

SEKSUEEL KONTAKT MET PATIËNTEN; VERSLAG VAN EEN ENQUÊTE ONDER GYNAECOLOGEN EN KNO-ARTSEN^o

D. Wilbers¹, G. Veenstra², H.B.M. van de Wiel³ en W.C.M. Weijmar Schultz⁴.

Alle gynaecologen (n=595) en -ter vergelijking- KNO-artsen (n=380) in Nederland werd een enquête gestuurd over het onderwerp "Seksueel contact in de arts-patiëntrelatie"; 720 (74%) reageerden van wie 64 (6.7%) aangaven de vragenlijst niet in te willen vullen.

Een kleine meerderheid van de mannelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen (60 resp. 56%) achtte seksuele gevoelens in de arts-patiëntrelatie acceptabel, vrouwelijke gynaecologen antwoordden iets vaker ontkennend dan bevestigend. Meer dan 80% van alle mannelijke gynaecologen en KNO-artsen voelden zichzelf weleens seksueel aangetrokken tot een patiënt terwijl dit voor 28% van de vrouwelijke gynaecologen gold. Meer dan de helft (59%) van de artsen die seksuele gevoelens in de arts-patiëntrelatie onacceptabel achtten ervoeren desalniettemin deze gevoelens.

Seksueel contact in de arts-patiëntrelatie kwam voor (4%). Er was daarin, met enige terughoudendheid ten gevolge van de kleine aantallen betrokkenen, geen verschil in frequentie tussen mannelijke gynaecologen, vrouwelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen.

Gynaecologen gaven meer blijk van herkenning en erkenning van de problematiek rond seksueel contact in de arts-patiëntrelatie dan KNO-artsen. Er bestond vooral onder gynaecologen behoefte aan meer aandacht voor dit onderwerp in opleiding en praktijk.

¹ Drs D. Wilbers, gynaecoloog in opleiding. ² Drs G. Veenstra, destijds student Geneeskunde.

³ Dr. H.B.M. van de Wiel, klinisch psycholoog. Tevens verbonden aan het Instituut voor Medische Psychologie, Academisch Ziekenhuis Groningen. ⁴ Dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog.

Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie Groningen, Kliniek voor Obstetrie en Gynaecologie, Academisch Ziekenhuis Groningen, Oostersingel 59, 9713 EZ Groningen.
Correspondentie-adres: dr. W.C.M. Weijmar Schultz, Kliniek voor Obstetrie en Gynaecologie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

^o Dit artikel is een uitgebreide versie van een artikel door dezelfde auteurs verschenen in *British Medical Journal*, 1992, 304: 1531-1534.

Geaccepteerd voor publicatie 16 juni 1992.

I. Achtergrond, literatuuroverzicht en theoretisch concept

In mei 1988 werd door de gezamenlijke Hoofdinspecteurs voor de Volksgezondheid een speciaal bulletin gewijd aan het onderwerp "Seksueel misbruik door hulpverleners" (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1988). Een samenvatting verscheen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Hengeveld, 1988). Men achtte publikatie noodzakelijk aangezien er steeds duidelijker signalen van misbruik in bedoelde zin kwam. Berichten in de algemene pers en publikaties van de Rutgers Stichting (Rutgers Stichting, 1987) en vrouwenbelangen-groeperingen waren hieraan vooraf gegaan.

Toegenomen belangstelling en zorg leidden er toe dat in december 1989 een conferentie werd georganiseerd over dit onderwerp door de Rutgers Stichting in Den Haag met steun van het Ministerie van WVC.

Bovenstaande was voor de eerste auteur aanleiding tot het verrichten van een literatuuronderzoek naar de specifieke plaats van de vrouwenarts in dit geheel. Speelt de specifieke aard van dit specialisme een rol, zoals dikwijls door buitenstaanders wordt gesuggereerd? Loopt een gynaecoloog een hoger risico op het aangaan van seksueel contact met zijn of haar patiënten dan andere specialisten c.q. hulpverleners?

Om een antwoord op deze vragen te kunnen geven vond een literatuurstudie plaats en werd op basis hiervan een theoretisch kader geformuleerd.

Literatuur

Gegevens over seksueel getinte arts-patiënt contacten zijn uiterst schaars. Over de ware omvang van het probleem is weinig bekend.

Er zijn slechts twee publikaties waarin specifiek aan artsen wordt gevraagd door middel van een vragenlijst informatie te geven over hun seksuele contacten met patiënten.

Kardener, Fuller en Mensh (1973) schreven 1000 psychiaters, gynaecologen, chirurgen, internisten en 'general practioners' aan uit een totaal van ongeveer 10.000 Californische artsen. Van elk specialisme waren 200 artsen vertegenwoordigd. De response voor de totale groep bedroeg slechts 46%, voor gynaecologen 41.5%. Van de 83 gynaecologen die reageerden gaf 13% aan erotisch lichamelijk contact te hebben gehad, waarbij in bijna de helft van de gevallen coïtus plaatsvond. Gynaecologen scoorden daarmee hoger dan andere specialisten.

In 1984 verscheen de resultaten van een Nederlands onderzoek op dit gebied door Henderikx en Van Son-Schoones. In dit onderzoek werden 75 mannelijke huisartsen, 75 maatschappelijk werkenden en 75 vrouwelijke wijkverpleegkundigen ondervraagd. Ook hier was de respons laag, i.c. voor de huisartsen 39%. Onder huisartsen gaf 20.6% aan erotisch lichamelijk contact te hebben gehad met een patiënt, 3.5% coïtus. Voor maatschappelijk werkenden bedroeg dit 36.3 resp. 13.5%.

