsprekend werd geacht, duurde het tot 1994 voordat de KNMG een expliciet verbod formuleerde middels een aanpassing van de gedragsregels. Het verbod luidt als volgt: 'De arts dringt niet verder door tot de privésfeer van de patiënt dan in het kader van de hulpverlening noodzakelijk is. De arts onthoudt zich van contacten van seksuele aard binnen de hulpverlening. Verbale of lijfelijke intimiteiten zijn niet toegestaan.'

Wat 'seksueel contact' en 'verbale en lijfelijke intimiteiten' nu precies inhouden staat echter niet in de gedragsregels. Enige verheldering op dit punt, ook in het licht van de genoemde brochure van de Inspectie is daarom gewenst. Mensen kunnen namelijk heel verschillende opvattingen hebben over wat seksueel contact en verbale en lijfelijke intimiteiten zijn, met name mannen en vrouwen kunnen heel verschillend zijn in de duiding van bepaald gedrag, of bepaalde opmerkingen. Het is daarom goed eens toe te lichten wat lichamelijke intimiteiten zijn, en wat verbale. Daarnaast kan er onduidelijkheid bestaan over wat een behandelrelatie is, zo is het bijvoorbeeld niet zonder meer duidelijk of de kinderen of ouders van de patiënt daar ook onder vallen. Bovendien kunnen hulpverleners niet uit de gedragsregel opmaken wat er van hen verwacht wordt als zij merken dat zij zich aangetrokken voelen tot een patiënt, of zelfs verliefd zijn geworden.

Wat zijn 'seksueel contact' en 'lijfelijke intimiteiten'?

Zoenen en het aanraken van genitaliën of borsten in het kader van seksuele opwinding, coïtus en andere vormen van penetratie worden algemeen als vormen van seksueel contact betiteld. Maar ook de patiënt zich onnodig uit laten kleden, onnodig onderzoek doen aan borsten of genitaliën, of het doen van inwendig onderzoek zonder het gebruik van handschoenen kunnen als seksueel contact geduid worden. Uiteraard ligt er geen harde grens tussen 'gewoon' lichamenlijk contact en seksueel contact. Een onschuldige knuffel (die eveneens niet in de arts-patiëntrelatie thuishoort) kan overgaan in een onstuimige vrijpartij. Dat betekent echter dat wat voor de een een onschuldige knuffel is, voor de ander de voorzet is tot een vrijpartij. Een voorbeeld hiervan is het geval van de vrouw die haar arts beschuldigde van genitaal contact hetgeen hij oprecht en heftig ontkende. Bij navraag bleek dat zij, toen hij een arm om haar schouder sloeg, zijn genitaliën tegen haar heup voelde en dat zeer negatief ervoer. Ook bepaalde houdingen en blikken kunnen seksueel geladen zijn, waarbij zeker ook geldt dat men er op bedacht moet zijn dat sommige mensen bepaalde blikken eerder seksueel zullen duiden dan anderen.

Al deze vormen van seksueel contact en lichamelijke intimiteiten horen niet in de arts-patiëntrelatie voor te komen. Artsen dienen daarom te letten op het voorkomen van onnodig ontkleden door de patiënt. Dit wordt onder andere bevorderd door heldere en eenduidige instructies geven over welke kledingstukken de patiënt uit moet trekken ten behoeve van het onderzoek. Onnodig onderzoek behoort niet gedaan te worden. Bovendien dienen artsen zich bewust te zijn van hun eigen intenties en moeten zij die kritisch blijven toetsen.

Verbale intimiteiten

Expliciete seksuele toespelingen, zelfs al zijn ze 'goed bedoeld' horen binnen de arts-patiëntrelatie niet thuis. Maar ook impliciete seksuele toespelingen kunnen verkeerd vallen, en dus schaden. De opvatting over wat geaccepteerd taalgebruik is, en wat niet, kan overigens sterk variëren in verschillende sociale groepen. Wat sommige mannen normale en leuke, en misschien zelfs niet eens seksueel getinte grapjes vinden, vinden sommige vrouwen helemaal niet grappig. Zo vond een vrouw die van haar mannelijke dokter de mededeling kreeg dat zij voortaan halfjaarlijks een colonoscopie zou moeten ondergaan zijn inleidend standaardgrapje: 'Nu wordt u dus mijn vaste vriendin' helemaal niet leuk. En het zestienjarige meisje dat 'Nou, je krijgt mooie borsten' van de kinderarts die haar onderzocht te horen kreeg voelde zich daar doodongelukkig onder.

