

Seksueel contact tussen arts en patiënt

F.J. MEIJMAN

In welk huis ik ook binnenga,
ik zal er binnegaan ten bate van de zieken,
mij onthoudend van elk opzettelijk onrecht en
verderfelijke handeling in het algemeen,
in het bijzonder van seksuele omgang
met de lichamen van mannen en vrouwen,
vrijen of slaven.¹

Seksueel contact met een patiënt? Nooit laten gebeuren! Als stelregel is deze uitspraak juist, maar nadere beschouwing levert toch kanttekeningen op. Een stelregel is immers vooral een rustpunt voor de geest en daarmee startpunt voor het denken. Wel kan een stelregel houvast bieden op momenten van twijfel of onzekerheid. Waarom aandacht voor een bespiegeling en mogelijke nuancering bij een kwestie die zo klip en klaar is? Allereerst blijken de opvattingen en het gedrag van artsen nogal eens af te wijken van de stelregel. Wij moeten op netelige dilemma's of problemen zijn voorbereid wanneer het onverwacht onze directe collega's, onze studenten of onszelf aangaat. Voorts verdient de verhouding ten opzichte van andere uitingen van grensnaderend of grensoverschrijdend gedrag de aandacht. Bovendien zouden de ontwikkelingen in de arts-patiëntrelatie de stelregel in de praktijk onder druk kunnen zetten.

Leusink en Mokkink rapporteren in dit nummer de resultaten van een vragenlijstonderzoek in 2002 onder Nederlandse huisartsen (n = 1250; respons: 80%).² Van de huisartsen zei 4,3% van de mannen en 0,8% van de vrouwen ooit seksueel contact te hebben gehad met een patiënt. Een groot deel van de manlijke daders beoordeelde achteraf het gedrag positief, zowel voor zichzelf als voor de patiënt. Beide resultaten stemmen overeen met eerdere bevindingen in Nederland en andere westerse landen.^{3,4} Seksueel contact met patiënten komt voor ondanks afkeuring alom, die blijkt uit codes, richtlijnen en zelfs wetgeving.^{3,4} Het positieve oordeel achteraf van de daders staat in contrast met de mogelijke negatieve gevolgen voor de patiënten die zijn aangehouden en in ieder geval nooit van tevoren uitgesloten kunnen worden.⁴ Helaas ontbreekt nadere informatie over de kwestie waarom daders menen dat de stelregel voor hen bij deze patiënt niet opging. Dat gemis beperkt een inhoudelijke discussie over de grond voor de stelregel.

Zie ook het artikel op bl. 778.

Maar niet alleen het feitelijk gedrag geeft te denken. Uiteenlopende peilingen of uitingen wijzen op het frequent vóórkomen van tolerante opvattingen, bijvoorbeeld ook onder medisch studenten.⁵ Mede daarom benadrukken docenten de noodzaak in de medische opleiding expliciet aandacht te geven aan het omgaan met erotische en seksuele gevoelens in de arts-patiëntrelatie. Opmerkelijk genoeg bieden de punten waarvan aankomend artsen zich volgens recente aanbevelingen rekenschap moeten geven wanneer zij overwegen een romantische relatie met een patiënt aan te gaan, kennelijk enige manoeuvreerruimte.⁶ Zo bezien ligt binnen de medische faculteiten en paramedische opleidingen nog een discussie in het verschiet over de onaantastbaarheid van de boodschap 'het mag niet, het mag nooit'.³ Het is overigens de vraag of het thema 'seksuele gevoelens en seksueel contact in de arts-patiëntrelatie' gemakkelijk expliciete aandacht zal krijgen in het onderwijs. Daar moet een typerend stilzwijgen voor worden doorbroken.

CULTURELE EN HISTORISCHE DIMENSIES

Wellicht kunnen wij een aanzet maken met meer aandacht voor het aanverwante thema van de dubbelzinnige kanten van de aanraking tijdens het lichamelijk onderzoek en de medische behandeling. Dit bredere onderwerp brengt ook al weinig pennen in beroering, althans niet van Nederlandse medici, maar biedt interessante aanknopingspunten.⁷ Daarmee komt tevens een transculturele dimensie in het vizier. Er bestaan immers verschillen tussen culturen in de wijze waarop mensen afstand van elkaar bewaren en lichamelijk contact maken. Kennis van de betekenissen van die verschillen kan ons van dienst zijn in de praktijk, de opleiding en de nascholing. Helaas biedt de cultureel-antropologische dimensie ons weinig reflectiemogelijkheid voor de gedachtevorming over seksueel contact in de arts-patiëntrelatie. Literatuurreferenties aangaande seksueel contact tussen genezers en patiënten in andere culturen (als 'therapie' of ter behandeling van 'onvruchtbare' vrouwen) zijn uitzonderlijk.^{8,9}

