

UIT DE PRAKTIJK: EEN VERDACHTE BEHANDELING VAN HOOFDPIJN Over seksueel misbruik en erotiek in de spreekkamer^o

Ineke Vink*

Een patiënte zich helemaal laten uitkleden, is dat seksueel geweld? Seksueel contact met een cliënte, die dat zelf ook wil, mag dat? Mag men genieten van eigen erotische gevoelens tijdens een consult?

Regelmatig vertellen patiënten op het spreekuur over seksuele toenadering door een hulpverlener. Steeds weer raakt dat mij: waarom hebben hulpverleners soms zo weinig respect voor die ander? Waar halen ze het lef vandaan om een patiënte/cliënte te gebruiken voor hun eigen 'bevrediging'? Het maakt mij boos én het brengt me in verwarring. Ik kom in conflict tussen solidariteit met mijn patiënten en met mijn collega's. Moet ik iets doen in zo'n situatie? Zo ja, wat?

Voor mij een reden om een aantal aspecten van seksueel misbruik en hulpverlening op papier te zetten. Het gaat mij hierbij niet in de eerste plaats om pasklare handvatten en regels, maar ik hoop met het beschrijven van drie casussen de lezer tot reflectie aan te zetten.

De gynaecoloog die haar betastte

Ria F. komt voor een cervixuitstrijkje. Ze komt niet vaak: een doodenkele keer met één van haar kinderen of vanwege haar rug. Een paar jaar geleden heeft ze een Carcinoma In Situ van de cervix (baarmoederhalskanker) gehad. Ze is daarvoor behandeld en moet ieder jaar een controle-uitstrijkje laten maken. Ze vindt dat verschrikkelijk en stelt het altijd zo lang mogelijk uit. Ook nu is het veel langer dan een jaar geleden en is ze pas na herhaalde oproepen gekomen.

Ze zit met haar vingers te friemelen en is stiknervus. Waarom vindt ze het zo erg? Zó erg dat ze eigenlijk haar gezondheid verwaarloost? Voorzichtig probeer ik er met haar over te praten. 'Is het het inwendig onderzoek dat je moeilijk vindt? Of ben je bang dat het uitstrijkje niet goed zal zijn?' Ze barst ineens in tranen uit. Nee ze is niet bang voor de uitslag, maar als het weer tijd wordt voor het onderzoek wordt ze altijd heel nerveus en depressief. Altijd weer komen dan herinneringen boven van jaren terug. En dat wil ze niet. Dat is zo aanstellerig. Wat toen gebeurd is is toch voorbij. Maar ze kan het niet vergeten.

Als ze wat rustiger geworden is vertelt ze dat de gynaecoloog, die haar behandelde voor de kanker, haar buik heel lang betastte en allerlei seksuele opmerkingen maakte. Ze lag daar toen met haar benen wijd, hij begon haar buik te strelen en raakte haar clitoris aan. Krampachtig bleef ze liggen en deed alsof er niks gebeurde. Waarop hij haar zei dat het toch vreselijk moest zijn voor haar man dat ze met zo'n mooi lijf zo ijskoud reageerde. Seks met haar zou nooit wat zijn, zo'n frigide vrouw.

* Drs C.W. Vink, huisarts. Praktijkadres: Nwe Maasstraat 38, 3114 TL Schiedam.
^o Geaccepteerd voor publicatie 26 juli 1994.

Die vernedering, de angst ook wat hij verder zou gaan doen én haar boosheid dat ze niets deed, ook achteraf niet, maken haar iedere keer weer depressief en nerveus. Ze heeft het wel aan haar man verteld (veel, veel later), maar is verder met haar emoties blijven zitten.

Een verdachte behandeling voor hoofdpijn

Mevrouw G. is 45 jaar. Ze komt op het spreekuur om over haar hoofdpijn te praten. Ik ben verbaasd haar nu al weer terug te zien. Ze was immers heel tevreden met de verwijzing naar een haptonoom, kortgeleden?

Ze vertelt dat ze de laatste keer een heel vervelende ervaring bij hem had. Hij zei haar dat ze een aantrekkelijk lijf had, een lichaam dat mannen wel op moest winden. Later in dezelfde behandelsessie moest ze een 'oefening' doen waarbij ze op hem moest gaan liggen. Ze schrok enorm. Ze heeft zich aangekleed en is weggegaan. Ze wil niet meer naar hem toe.