Afhankelijkheidsrelatie

In het geval van vertrouwen van de relatie tussen de arts en de patiënt en zijn omgeving is de afhankelijkheidsrelatie van meer belang dan de behandelrelatie in strikte zin. Een arts heeft immers met meer mensen een afhankelijkheidsrelatie, dan alleen degenen met wie hij een behandelingsovereenkomst sluit. In ieder geval is het zo dat ook ouders of verzorgers van een kind met een arts een behandelingsrelatie hebben, dat is zo in de WGBO vastgelegd. Maar de volwassen kinderen van een demente oudere kunnen ook een afhankelijkheidsrelatie met de arts van hun ouder hebben. In principe kan men zeggen dat een arts een afhankelijkheidsrelatie heeft met allen die hij als hulpverlener tegemoet treedt. Dat betekent dat ook de partner van een patiënt, al is die zelf geen patiënt bij de arts, in zekere zin een afhankelijkheidsrelatie met de arts heeft, wanneer hij of zij vanwege ziekte van die partner de arts bezoekt.

Wat te doen bij grote seksuele aantrekking en verliefdheid?

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 80% van de mannelijke artsen aangeeft zich wel eens seksueel aangetrokken te voelen tot een patiënt. Van de vrouwelijke artsen is minder bekend. Een van de weinige onderzoeken die hiernaar zijn gedaan is onder vrouwelijke gynaecologen, van hen bleek ruim 25% zich wel eens tot een patiënt seksueel aangetrokken te hebben gevoeld (onduidelijk is of dit is tijdens hun werkzaamheden als gynaecoloog, of tijdens hun gehele arbeidsverleden). Het lijkt dus een veelvoorkomend fenomeen, dat in slechts enkele gevallen tot problemen leidt. Zo kan het een probleem worden wanneer een arts moeite krijgt deze gevoelens te hanteren. Zowel het toegeven aan de gevoelens, als het krampachtig vermijden ervan kunnen een goede hulpverleningsrelatie in de weg staan. In ieder geval kan het artsen aangeraden worden eens met een collega te praten wanneer zij sterke gevoelens bij zichzelf opmerken. Dit geldt zeker wanneer deze gevoelens gepaard gaan met verliefdheid, bijvoorbeeld te herkennen doordat de arts ook buiten de hulpverleningsrelatie steeds door deze gevoelens in beslag genomen wordt. Hoewel intervisie in de psychiatrie een bekend fenomeen is, en sommige huisartsen deelnemen aan zogenaamde Balint-groepen, hebben niet alle andere artsen ervaring met uitwisselen van emotioneel beladen persoonlijke problemen. De mogelijkheid voor artsen zich tot een vertrouwenspersoon te wenden bij zulke problemen verdient aandacht.

Uiteraard kan het ook zo zijn dat arts en patiënt bekennen wederzijds verliefd te zijn. In dat geval dient de arts de behandelingsovereenkomst te beëindigen, want een therapeutische relatie gaat niet samen met een liefdesverhouding. De arts-patiëntrelatie dient dan op een medisch verantwoorde wijze beëindigd te worden, waaronder in ieder geval de zorgvuldige overdracht van de behandeling aan een andere hulpverlener wordt verstaan. Vervolgens dient de arts de ex-patiënt voldoende tijd en gelegenheid te geven om weloverwogen en uit vrije wil een relatie aan te gaan. Deze periode dient zeker een paar weken te duren. Een patiënt mag dan ook niet meer in een afhankelijke positie verkeren. Voor deze richtlijnen zijn aanknopingspunten te vinden in zowel het tuchtrecht, het strafrecht als het civiel recht.

Welke groepen lopen groot risico?

Ondanks het traditionele verbod komt seks tussen arts en patiënt toch nog voor, al is dit natuurlijk een beladen en daardoor moeilijk te onderzoeken fenomeen. Wilbers vond in een onderzoek in 1992 onder gynaecologen en KNO-artsen dat, onafhankelijk van het specialisme, ongeveer 4% van de artsen seksueel contact had gehad met een of meer patiënten. Bij de meeste artsen leiden seksuele gevoelens dus niet tot seksuele handelingen. De interessante vraag is dan natuurlijk wat de factoren zijn die ertoe bijdragen dat dit bij sommige artsen wel gebeurt. In literatuur hierover komen verschillende factoren naar voren, zowel factoren bij de arts, als factoren bij de patiënt. Overigens

dient hierbij opgemerkt te worden dat hier nauwelijks informatie over is die gebaseerd is op deugdelijk wetenschappelijk onderzoek.

Allereerst blijkt de grootste kans op seksueel contact te bestaan bij de combinatie oudere mannelijke arts-jongere vrouwelijke patiënt, hoewel alle combinaties voorkomen. En zoals in een redactioneel commentaar in de *British Medical Journal* wordt opgemerkt: er zijn anekdotische aanwijzingen dat solitair werkende artsen van middelbare leeftijd die net een midlifecrisis ondergaan en bijvoorbeeld in een scheiding verwickeld zitten of een ander groot verlies betreuren extra kwetsbaar zijn voor het aangaan van onbetamelijke relaties met hun patiëntes.

Andere factoren die bij de arts kunnen spelen zijn: een bewust uit zijn op het vergroten van de macht die de arts over kwetsbare patiënten heeft en het begin van een psychiatrische stoornis (hypomanie). Algemeen wordt aangenomen dat werken in bepaalde specialismen, zoals psychiatrie en gynaecologie, het risico vergroot.