Onderzoeksgegevens uit westerse landen over de verschillen in attitude en gedrag tussen diverse groeperingen met een eigen subcultuur ontbreken geheel, laat staan met betrekking tot Nederland. Wij weten daarom niet of in bepaalde kringen een vrijzinnige opvatting of zelfs praktijk bestaat ten aanzien van seksueel contact

Huisartsen Oude Turfmarkt Amsterdam (tevens: VU Medisch Centrum, afd. Metamedica, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam).
Hr.prof.dr.F.J.Meijman, huisarts (fj.meijman@vumc.nl).

tussen arts en patiënt. De populaire verbeelding van 'arts en erotiek' spiegelt ons in ieder geval voor dat deze koppeling op zijn minst de fantasie prikkelt. In doktersromans en pornografie staat de dokter vaak symbool voor een seksueel geladen stereotype.

Niet alleen de cultureel-antropologische, ook de medisch-historische literatuur biedt slechts beperkte mogelijkheid tot spiegeling of reliëf. Weliswaar concluderen Wilbers et al.: 'Het gevaar grenzen te overschrijden is dus van alle tijden en wordt ook reeds lang onderkend',³ maar historische documentatie is opmerkelijk schaars en in ieder geval niet gemakkelijk traceerbaar. Wij weten dus niet zeker of seksueel contact van artsen of genezers met patiënten in alle eeuwen werd afgekeurd. Evidente uitingen van tolerantie ontbreken evenwel. Ook over discrepanties tussen de moraal en de praktijk bestaat niet meer dan anekdotische informatie.

In de Griekse Oudheid waren de normen inzake de arts-patiëntrelatie onder een bepaalde groep medici wel duidelijk geformuleerd, getuige de tekst die als 'eed van Hippocrates' bekend staat.¹ 'Seksuele omgang met de lichamen van mannen of vrouwen, vrijen of slaven' werd daarin bestempeld als een verderfelijke handeling waarvan de hippocratische arts zich diende te onthouden. Het is overigens niet waarschijnlijk dat de eed in de Oudheid als standaard voor fatsoenlijk gedrag voor alle artsen heeft gegolden. Ook in de Middeleeuwen was de hippocratische ethiek niet uniek noch algemeen aanvaard.¹ De oorspronkelijke hippocratische eed is vanaf de 16e eeuw in ere hersteld aan de humanistisch-christelijke universiteiten, vermoedelijk inclusief de passage over de seksuele onthouding. Deze passage is vanaf het einde van de 19e eeuw in ons land overigens niet meer opgenomen geweest in de artseneed. In de nieuwe – in 2003 in gebruik genomen – Nederlandse artseneed staat over seksueel contact niets expliciet vermeld, maar de zinsneden 'Ik stel het belang van de patiënt voorop . . .' en 'Ik zal aan de patiënt geen schade doen' laten nauwelijks ruimte voor twijfel.

MISTIGE GRENZEN VAN GEVOELSUITINGEN IN DE ARTS-PATIËNTRELATIE

De hedendaagse code moge voor zich spreken, de marges van toelaatbaarheid blijken al snel ruimer te worden wanneer het 'slechts' gaat om de aanzet tot een activiteit die in een seksueel contact kan uitlopen, zoals wanneer een arts een patiënt of ex-patiënt uitnodigt voor een afspraak voor de gezelligheid. Blijkens substantiële percentages maakt een groep Canadese eerstehulpartsen daar, desgevraagd, geen punt van.¹⁰ Ook over het kussen door de dokter van een bepaalde patiënt ter begroeting en over 'tedere omhelzingen met een therapeutisch doel' zijn mededelingen bekend die het niveau van casuïstiek ontstijgen.^{7 11} Het is opmerkelijk dat over dergelijk grensnaderend gedrag weinig wordt gesproken binnen de beroepsgroep en het medisch onderwijs. Het zou voor menigeen een opluchting betekenen te vernemen welke overwegingen in het geding zijn bij 'normale' gevoelsuitingen die geacht worden de patiënt geen schade te doen.