Werkers in de geestelijke gezondheidszorg vormden veel frequenter doelwit van

onderzoek. Het Nederlandse onderzoek van Aghassy en Noot (1990) kan model staan voor een aantal soortgelijke publikaties uit de V.S. (Butler en Zelen, 1977; Holroyd en Brodsky, 1977; Bouhoutsos e.a., 1983; Gartrell e.a., 1986). Samengevat blijkt uit deze onderzoeken dat seksueel contact met een cliënt bij 5-10% van de mannelijke hulpverleners en bij 0.5-1% van de vrouwelijke hulpverleners is voorgevallen. De respons cijfers zijn, op het onderzoek van Holroyd en Brodsky na, overwegend laag (gemiddeld 40%). Het seksuele contact wordt in het algemeen geïnitieerd door een oudere, mannelijke hulpverlener met een jongere, vrouwelijke hulpvraagster. De motieven liggen beiderzijds verborgen in persoonlijke problemen in de psychoseksuele sfeer. Verliefdheid wordt ook genoemd. (Butler en Zelen, 1977; Holroyd en Brodsky, 1977; Bouhoutsos e.a., 1983; Zelen, 1985; Gartrell e.a., 1986; Aghassy en Noot, 1990). Gutheil (1989) wees nog op de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis waarbij er extra risico voor de hulpvrager én hulpverlener zou zijn.

Uit al deze onderzoeken komt duidelijk naar voren dat de gevolgen voor de patiënt c.q. cliënt overwegend negatief zijn. (Butler en Zelen, 1977; Burgess, 1981; Bouhoutsos e.a., 1993; Feldmann-Summers en Jones 1984; Aghassy en Noot, 1990). Pope (1989) sprak zelfs van het "Therapist-patient sex syndrome" waarbij hij bij de patiënt minstens 10 verschillende ernstige symptomen meende te kunnen onderscheiden.

Uit al deze publikaties ontstaat de indruk van misbruik van de hulpverlenerssituatie door de hulpverlener. Het verschil in macht tussen hulpverlener en hulpvrager wordt door de hulpverlener genegeerd. O.a. Kardener (1974), Butler en Zelen (1977), IJzermans (1985), Gianotten (1988), Smith (1989) en Twenlow en Gabbard (1989) wezen hierop. Hengeveld (1988; 1990) merkte hierbij op dat de term misbruik op het individuele niveau een genuanceerde benadering van het probleem in de weg staat omdat de werkelijkheid altijd complexer is.

Alle auteurs benadrukken dat de hulpverlener zich bewust moet zijn van zijn bijzondere positie. Er gelden in de hulpverlener-hulpvrager relatie professionele grenzen die soms kunnen botsen met eigen grenzen of behoeften. Toegeven aan deze eigen behoeften is vanuit het principe "primam non nocere" nimmer professioneel. Vanuit medische beroepsorganisaties wordt er echter zelden op aangedrongen dat de hulpverlener zich van dat beroepsrisico bewust dient te zijn (Hengeveld, 1988; Fisher & Fahy, 1990).

Conclusies op basis van de gecombineerde literatuur:

- 5-10% van de mannelijke en 0.5-1.0% van de vrouwelijke therapeuten heeft seksueel contact met één of meerdere patiënten
- de therapeut is meestal een man van 40-50 jaar met problemen in zijn psychoseksuele leven
- de patiënt is meestal een vrouw van 20-30 jaar met een laag zelfbeeld en zich bevindend in een levenscrisis
- het initiatief komt van de therapeut die daarmee een dominante positie in de relatie inneemt
- gevolgen voor 90% van de patiënten zijn negatief.

Theoretische benadering

Mensen voelen zich al dan niet tot elkaar aangetrokken. Er is geen reden aan te nemen waarom dit ook niet zou gelden voor de hulpverlenings-situatie. Dit vormt in wezen dikwijls een essentieel onderdeel van de motivatie van hulpverleners. Echter, er gelden speciale normen en regels voor de hulpverleningsrelatie vergeleken met een willekeurige, alledaagse relatievorm. Enigszins paradoxaal luiden deze: "maximale toenadering tot de hulpvrager met behoud van distantie".

Deze laatste restrictie is beslist noodzakelijk aangezien de hulpverleningsrelatie niet evenwichtig is: de hulpvrager is afhankelijk van de hulpverlener omdat deze iets te bieden heeft dat de hulpvrager nodig heeft, namelijk hulp. Er is daardoor ongelijkheid in macht aanwezig hetgeen door vrouwen dikwijls nog eens extra zal kunnen worden ervaren als de hulpverlener een man is.

Het spanningsveld tussen "toenadering" en "distantie" is binnen de geneeskunde altijd al onderkend. Hippocrates stelde reeds: "...waar ik een woning binnentreed, zal ik dit doen in belang der zieken, mij onthoudend van elke moedwillig verkeerde behandeling, in het bijzonder lijfsgenot met vrouwen en mannen, hetzij vrijen of slaven".

Het klassieke medische model meende de spanning op te kunnen lossen door een strikte scheiding tussen lichaam en geest te stellen waarbij de patiënt min of meer gereduceerd werd tot een object.

Later vond herziening van dit klassieke model plaats met als kernwoorden "gelijkheid" en "symmetrie in de arts-patiënt relatie" (Bauduin, 1985; Vandereycken, 1984). Een sprekend voorbeeld hiervan is het elkaar tutoyeren. Een ander voorbeeld is het uittrekken van de "met macht beklede, witte doktersjas".

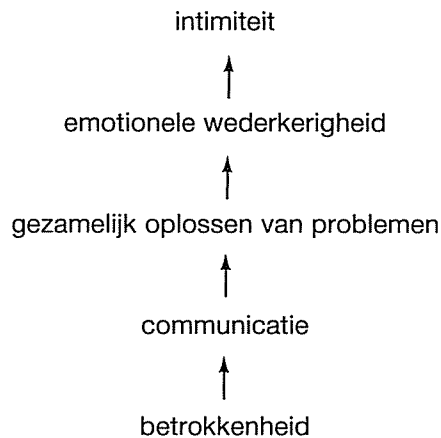
Als gevolg van de laatste ontwikkeling kwam de arts steeds meer náást de patiënt te staan en werd er van de vroegere orgaanbehandelaar gevraagd zich als medemens te gaan gedragen, inclusief de daarbij horende gevoelens en emoties: "De dokter is ook maar een mens".