Aan de andere kant speelt het probleem van de uitnodigende patiënt. In de psychiatrie is het verliefd worden op de hulpverlener een bekend verschijnsel, maar het kan zich in alle andere (medische) professies voordoen. Sommige patiënten, onder andere vaak vrouwen die zelf in hun jeugd seksueel misbruikt zijn, zijn geneigd iedere intimiteit seksueel te duiden. Het is dan juist aan de arts om daar niet op in te gaan. Daarnaast zijn er groepen die extra kwetsbaar zijn omdat zij makkelijk tot een seksuele relatie overgehaald kunnen worden, zoals vrouwen die alcohol misbruiken, een gering gevoel van eigenwaarde en een sterk verlangen naar veiligheid hebben, of die recentelijk een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Het is dan ook belangrijk dat artsen zich bewust zijn van het fenomeen dat patiënten verliefd worden op een hulpverlener. Meer aandacht hiervoor in de opleiding is op zijn plaats, aangezien uit onderzoek blijkt dat veel artsen vinden dat er in hun opleiding onvoldoende aandacht aan is geschonken. In het Nederlandse onderzoek van Wilbers bleek dat resp. 45% van de KNO-artsen en 76% van de gynaecologen vinden dat er in de opleiding meer aandacht aan seksuele vraagstukken in de arts-patiëntrelatie geschonken moet worden.

Conclusie en aanbevelingen

Seksueel contact en seksuele verbale intimiteiten horen niet in de arts-patiëntrelatie thuis. Artsen wordt aangeraden een bewust preventief beleid te voeren, en zo veel mogelijk ambiguïteit te vermijden. Dit houdt onder andere in dat artsen duidelijke instructies geven over het ontkleden en geen onnodig lichamelijk onderzoek uitvoeren. Omdat het kan verschillen hoe mensen grapjes en lichamelijk contact waarderen dient de arts hier de grootst mogelijke voorzichtigheid te betrachten. Dit geldt niet alleen voor de patiënt, maar voor iedereen waarmee de arts een afhankelijkheidsrelatie heeft.

Artsen dienen zich ervan bewust te zijn wanneer zij zelf extra gevoelig zijn voor het aangaan van een seksuele relatie met hun patiënten, bijvoorbeeld wanneer zij privé een moeilijke periode doormaken. Wanneer zij zoiets bij zichzelf bemerken zullen zij extra voorzorg in acht moeten nemen. In geval van grote seksuele aantrekkingskracht tot patiënten, of verliefdheid, is het goed als een arts zich tot een vertrouwenspersoon wendt, om zo beter zicht op de eigen emoties te krijgen. Grote aantrekkingskracht en verliefdheid staan een goede hulpverleningsrelatie in de weg. De mogelijkheid om emotionele problemen te bespreken met de vertrouwenspersonen, of in bijvoorbeeld intervisiegroepen is nog onvoldoende ingeburgerd onder artsen. Ook wanneer een patiënt seksueel uitnodigend optreedt is het de arts geboden daar niet op in te gaan.

Wanneer arts en patiënt verliefd op elkaar zijn dient de hulpverleningsrelatie op correcte wijze beëindigd te worden, met aansluitend een afkoelingsperiode waarin geen contact zal zijn. In de artsenopleiding, en in de specialistenopleiding dient meer aandacht gegeven te worden aan verschijnselen als de dankbare patiënt die verliefd op de hulpverlener wordt, de kwetsbare patiënt die geneigd is alle intimiteit seksueel te duiden, en aan de eigen gevoelens van seksuele aantrekkingskracht van de arts.

Bronnen

- Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Het mag niet, het mag nooit. Seksuele intimidatie door hulpverleners in de gezondheidszorg. IGZ-bulletin, Rijswijk, 1998.
- Feldman-Summers S., Jones G. Psychological impacts of sexual contacts between therapists or other healthcare practitioners and their clients. J Consul Clin Psychol 1984;52:1054-61.
- KNMG, Gedragsregels voor Artsen, Vademecum, II.01 regel II.11
- Gabbard GO, Nadelsson C. Professional Boundaries in the Physician-Patiënt Relationship, JAMA 1995;273:1445-1449.
- KNMG/NPCF, Modelregeling Arts-patiënt, Vademecum, V.01
- Wilbers D, Veenstra G, Wiel HBM van de, Weijmar Schultz WCM, Sexual contact in the doctor-patiënt relationship in the Netherlands. BMJ 1992;304: 1531-1534.
- Fahy T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patiënts. BMJ 1992;304:1519- 1520.
- Hengeveld MW. Seksueel contact tussen arts en patiënt - verslag van een werkconferentie. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:241-242.
- Wilbers D, Veenstra G, Wiel HBM van de, Weijmar Schultz WCM, Seksueel contact in de arts-patiëntrelatie. Medisch Contact, 1993;48:716-718.