De precare grenzen die de arts binnen de arts-patiëntrelatie dient te bewaken, worden beter bespreekbaar en duidelijker wanneer wij er een gewoonte van maken in kleine kring en in de openbaarheid te spreken over al die 'kleine' medisch-ethische mistigheden. Soms lijken er ongeschreven wetten te bestaan met betrekking tot het wel of niet mogen behandelen van familieleden en vrienden, het accepteren van geschenken, het drinken van een glaasje wijn tijdens een huis- of zaalbezoek en het doen van persoonlijke ontboezemingen door de arts.^{12 13} Wanneer daarbij echter een dilemma of probleem opdoemt, is niet duidelijk aan welke code wij ons kunnen spiegelen. Zelfs de opvattingen dienaangaande worden niet of nauwelijks besproken, zeker niet via publicaties, terwijl de onmiskenbaar uiteenlopende praktijken toch wel enige intercollegiale en publieke discussie verdienen. Die discussie zou zich op de bevordering van een bewustwordingsproces onder beroepsbeoefenaars en het publiek dienen te richten en niet zozeer op een strikte protocollering van omgangsvormen. Wanneer een vrije discussie in het openbaar over de genoemde mistigheden gewoon blijkt, krijgt het onderwerp 'seksueel contact tussen arts en patiënt' een referentiekader. Daarbinnen vormt seksueel contact het ondubbelzinnig ongewenste uiteinde van een spectrum van gevoelsrelaties tussen arts en patiënt. Met een brede discussie wordt tevens voorkomen dat het onderwerp 'seksueel contact tussen arts en patiënt' louter blijft hangen in de juridische sfeer en de sensationele media-aandacht in het geval van ontspringen.

VERSCHUIVINGEN IN BETROKKENHEID EN DISTANTIE

De arts-patiëntrelatie verdient, met andere woorden, publieke aandacht. De mistigheden daarbinnen kunnen in de komende jaren niet meer vanzelfsprekend verborgen blijven achter impliciete codes. Het karakter van de arts-patiëntrelatie lijkt namelijk aan meer dan marginale of fluctuerende veranderingen onderhevig. Twee relevante en deels tegengesteld uitwerkende tendensen zijn aan de orde. Het besef is toegenomen dat hulpverleners en hulpvragers gelijkwaardig zijn. Daardoor kan de noodzakelijke distantie tussen de arts en de patiënt onder druk komen te staan: 'De dokter is ook maar een mens'.³ Wanneer de dokter dichter bij de patiënt komt te staan, zal dit doorgaans echter een impuls geven aan het traditionele taboe op een seksuele component in en na het hulpverleningscontact. De patiënt moet zich immers veilig weten, juist ook in een gemoedelijke hulpverlenings sfeer.

De distantie in de arts-patiëntrelatie lijkt in andere opzichten daarentegen toe te nemen, met bovendien moeilijk voorspelbare gevolgen. De verzakelijking van de relatie waarvan sprake lijkt tussen uiteenlopende groepen patiënten en diverse categorieën artsen, stijgt immers uit boven de – waarschijnlijk voorbijgaande – zakelijkheid van de hedendaagse tijdgeest. Zo zal de toenemende vertechnisering van het medisch handelen en de arts-patiëntcommunicatie tot uitdrukking komen in de arts-patiëntrelatie. Een arts die louter op afstand

apparatuur bedient, raakt de patiënt niet aan en in een e-mailcontact is de distantie verzekerd, maar bestaat voor het uiten van de noodzakelijke wederzijdse betrokkenheid nog geen duidelijk 'programma'. Voorts zien wij in veel medische sectoren het persoonlijke element in de continuïteit in de zorg afnemen of in ieder geval onduidelijker worden voor de patiënt. Tenslotte zal ook de toenemende protocollering van het medische onderzoek en de behandeling bijdragen aan een groeiend gevoel van distantie, gekoppeld aan een minder als vanzelfsprekend ervaren betrokkenheid. Confectie en maatwerk verschillen immers op zijn minst in gevoelswaarde.

Hoe het ook zij, op de balans tussen betrokkenheid en distantie in de arts-patiëntrelatie gaan invloeden doorwerken die niet van voorbijgaande aard zijn. De uitkomst van die ontwikkeling is ongewis. Wellicht gaat men een arts 'in alle nuchterheid' zien als een leverancier van medische diensten. Waarom zou die leverancier in de ogen van sommigen dan niet de buitengewone diensten mogen verlenen die vroeger aan de melkboer werden toegedicht? Het getuigt hopelijk van doorschietend cultuurpessimisme het aureool rond de arts-patiëntrelatie te zien verbleken en de medische ethiek te zien verwateren. Maar alertheid lijkt geboden. De ontoelaatbaarheid van seksueel contact tussen arts en patiënt blijft niet uit zichzelf en vanzelfsprekend een onderdeel van een optimale medische dienstverlening. Daar is professioneel en publiek debat voor nodig. Wanneer artsen en patiënten echter het menselijke element in hun relatie koesteren en wij de juiste dosering van betrokkenheid en distantie daarbij zien als uiting van de essentie van onze cultuur, zullen wij de noodzakelijke regels voor een bevredigende arts-patiëntrelatie blijven onderschrijven.