De ongetwijfeld sterke punten van dit nieuwe model -beide partijen komen veel integraler tot hun recht- vormen echter tevens de zwakke punten: de distantie komt onder druk te staan.

Is daarmee de verklaring voor het vóórkomen van seksueel contact in de arts-patiënt relatie gegeven? Dit lijkt niet het geval aangezien de geschiedenis van het medisch tuchtrecht op dit punt reeds lang is. Het tegenovergestelde zou juist verdedigd kunnen worden: door meer openheid en toegenomen mondigheid in de arts-patiënt relatie zou een afname verwacht kunnen worden.

Aangezien een duidelijke grens tussen "toenadering" en "distantie" niet valt te definiëren wordt er van de individuele arts zelf inzicht in (eigen) grenzen gevraagd, alsmede het vermogen om te gaan met gevoelens en emoties met betrekking tot deze grenzen. De erkenning van een zekere spanning hierin, weten dat het soms "langs de grens lopen is" met de daaraan verbonden risico's, is daarbij uiterst belangrijk (Oeberius Kapteijn, 1988). Aan erkenning gaat echter herkenning vooraf. Hierbij kan een model van de werkelijkheid behulpzaam zijn.

Wynne (1984) geeft een model voor het ontstaan en opbouwen van verborgenheid in een relatie tussen twee personen, en dus van het proces van toenadering en distantie (zie figuur 1). Uitgangspunt is dat er in elke relatie een spanningsveld bestaat tussen afhankelijkheid van de ander enerzijds en het streven naar zelfstandigheid anderzijds.



Figuur 1. Ontstaan en opbouw van verbondenheid in een relatie (Wynne, 1984).

Het resultaat van dat spanningsveld is door wisselwerking een zichzelf versterkend proces waarin opeenvolgende fasen doorlopen worden: via betrokkenheid, communicatie, het gezamenlijk oplossen van problemen en vervolgens emotionele wederkerigheid wordt een fase van intimiteit bereikt welke op zich weer een krachtige stimulans voor (verdergaande) betrokkenheid vormt. Daarbij kan elke volgende fase slechts bereikt worden als aan de voorgaande is voldaan (Wynne, 1984).

Analoog aan Wynne staat in het arts-patiëntkontakt het gezamenlijk oplossen van problemen centraal. Betrokkenheid en communicatie zijn daarbij noodzakelijke voorwaarden. Zodra binnen de arts-patiënt relatie zich ook nog een element van emotionele wederkerigheid voordoet, dreigt de specifieke rol van hulpverlener in de knel te geraken tenzij die wederkerigheid weloverwogen past binnen het kader van de therapie. Vooral het oplossen van in het bijzonder intieme problemen van de patiënt leidt gemakkelijk tot een wederzijds emotionele band. Dit kan zozeer het geval zijn dat een ver(der)gaande intimiteit en daarmee emotionele opwinding ontstaat of dreigt te ontstaan. Door erotisering van de emotionele opwinding kan een seksueel opwindende situatie ontstaan (Van de Wiel en Weijmar Schultz, 1989).

Dit vereist enige toelichting. Als een hulpverlener, om welke reden dan ook, zodanig emotioneel betrokken raakt bij zijn of haar patiënt dat de spanning te hoog oploopt, dan moet die spanning worden gereduceerd. Objectiveren van de patiënt zoals bijvoorbeeld gebeurt als de dokter een patiënt bedekt met doeken voorafgaand

aan de operatie is een voorbeeld van een nuttige vorm van spanningsreductie. In het hulpverleningscontact is objectiveren als vorm van spanningsreductie niet gewenst. Helemaal uit den boze is het om de patiënt tot een *seksueel* object (lustobject) te reduceren. Erotiseren is weliswaar buiten de professionele situatie niet per definitie een "slechte" vorm van spanningsreductie, maar is dat in de professionele situatie wel. De specifieke rol van hulpverlener gaat erbij verloren en de problemen worden voor de patiënt alleen maar groter. De hulpverlener wordt deel van het probleem.

Erotiseren in de hulpverleningssituatie is daarmee een onjuiste wijze van omgaan met spanningen ten gevolge van wederzijdse emotionele betrokkenheid. Het simpel afwijzen van deze "oplossingsstrategie" is echter onvoldoende. Er zal een andere vorm van spanningsreductie voor in de plaats moeten komen, bijvoorbeeld door de situatie te bespreken met een collega. Een meer fundamentele oplossing is gelegen in het voorkómen van wederzijdse emotionele betrokkenheid, echter, die is in een aantal gevallen juist nodig om therapeutisch succesvol te kunnen zijn.

Indien een hoge mate van intimiteit voorwaarde vormt voor het therapeutisch proces is, vanwege het verschil in machtspositie, in ieder geval een evenredig hoge mate van autonomie voor de patiënt gewenst. Hiervoor kunnen speciale maatregelen worden getroffen die dit garanderen. Te denken valt aan een beroepscode, gedetailleerde uitleg vooraf of aanwezigheid van een neutrale persoon. De autonomie van de arts anderzijds is hier ook bij gebaat, aangezien deze zich, door het verregaand verdiepen in de ander, professioneel kwetsbaar opstelt en zich juist dan bewust moet zijn van een "beroepsrisico".

Dat seksueel contact in de arts-patiënt relatie vóórkomt wijst op het onderschatten van de machtsverschillen, maar ook op het onderschatten van de uitwisselbaarheid van machtsposities die kunnen optreden.