Ik was geschokt door haar verhaal: het gebeurt dus echt! Of is het niet waar? Er is ook twijfel, wat was haar rol in het geheel? Wat vond ze van die aandacht? Genoot ze er eigenlijk ook van? En woede: zo iemand moet aangeklaagd worden, mag niet meer werken, misschien zijn anderen ook slachtoffer. Zou hij ook met patiënten naar bed gaan? Deze vrouw had de kracht om haar grens te trekken én om het te komen vertellen. Hoeveel anderen durven dat niet? Als dit bekend wordt valt de hele toekomst van deze man in duigen. Maar de toekomst van zijn patiënten?

Waar ligt de grens?

Wanneer kunnen gedrag of uitlatingen van een arts door de patiënte opgevat worden als seksueel geweld? Het is moeilijk om precies een grens te beschrijven. Bij vrouwenorganisaties op het gebied van seksueel geweld melden vrouwen seksuele gedragingen van hulpverleners, die voor hen 'te ver' gaan. Zij rapporteren de volgende gedragingen van artsen:

- * te veel en gedetailleerde vragen over seksualiteit, zeker indien dit gebeurt zonder dat de patiënte met een seksueel probleem komt;
- * uitgebreider lichamelijk onderzoek dan redelijkerwijs op grond van de klacht verwacht kan worden, vooral als dit gedaan wordt zonder uitleg van het waarom;
- * zich geheel uit moeten kleden;
- * erotiserende of seksueel getinte opmerkingen en insinuaties;
- * op niet functionele wijze bekeken worden, vooral als de blik op haar borsten of geslachtsorganen gericht is;
- * ongewenst aangeraakt of betast worden aan geslachtsorganen of borsten;
- * seksuele toenadering.

Niet altijd is een grens simpel te trekken. Bij sommige problemen dienen bepaalde vragen wel degelijk gesteld te worden. In de spreekkamer is een sfeer van intimiteit belangrijk. Dat bevordert een goede hulpverlening. De arts dient zich bewust te zijn van het verschil tussen intimiteit en erotiek! Intimiteit hoeft niet te betekenen dat er lichamelijk contact is of moet zijn!

Storend gedrag kan ook voortkomen uit onwetendheid, onzorgvuldigheid of botheid: geen

gordijn om de onderzoeksbank, vrouwen zich laten uitkleden terwijl de arts erbij staat te kijken, een vrouw heel lang naakt op de onderzoekstafel laten liggen, geen uitleg geven over het waarom van het lichamelijk of gynaecologisch onderzoek, of een consult afronden terwijl de vrouw nog niet is aangekleed.

De wetgever

Een patiënte, die om hulp komt bij een arts of andere hulpverlener, bevindt zich per definitie in een afhankelijke positie. Bovendien gaat het om iemand met een probleem, of problemen, anders komt zij niet om hulp. Zo iemand is dan veelal meer kwetsbaar dan normaal. Er kan behoefte zijn aan iemand die aandacht heeft en vertrouwen en warmte schenkt. Het is voor de machthebber in een hulpverleningsrelatie (de arts, therapeut of anderszins hulpverlener) soms zeer gemakkelijk en 'verleidelijk' om hiervan misbruik te maken. Als dit gebeurt valt dit met geen enkel argument goed te praten. Gelukkig ziet de wetgever dit ook in.

In de nieuwe wetgeving valt iedere ongewenste 'seksuele' handeling onder het strafrecht. Met name ook die van een hulpverlener ten opzichte van een hulpvrager. Ook wordt er geen onderscheid meer gemaakt tussen aanranding of verkrachting.

Artikel 246 wetboek van strafrecht (Cremers 1993):

Hij die door geweld of een andere feitelijkheid of bedreiging met geweld of een andere feitelijkheid iemand dwingt tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen, wordt, als schuldig aan feitelijke aanranding van de eerbaarheid, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 249 wetboek van strafrecht:

1. Hij die ontucht pleegt met zijn minderjarig kind, stiefkind of pleegkind, zijn pupil, een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige bediende of ondergeschikte, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vierde categorie.
2. Met dezelfde straf wordt gestraft:
 1. de ambtenaar die ontucht pleegt met een persoon aan zijn gezag onderworpen of aan zijn waakzaamheid toevertrouwd of aanbevolen;
 2. de bestuurder, geneeskundige, onderwijzer, beampte, opzichter of bediende in een gevangenis, rijksinrichting, rijksinrichting voor kindbescherming, weeshuis, ziekenhuis of instelling van weldadigheid, die ontucht pleegt met een persoon daarin opgenomen;
 3. degene die, werkzaam in de gezondheidszorg of maatschappelijke zorg, ontucht pleegt met iemand die zich als patiënt of cliënt aan zijn zorg heeft toevertrouwd.