Prof.dr.S.van der Geest, medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam, en prof.dr.E.S.Houwaart, medisch historicus, VU Medisch Centrum, droegen bij aan dit artikel.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

100 jaar geleden

Een kleine vinnige discussie

Ik zal niet veel ruimte meer in beslag nemen; het is reeds jammer genoeg, dat deze plaats niet voor wetenschappelijke mededeelingen bestemd is kunnen worden. Ware de aanval niet van de zijde der redactie van het *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* gekomen, ik zou het beneden mijne waardigheid hebben geacht op zulk een insinuatie te antwoorden. De hoofdzaak heb ik slechts willen behandelen; de overige onlogische gedachtesprongen van Dr. B. zal ik niet ontleden. Hij leze nu mijn opstel nogmaals, maar in zijn geheel. Als de redacteur-gérant ook daarna niet zien kan, hoe de vork in den steel zit – het spijt mij, maar de schuld er van ligt niet bij mij; men zal dan echter niet

ABSTRACT

Sexual contact between doctor and patient. – Codes of medical practice forbid a doctor to have sex with a patient. Still, practice and attitudes turn out to be unruly, so there is a need for (public) discussion and education. Moreover, other professional limitations in the doctor-patient relationship (e.g., 'non-medical' physical contact, dating a patient, accepting gifts from a patient, and treating partners, family-members and friends) require more attention to facilitate the reverification of the impermissibility of a sexual relationship with a patient. The need for such reverification is underlined by the expected changes in the balance between engagement and detachment in the doctor-patient relationship due to the influences on medical practice of technology, protocols and the discontinuity of personal care.

LITERATUUR

- 1 Historie van de eed van Hippocrates. In: Commissie Herziening Artseneed. Nederlandse artseneed. Utrecht: Vereniging van Universiteiten VSNU; 2003. p. 9-19.
- 2 Leusink PM, Morkink HGA. Seksueel contact tussen huisarts en patiënt: prevalentie en risicofactoren. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148:778-82.
- 3 Wilbers D, Weijmar Schultz WCM, Wiel HBM van de. Seksuele contacten in de arts-patiëntrelatie. In: Lens P, Kahn PhS, redacteurs. *Over de schreef*. Utrecht: Van der Wees; 2001. p. 99-118.
- 4 Fahy T, Fisher N. Sexual contact between doctors and patients. *BMJ* 1992;304:1519-20.
- 5 Coverdale J, Bayer T, Chiang E, Moore C, Bangs M. Medical students' attitudes on specialist physicians' social and sexual contact with patients. *Acad Psychiatry* 1996;20:35-42.
- 6 Spiegel W, Colella T, Lupton Ph. Sexual feelings in the physician-patient relationship. *Med Educ* 2003;37:839-41.
- 7 Geest S van der. Medisch contact? Over de aanraking van de dokter. *Med Contact* 1994;49:1045-7.
- 8 Beattie IHM. Initiation into the Cwezi spirit possession cult in Bunyoro. *Afr Stud* 1957;16:150-61.
- 9 Inhorn MC. *Quest for conception: gender, infertility and Egyptian medical traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1994. p. 104.
- 10 Ovens HJ, Permaul-Woods JA. Emergency physicians and sexual involvement with patients. *CMAJ* 1997;157:663-9.
- 11 Myres MP. Sexual contact in the doctor-patient relationship. *BMJ* 1992;305:364.
- 12 Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA* 1995;273:1445-9.
- 13 Lyckholm LJ. Should physicians accept gifts from patients? *JAMA* 1998;280:1944-6.

Aanvaard op 19 december 2003

verwachten, dat ik de kaars nogmaals voor hem zal ontsteken, of hem den bril opnieuw op den neus zal zetten. [. .]

Den Heer κ. te overtuigen kon na bovenstaanden brief mijn doel niet meer zijn. Nogmaals mijn standpunt uiteen te zetten was echter mijn recht, nu ik, in plaats van met argumenten, met het meewarig verwijt van intellectuele minderwaardigheid ben bestreden. Zijn poging om mij van brillleglazen te voorzien, behoeft Prof. κ. niet te herhalen. Ik wensch als patiënt mijn recht te handhaven, zelf mijn oogarts te kiezen.

(Ingezonden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1904;48I:465, 467.)