Herkenning en erkenning in het proces van toenadering en distantie zijn aldus sleutelbegrippen in de benadering van het probleem van seksueel contact in de hulpverlening.

II. Methode en resultaten van de enquête; discussie en conclusies

In deel 1 werd een literatuuroverzicht gegeven en werd een theoretisch kader geformuleerd waarbinnen seksueel contact met patiënten lijkt op te (kunnen) treden. De vraag of, en zo ja in hoeverre, dit in Nederland werkelijk het geval is onder gynaecologen en andere specialisten vormde de aanleiding tot het hierna te bespreken onderzoek. Bij de auteurs bestond de veronderstelling dat, uit de aard van het specialisme, gynaecologen meer blijf zouden geven van aandacht voor dit onderwerp dan specialisten die bij de uitoefening van hun beroep niet direct met de vrouwelijke genitalia te maken hebben.

Methode van de enquête

Voor het anoniem verkrijgen van gegevens werd een vragenlijst verstuurd naar alle in

Nederland werkzame leden van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Voor het specialisme van de KNO-artsen werd gekozen om gynaecologen te kunnen vergelijken met artsen die bij de uitoefening van hun specialisme niet direkt te maken hebben met de vrouwelijke genitalia. De besturen van de betrokken verenigingen werd inzage in de vragenlijst gegeven en toestemming gevraagd gebruik te maken van hun ledenbestand.

Oorspronkelijk was het de bedoeling ook huisartsen in het onderzoek te betrekken. Met als reden dat het specifieke belang voor een huisarts niet "evident" aanwezig was onthield de Landelijke Huisarts Vereniging echter haar instemming.

In de toelichting op de vragenlijst werd het doel van het onderzoek omschreven als een actualisatie van gegevens met betrekking tot:

- 1 houding en ideeën van gynaecologen en KNO-artsen ten aanzien van seksueel kontakt in de arts-patiëntrelatie,
- 2 frequentie van vóórkomen van seksueel kontakt in de hulpverlening en
- 3 wenselijkheid en mogelijkheid van meer openheid op dit punt.

Er werden 17 vragen gesteld: geslacht, professie, vier vragen over het toelaten of afweren van seksuele gevoelens, vijf vragen over de mate van gewenste aandacht voor dit onderwerp in opleiding en praktijk en een laatste vraag om aan te geven waarom de vragenlijst eventueel niet was ingevuld. Om de anonimiteit zoveel mogelijk te garanderen werden er geen vragen gesteld over leeftijd, praktijksamenstelling en aantal jaren ervaring van de respondent.

In de vragenlijst was een drietal kernbegrippen opgenomen die als volgt werden gedefinieerd:

- "Arts-patiëntrelatie: al die kontakten tussen arts en patiënt die bedoeld zijn de hulpvraag van de patiënt op professionele wijze op te lossen".

Deze toelichting benadrukte het kader waarbinnen de relatie zich zou moeten bewegen.

- "Seksuele gevoelens: al die gevoelens die door de arts en patiënt als seksueel beladen ervaren worden".

Het subjectieve element in de seksualiteit werd hier benadrukt.

- "Seksueel kontakt: al die (vormen van) kontakten die bedoeld zijn seksuele gevoelens te bewerkstelligen of te bevredigen".

Opnieuw werd hier het subjectieve karakter van seksualiteit benadrukt om te voorkomen dat een specifieke vorm van seksueel gedrag zoals bijv. de coïtus te veel nadruk kreeg.

De vragenlijst werd in mei 1990 verstuurd. Twee weken later volgde een eerste herinnering. Na zes weken werd de vragenlijst opnieuw aan iedereen verzonden met een tweede herinnering. Voor deze procedure werd gekozen om de anonimiteit te garanderen en het responspercentage zo hoog mogelijk op te voeren. Voor het versturen van de ingevulde vragenlijst kon gebruik worden gemaakt van een bijgesloten, neutrale antwoordenvolp.

Aangezien het een inventariserend, beschrijvend onderzoek betrof, worden de resultaten alleen in absolute aantallen en percentages weergegeven. Het toetsen

van verschillen tussen bepaalde groepen geeft geen relevante extra informatie en is derhalve achterwege gelaten.

Resultaten

Groepen

De groep respondenten kan verdeeld worden in:

- a) totaal aantal respondenten (n=720).
- b) zij die hebben aangegeven de vragenlijst niet in te willen vullen, met opgave van reden (n=64).
- c) de groep van 656 respondenten die de vragenlijst wel hebben ingevuld; deze groep kan onderverdeeld worden in:
 1. mannelijke gynaecologen (n=339),
 2. vrouwelijke gynaecologen (n=52),
 3. mannelijke KNO-artsen (n=229),
 4. vrouwelijke KNO-artsen (n=5),
 5. onbekend geslacht en/of professie (n=31),

Groep 4 (vrouwelijke KNO-artsen) werd te klein geacht om verder afzonderlijk te behandelen. De weergave van de resultaten per vraag gebeurt voor de helderheid slechts voor mannelijke gynaecologen, vrouwelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen.

Respons

Er werden 975 vragenlijsten verstuurd, 595 (61%) aan gynaecologen en 380 (39%) aan KNO-artsen.

Het zuivere responspercentage van 74% is berekend op het totaal aantal respondenten als percentage van het aantal aangeschrevenen. Omdat 64 respondenten aangaven de vragenlijst niet in te willen vullen, met vermelden van reden daartoe, is de uiteindelijke groep van aangeschrevenen die een of meerdere vragen beantwoordde kleiner, nl. 656. De gecorrigeerde respons komt daarmee op 67.3%.