Vóórkomen van seksueel misbruik door hulpverleners

Er zijn weinig gegevens bekend. In de gepubliceerde onderzoeken worden uiteenlopende getallen genoemd. De verschillende definities die gebruikt worden voor misbruik zijn hier debet aan.

I. Amerikaans onderzoek

Holroyd en Brodsky (1977, geciteerd in GHI-bulletin, 1988) melden dat 10,9% van een groep mannelijke psychologen erotisch contact gehad zou hebben met patiënten, voor 5,5% betrof dit geslachtsgemeenschap. Voor vrouwelijke psychologen waren deze getallen resp. 1,9 en 0,6%. Kardener (1988, geciteerd in GHI-bulletin 1988) schat aan de hand van vragenlijsten aan artsen, dat 5-13% ooit lichamelijk erotisch contact gehad heeft met hun patiënten en 5-7% geslachtsgemeenschap. Een grootschalig Amerikaans onderzoek onder medici in 1986 (Gartrel en Herman, geciteerd in Glaser en Straver, 1991) leverde 1423 respondenten op, 85% hiervan was psychiater. 75 mannelijke en 8 vrouwelijke psychiaters rapporteerden seksueel contact met patiënten (6,4%). In 88% van de gevallen ging het om een mannelijke arts met een vrouwelijke patiënt, in 7,6% om een man-man contact.

II. Nederlands onderzoek

In 1983 werd een kleinschalig onderzoek gepubliceerd onder 75 maatschappelijk werkenden, 75 wijkverpleegkundigen en 75 huisartsen (Henderiks en van Son, 1983). De respons was laag (103 van de 225). Een kwart van de huisartsen (allen mannen), 9% van de wijkverpleegkundigen, 33% van de mannelijke en 10% van de vrouwelijke maatschappelijk werkenden rapporteerden dat ze hun cliënten erotisch hadden aangeraakt. Agassy en Noot (1991, geciteerd in Glaser en Straver) deden een onderzoek onder 1501 psychotherapeuten. Een open vraag over omgaan met eigen erotische verlangens werd door 57% beantwoord: 6% van de mannelijke en 1% van de vrouwelijke hulpverleners had ooit seksueel contact met een cliënt. Dezelfde groep psychotherapeuten wist 401 cliënten te noemen met seksuele ervaringen door een vorige hulpverlener. De hulpverleners waren voor 97% mannen, de slachtoffers voor 95% vrouwen. Bij 66% kwam het tot geslachtsgemeenschap.

Een recente Nederlandse enquête onder 595 gynaecologen en 380 KNO-artsen leverde een respons op van 74% (Wilbers, Veenstra, van de Wiel en Weijmar Schultz, 1992). 4% had geslachtsverkeer met patiënten. Er was geen duidelijk verschil tussen mannelijke gynaecologen, vrouwelijke gynaecologen en mannelijke KNO-artsen. Het schokkende van dit onderzoek was, dat de meeste van deze artsen ervan uitgingen dat de patiënte dit contact ook wilde en dat het voor de patiënte niet schadelijk was.

Wilbers et al. (1992) concluderen op grond van de door hen geraadpleegde literatuur:

- 5-10% van de mannelijke en 0,5-1% 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 psychoseksueel 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;
- de gevolgen zijn voor 90% van de patiënten negatief.

Bij de Geneeskundige Hoofdinspectie komen regelmatig klachten binnen van vrouwen over seksueel geweld door een hulpverlener. Er is de laatste jaren sprake van een verdubbeling of zelfs verdrievoudiging van het aantal klachten (Bienfait, 1990).

Wat doet het vrouwen?