Vraag naar geslacht en professie

De vragenlijst werd door 397 gynaecologen (60.5%) en 239 KNO-artsen (36.4%) ingevuld. 20 keer (3.1%) werd geen beroep opgegeven. De verhouding gynaecologen/KNO-artsen was vrijwel dezelfde in de aangeschreven groep als in de groep van de respondenten (1.57 resp. 1.67).

568 (86.6%) mannen en 57 (8.7%) vrouwen stuurden de vragenlijst terug, 31 maal (4.7%) werd geen geslacht opgegeven.

Van de gynaecologen die reageerden waren er 339 (86%) van het mannelijke geslacht en 52 (14%) van het vrouwelijke. Voor de KNO-artsen was dit 229 (98%) en 5 (2%) respectievelijk. De verdeling man-vrouw binnen de verenigingen was vooraf niet bekend. Helaas is daardoor beoordeling van de respons naar geslacht niet mogelijk.

Tabel I Antwoorden in absolute aantallen en percentages

	mannelijke gynaecologen (n=339)		vrouwelijke gynaecologen (n=52)		mannelijke KNO-artsen (n=229)	
	n	%	n	%	n	%
Vragen over toelaten of afweren van seksuele gevoelens						
1. Vindt u het acceptabel dat artsen seksuele gevoelens hebben t.a.v. patiënten?						
acceptabel	201	59.3	25	48.1	128	55.9
onacceptabel	133	39.2	26	50.0	100	43.7
onbeantwoord	5	1.5	1	1.9	1	0.4
2. Voelt u zich zelf wel eens seksueel aangetrokken tot een patiënt?						
ja	286	84.5	14	26.9	186	81.2
nee	52	15.2	38	73.1	42	18.4
onbeantwoord	1	0.3	0	0.0	1	0.4
3. Hoe staat u tegenover die seksuele gevoelens die u hebt t.a.v. patiënten?						
positief	113	33.3	7	13.5	92	40.2
negatief	168	49.6	13	25.0	97	42.4
onbeantwoord	58	17.1	32	61.5	40	17.4
4. Laat u het de patiënt merken als u die gevoelens hebt?						
ja	7	2.1	1	1.9	8	3.5
nee	290	85.2	19	36.5	200	87.3
onbeantwoord	42	12.7	32	61.6	21	9.2
Vragen over het voorkomen van seksueel contact						
5. Hebt u zelf ervaringen van seksueel contact met een patiënt in de arts-patiëntrelatie?						
ja	12	3.5	2	3.8	8	3.5
nee	326	96.2	50	96.2	219	95.6
onbeantwoord	1	0.3	0	0.0	2	0.9
6. Zo ja, met ongeveer hoeveel patiënten hebt u seksueel contact gehad?						
1-2	8	66.7	1	50.0	2	25.0
>2	4	33.3	0	0.0	4	50.0
onbeantwoord	0	0.0	1	50.0	2	25.0
7. Zo ja vond coïtus plaats?						
ja	4	33.3	0	0.0	5	62.5
nee	8	66.7	1	50.0	1	12.5
onbeantwoord	0	0.0	1	50.0	2	25.0
8. Wat is (achteraf) uw oordeel over het seksueel contact voor uzelf?						
positief	7	58.3	1	50.0	6	75.0
negatief	5	41.7	0	0.0	0	0.0
onbeantwoord	0	0.0	1	50.0	2	25.0
9. Wat is (achteraf) uw oordeel over het seksueel contact voor de patiënt?						
positief	7	58.3	1	50.0	6	75.0
negatief	5	41.7	0	0.0	0	0.0
onbeantwoord	0	0.0	1	50.0	2	25.0
Vragen over de wenselijkheid van meer aandacht voor seksuele vraagstukken in de arts-patiëntrelatie						
10. Vindt u het wenselijk dat er binnen de opleiding meer aandacht wordt besteed aan seksualiteit in het algemeen en seksualiteit in de arts-patiëntrelatie in het bijzonder?						
ja	257	75.8	49	94.2	104	45.4
nee	75	22.1	3	5.8	117	51.1
onbeantwoord	7	2.1	0	0.0	8	3.5
11. Vindt u het wenselijk dat er een officieel standpunt door uw beroepsvereniging wordt ingenomen over seksueel contact in de arts-patiëntrelatie?						
ja	218	62.8	38	73.1	86	34.3
nee	110	31.5	14	26.9	135	55.7
onbeantwoord	11	5.7	0	0.0	8	10.0
12. Vindt u het wenselijk dat dit officiële standpunt ook publiekelijk wordt ingenomen?						
ja	215	63.4	34	65.4	82	35.8
nee	88	26.0	15	28.8	101	44.1
onbeantwoord	36	10.6	3	5.8	46	20.1
13. Vindt u het wenselijk dat voor patiënten een vertrouwenspersoon wordt aangesteld voor melding van en begeleiding bij daadwerkelijke seksuele contacten?						
ja	277	81.7	51	98.1	156	68.1
nee	55	16.2	1	1.9	51	22.3
onbeantwoord	7	2.1	0	0.0	22	9.6
14. Vindt u het wenselijk dat er voor artsen binnen de eigen beroepsorganisatie een dergelijke vertrouwenspersoon wordt aangesteld?						
ja	227	66.7	45	86.5	118	51.5
nee	95	28.0	3	5.8	88	38.5
onbeantwoord	17	5.3	4	7.7	23	10.0

Indien vraag 1 en 2 gecombineerd worden blijkt dat 92% van de artsen die seksuele gevoelens acceptabel achten, zichzelf wel eens seksueel tot een patiënt aangetrokken voelden. Van de artsen die seksuele gevoelens niet acceptabel vinden bevestigden desalniettemin 59% zich wel eens seksueel aangetrokken te voelen tot een patiënt.

Indien seksuele gevoelens acceptabel werden geacht (vraag 1) stond 62% positief t.o.v. de eigen seksuele gevoelens tot een patiënt, indien het niet acceptabel werd gevonden slechts 9%.

Voor vraag 5 geldt dat er 12 mannelijke gynaecologen, 2 vrouwelijke gynaecologen en 8 mannelijke KNO-artsen aangaven seksueel contact met een patiënt te hebben gehad. 5 maal was geen geslacht en/of professe opgegeven. In de totale groep komt daarmee het relatieve percentage op 4% te liggen.

Vraag over het niet invullen van de vragenlijst

De vragenlijst was door 64 respondenten niet ingevuld. 3 maal met als argument "geen tijd", 41 maal omdat de enquête "niet zinnig" werd gevonden, 1 maal omdat het onderwerp te "beladen" was en 19 maal om een andere reden. In deze laatste groep werd genoemd: "te eenzijdig op de arts gericht", "begrippen onvoldoende gedefinieerd", "geen seks in de praktijk", "probleem speelt meer in psychotherapeutische relaties", "U moet zich schamen dergelijk onderzoek te doen".

Discussie en conclusies

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête welke aan alle Nederlandse gynaecologen en KNO-artsen werd gestuurd. Het hanteren van deze onderzoeksvorm lag voor de hand om de anonimiteit van de ondervraagden te kunnen waarborgen en om toch alle gynaecologen en KNO-artsen bij het onderzoek te betrekken. Om dezelfde reden werd afgezien van vragen over leeftijd en dergelijke van de ondervraagden.

Er is uiteraard getracht elke vraag zo eenduidig mogelijk te formuleren. Toch kan niet voorkomen worden dat verschillende respondenten een verschillende (persoonlijke) interpretatie aan bepaalde begrippen zullen geven.

De onderzoekers realiseren zich de beperkingen van de studie en van de studieopzet. Het zou daarom niet juist zijn als er te veel nadruk op cijfers gelegd zou worden. Het belangrijkste doel van de studie was immers het verzamelen van materiaal voor discussie.

Respons

Gezien de hoge respons (74%) mag van een adequate benadering worden gesproken. Dat het percentage zoveel hoger uitvalt dan in de literatuur, kan op verschillende manieren worden uitgelegd. Enerzijds is het mogelijk dat er behoefte bestaat aan discussie over dit onderwerp. Anderzijds kan het zijn dat de beladenheid van het onderwerp minder groot is dan werd verwacht. Of dit laatste het geval is kan worden betwijfeld gezien de verontruste reacties die wij kort na het verzenden van de vragen-

lijsten ontvingen en die vooral de presentatie van de resultaten betrof. Het verrassend hoge responspercentage vormt in ieder geval een forse aanzet voor discussie over het onderwerp.

Het toelaten of afweren van seksuele gevoelens

Een groot deel van de respondenten wijst seksuele gevoelens t.a.v. de patiënt af. Dit past bij het denken volgens het klassieke medische model waarbij de patiënt min of meer gereduceerd wordt tot een object, zonder aanleiding te kunnen en te mogen geven tot (seksuele) gevoelens en emoties bij de arts. Door deze ontkenning kan gemakkelijk een houding ontstaan waarbij de ogen voor het probleem worden gesloten. Er kan echter op theoretische gronden verdedigd worden dat juist binnen de arts-patiëntrelatie door het oplossen van (zeer intieme) problemen er een wederzijdse emotionele band ontstaat tussen arts en patiënt. Dit kan de basis vormen voor een ver(der)gaande intimiteit en emotionele opwindning welke door erotiseren ervan tot een seksueel opwindende situatie leidt (Van de Wiel en Weijmar Schultz, 1989). Erkenning van deze gevoelens en emoties als normaal menselijk ("de dokter is ook maar een mens"), maakt deze gevoelens en emoties gemakkelijker herkenbaar, hanteerbaar en bespreekbaar.

Dat mannen (emotionele) situaties sneller erotiseren dan vrouwen (Hite, 1976) zou op het eerste gezicht geconcludeerd kunnen worden uit het grote verschil in beantwoording van vraag 2 tussen mannen en vrouwen. Dit zou echter niet juist zijn: de patiënten-populatie van de (vrouwelijke) gynaecoloog bestaat daardoor te eenzijdig uit vrouwen.

Het is interessant te constateren dat weliswaar een groot deel van de onderzochten opmerkt seksuele gevoelens af te wijzen, maar dat 59% van deze groep aangeeft deze gevoelens wél te ervaren. Wat de uitkomst van deze tegenstrijdigheid is, is onduidelijk maar het bestaan ervan geeft aan dat het objectiveren van de patiënt de erotiek niet volledig uit de wereld helpt.

Uit de beantwoording van de vraag hoe men staat t.o.v. de seksuele gevoelens die naar de patiënt toe worden ervaren, blijkt dat het ervaren ervan een innerlijk conflict op moet leveren voor velen van de ondervraagden. Het verbaast niet dat het percentage respondenten dat deze gevoelens als negatief ervaart, veel groter is in de groep van artsen die reeds had aangegeven seksuele gevoelens af te wijzen, dan in de groep artsen die deze gevoelens wel acceptabel achten.

Het vóórkomen van seksueel kontakt

Seksueel kontakt in de arts-patiëntrelatie blijkt uit ons onderzoek voor te komen onder zowel gynaecologen als KNO-artsen. Door de onderzoeksopzet en de uiteindelijke kleine aantallen kan de exacte frequentie echter niet worden vastgesteld. Het gevonden percentage van 4% steekt wel gunstig af tegen de cijfers uit de literatuur. Uitermate opvallend is dat er geen verschillen zijn tussen mannelijke gynaecologen, vrouwelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen. Ten aanzien van vrouwelijke gynaecologen moet dit met terughoudendheid gesteld worden gezien het absoluut kleine aantal dat seksueel kontakt met een patiënt heeft gehad, namelijk 2. De

schaarse literatuurgegevens suggereren een man-vrouwverhouding van 10:1, wat in dit onderzoek duidelijk anders ligt, namelijk 1:1. Het "beroepsrisico" is dus niet alleen een zaak van mannelijke gynaecologen.

Het ontbreken van een verschil tussen mannelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen bewijst niet dat het risico voor beide specialismen hetzelfde is. Er zijn twee mogelijkheden: ten eerste dat er inderdaad géén verschil is, ten tweede dat er wél een groter risico voor gynaecologen is, maar dat dit wordt gecompenseerd door een bewustere houding. Deze laatste veronderstelling is o.a. gebaseerd op de vergelijking tussen mannelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen, die daadwerkelijk seksueel contact met een patiënt hebben gehad. De verschillen daarbij zijn klein, evenals het aantal gynaecologen en KNO-artsen, maar wel consistent. Mannelijke KNO-artsen hebben vergeleken met mannelijke gynaecologen relatief vaker contacten met meerdere (>2) patiënten, hebben vaker coïtus met de patiënt, hebben vaker achteraf een positief oordeel over het seksueel contact voor zichzelf en voor de patiënt en beantwoorden vaker de vragen hierover niet. Dit suggereert dat de perceptie van het probleem van seksueel contact in de arts-patiëntrelatie door KNO-artsen anders is dan door gynaecologen. Een verklaring hiervoor is dat mannelijke gynaecologen uit de aard van hun professie zich meer bezig houden met intieme zaken dan KNO-artsen en duidt op een hogere graad van "risicobewustzijn". De verschillen in beantwoording van de vragen over de wenselijkheid van meer aandacht voor dit onderwerp binnen de opleiding, beroepsvereniging en praktijk ondersteunen dit.

De meerderheid van de artsen die seksueel contact met een patiënt hebben gehad oordeelt hier (achteraf) positief over, voor zowel de patiënt als voor zichzelf. Gynaecologen wijzen het echter beduidend vaker af dan KNO-artsen. Het oordeel van de patiënten uit dit onderzoek is niet bekend, maar uit de literatuur blijken de gevolgen in 90% van de gevallen negatief te zijn met mogelijke verstrekkende gevolgen voor het lichamelijk en psychisch functioneren. Er is geen reden om aan te nemen waarom dit voor de patiënten waarmee de ondervraagde artsen seksueel contact hebben gehad anders zal zijn. De discrepantie tussen wat de artsen menen dat de gevolgen zijn voor de patiënten en wat de patiënten zelf vinden wijst op een misvatting bij de betrokken artsen. Dit maakt het hen mogelijk in het kader van de arts-patiëntrelatie seksueel contact aan te gaan en dit nog positief te waarderen ook. De voorlichting zal zich hier vooral op moeten richten.

Wenselijkheid van meer aandacht voor seksuele vraagstukken in de arts-patiëntrelatie

Zoals hierboven reeds werd gesteld, lijkt de mate waarin seksueel contact tussen arts en patiënt als een probleem wordt beschouwd, te verschillen tussen gynaecologen en KNO-artsen. KNO-artsen geven blijk van een andere houding t.o.v. vraagstukken met betrekking tot de seksualiteit dan gynaecologen. In (betrekkelijke) meerderheid geven KNO-artsen aan dit punt te willen laten rusten. Dat er wel een duidelijke meerderheid gevonden wordt voor het aanstellen van een vertrouwenspersoon voor de patiënten, en (in mindere mate) voor de artsen, lijkt hiermee in tegenspraak. Met enige terughoudendheid echter zou gesteld kunnen worden dat dit past binnen het kader van wat wel genoemd is "de samenzwering van het stilzwijgen", waarbij het

probleem wel herkend, maar genegeerd wordt en er gezamenlijk getracht wordt het (ideale) beeld naar buiten toe niet te verstoren. (Ijzermans, 1985).

Gynaecologen beslissen voor meer aandacht voor seksuele vraagstukken in de opleiding en praktijk. Vrouwelijke gynaecologen spreken zich nog duidelijker uit dan mannelijke gynaecologen.

De veronderstelling, dat herkenning en erkenning van de mogelijkheid van seksueel contact met een patiënt onder gynaecologen sterker leeft dan onder specialisten die bij de uitoefening van hun beroep niet direct met de vrouwelijke genitalia te maken hebben, vindt dus ondersteuning.

Slotopmerkingen

Juist binnen de arts-patiëntrelatie bij gynaecologen gaat het vaak om zeer intieme problemen, waardoor een wederzijdse emotionele band met de patiënte kan ontstaan. Dat is inherent aan het specialisme en soms zelfs vereist om tot een oplossing te komen. Het kan echter tegelijkertijd de basis vormen voor verdergaande intimiteit en emotionele opwinding, welke door erotiseren ervan kan leiden tot een seksueel opwindende situatie. Ook andere (groepen van) hulpverleners en specialisten lopen dit risico (Van Dijk, de Wit & Bezemer, 1988).

Hoe moeten deze normale, maar risicovolle situaties gehanteerd worden? Als een hoge mate van intimiteit een onderdeel is van het diagnostisch of therapeutische proces moet er, vanwege het grote verschil in machtspositie, een evenredig hoge mate van autonomie voor de patiënt gegarandeerd worden. Daartoe kunnen speciale externe maatregelen getroffen worden, als een beroepscode, gedetailleerde uitleg vooraf aan de patiënt of de aanwezigheid van een neutrale persoon. Echter, veel wezenlijker zijn naar onze mening interne maatregelen. Controle op gedrag moet in de mens zelf zitten. Als hulpverleners moeten we leren situaties te hanteren waarin we ons verregaand verdiepen in de ander. Door in dergelijke situaties gevoelens en emoties te erkennen als normaal menselijk en door het onderkennen van het "beroepsrisico" worden die gevoelens en emoties herkenbaar, bespreekbaar en daarmee tegelijkertijd ook hanteerbaar.

Literatuur

- Aghassy, G. en M. Noot (1990). *Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Uitgeverij VUGA, Den Haag.
- Bauduin, D. (1985). In: *Over autonomie, in andermans eigenbelang*. NCGV-Documentatiemap, Utrecht.
- Bouhoutsos, J., J. Holroyd, H. Lerman et al. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional psychology: research and practice*, 14: 185-196.
- Burgess, A.W. (1981). Physician sexual misconduct and patients' responses. *Am.J. Psychiatry*, 138: 1335-1342.
- Butler, S. en S.L. Zelen (1977). Sexual intimacies between therapists and patients. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 14: 139-145.
- Dijk, J.G. van, A. de Wit en W. Bezemer (1988). Risicogroepen onder de hulpverleners. GHI-bulletin: *Seksueel misbruik door hulpverleners*. Ministerie van WVC, Rijswijk.
- Feldmann-Summers, S. en G. Jones (1984). Psychological impacts of sexual contacts between therapists or other health care practioners and their clients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52: 1054-1061.

- Fisher, N. en T. Fahy (1990). Sexual relationships between doctors and patients. *J. Roy. Soc. Medicine*, 83: 681-684.
- Gartrell, N., J. Herman, S. Olarte et al (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, I: prevalence. *Am. J. Psychiatry*, 143: 1125-1131.
- Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1988). H.A. Geuns en G.L.E. Orsini (red.). *Seksueel misbruik door hulpverleners*. GHI-bulletin; Ministerie van WVC, Rijswijk.
- Gianotten, W.L. (1988). Seksueel misbruik door hulpverleners. In: E. Danen en N.V. Oosten (red.). *Mannelijkheid en seksueel geweld, de dader belicht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Gutheil, T.G. (1989). Borderline personality disorder, boundary violations, and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. *Am. J. Psychiatry*, 146: 597-603.
- Henderiks, W. en N. van Son-Schoones (1984). *Lichamelijk contact in de hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hengeveld, M.W. (1988). Seksueel misbruik door hulpverleners. *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 132: 2271-2272.
- Hengeveld, M.W. (1990). Forum: de medicus en de min. *Tijdschr. voor Seksuologie*, 14: 175-184.
- Hite, S. (1976). *The Hite report*. MacMillan Press, New York
- Holroyd, J.C. en A.M. Brodsky (1977). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients. *American Psychologist*, 32: 843-849.
- Kardener, S.H. (1974). Sex and the physician-patient relationship. *Am. J. Psychiatry*, 131: 1134-1136.
- Kardener, S.H., M. Fuller en I.N. Mensh (1973). A survey of physicians attitudes and practices regarding erotic and nonerotic contact with patients. *Am. J. Psychiatry*, 130: 1077-1081.
- Oeberius Kapteijn, M.H. (1988). Inleiding. In: GHI-bulletin: *Seksueel misbruik door hulpverleners*. Ministerie van WVC, Rijswijk.
- Pope, K.S., P. Keith-Spiegel en B.G. Tabachnick (1986). Sexual attraction to clients. The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41: 147-158.
- Pope, K.S. (1989). Therapist-patient sex syndrom: a guide for attorneys and subsequent therapists to assessing damage. In: G.O. Gabbard (ed.). *Sexual exploitation in professional relationship*. American Psychiatric Press, Washington.
- Rutgers Stichting (1987). *Nota seksueel contact binnen de hulpverlening*. Rutgers Stichting, Den Haag.
- Twenlow, S.W. en G.O. Gabbard (1989). The lovesick therapist. In: G.O. Gabbard (ed.). *Sexual exploitation in professional relationship*. American Psychiatric Press, Washington.
- Vandereycken, W. (1984). Seksueel contact tussen therapeut en cliënt. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 39: 1283-1296.
- Wiel, H.B.M. van de en W.C.M. Weijmar Schultz (1989). Zorg rond de seksualiteit (I). *Ned. Tijdschr. voor Obstetrie en Gynaecologie*, 102: 300-308.
- Wynne, L.C. (1984). The epigenesis of relational systems: a model for understanding family development. *Fam. Process*, 23: 297-318.
- IJzermans, T. (1985). Handen thuis in de psychotherapie. *Intermediair*, 25: 21-27.
- Zelen, S.L. (1985). Sexualization of therapeutic relationships: the dual vulnerability of patient and therapist. *Psychotherapy*, 22: 178-185.

Summary.

Sexual contact: the doctor-patient relationship in The Netherlands.

All Dutch gynaecologists (n=595) and, for comparison, all ENT specialists (n=380) were sent a questionnaire on 'Sexual contacts in the doctor-patient relationship'. 720 (74%) responded, of which 64 (6.7%) refused to complete it.

Among the male gynaecologists and male ENT specialists, a small majority indicated that sexual feelings are acceptable in the doctor-patient relationship; the female gynaecologists gave slightly more negative reactions than positive ones. More than 80% of all the male gynaecologists and ENT specialists had felt sexually attracted to a patient at some time, while this was valid for 28% of the female gynaecologists. More than half (59%) of the doctors who indicated that sexual feelings are unacceptable in the doctor-patient relationship, nevertheless experienced these feelings; particularly this group of doctors had a negative attitude towards these feelings.

Actual sexual contact had occurred in 4% of the respondents and there were no differences between male gynaecologists, male ENT specialists and female gynaecologists.

A vast majority of the gynaecologists were in favour of: (1) having more attention paid to sexual problems during training, (2) having their professional society take an official viewpoint, (3) subsequent public support of this viewpoint and (4) taking on an impartial counsellor for the patients as well as the doctors. The female gynaecologists spoke out more clearly than the male gynaecologists on this point. For the ENT specialists, the only issue for which a majority could be found was for taking on an impartial counsellor.