Gevoelens die een vrouw kan ervaren na misbruik door een hulpverlener zijn in de eerste

plaats schuld, schaamte en zelfverwijt: vanwege verliefde gevoelens, misschien vond ze het contact in eerste instantie prettig, zelfverwijt dat ze hem niet doorzien had enz. Ook is er veel verdriet om het gebeurde, om het zich gebruikt voelen, om het verlies van een belangrijk vertrouwenspersoon. Later gaan deze gevoelens over in woede omdat ze zich verraden weet, ze is nog verder van huis dan toen ze hulp ging zoeken, wie is er nog te vertrouwen. Woedend ook om de macht die de hulpverlener over haar heeft uitgeoefend. Verder kan er sprake zijn van depressies en verlies van eigenwaarde, verwarring over haar gezond verstand en gevoel voor realiteit, angst en wantrouwen.

Ook seksuele problemen (vaginisme, libidoverlies, aantasting seksuele identiteit) kunnen het gevolg zijn (Glaser en Straver, 1991).

Wat de huisarts in zo'n situatie kan doen

Het verdient aanbeveling om altijd een klacht in te dienen bij de Inspecteur van de Volksgezondheid, ook als de vrouw geen verdere stappen wil ondernemen. Eén en ander uitsluitend in overleg en met toestemming van de patiënte. De inspecteur is verplicht de klacht te registreren en moet contact opnemen met de hulpverlener. De patiënte kan hierbij anoniem blijven. Voorts kan de inspecteur een onderzoek instellen en eventueel een klacht indienen bij het Medisch Tuchtcollege. Dit laatste gebeurt meestal pas als er meerdere klachten over een persoon zijn binnengekomen (Vrouwen Tegen Seksueel Geweld, 1993).

Men kan de therapeut of collega opbellen om over het gebeurde te praten. Misschien wordt hij daardoor 'wakker geschud', merkt hij daardoor waarmee hij bezig is, zal hij zich ook gecontroleerd weten. In eerste instantie gaat het erom dat zijn gedrag stopt en hij zich aan de 'regels' houdt.

Aan collega's kan men vragen of zij klachten gehoord hebben. Zo ja, dan willen zij misschien bij een gesprek aanwezig zijn. Soms blijkt dat, door een verhaal van een patiënte serieus te nemen, er ineens bij allerlei andere hulpverleners ook min of meer ernstige vermoedens leven ten aanzien van een collega-hulpverlener. Wanneer echter niemand het initiatief neemt om dit te stoppen, kunnen hulpverleners ongestoord, jarenlang, hun gang gaan.

En vrouwen zelf: melden, een klacht indienen of aangifte doen?

Melden

Er zijn verschillende 'meldpunten' waar vrouwen met hun klacht terecht kunnen. Daar wordt de klacht geregistreerd en wordt met de vrouw overlegd wat ze verder wil. Deze meldpunten zijn vaak minder bedreigend voor vrouwen dan de inspecteur bellen. De volgende instanties dienen als meldpunt: Vrouwen tegen Verkrachting, SOS-telefonische hulpdienst, Vrouwegezondheids-centra, Landelijk Registratiepunt (tel: 080-232956, ma 14.00-15.00 uur).

Een klacht indienen of aangifte doen

Wanneer een vrouw aangifte wil doen van seksueel geweld door een hulpverlener zijn er verschillende mogelijkheden. Om een keus te kunnen maken is het van belang dat het slachtoffer weet wat ze met haar klacht wil bereiken en welke positie zij in wil nemen.

a. Wil zij erkenning en serieus genomen worden, dan is een klacht indienen bij de Genees-

kundige Inspectie voldoende.

b. Wil ze schadevergoeding, dan kan gedacht worden aan een civiele procedure bij de burgerlijke rechter.

c. Wil ze dat de dader gestraft wordt, dan kan ze terecht bij het strafrecht of het Medisch Tuchtcollege.

Het is van groot belang dat zij goed voorgelicht wordt over de verschillende mogelijkheden en de voor- en nadelen hiervan. Voor verhelderen van de vraag en begeleiding bij de procedure, ook emotioneel, kan het slachtoffer naar het bureau slachtofferhulp verwezen worden. Ook het maatschappelijk werk doet dit op sommige plaatsen. Uiteraard dient de politie, afdeling zedenpolitie, eveneens deze voorlichting te geven. In verschillende grote steden zijn brochures verkrijgbaar over de opvang bij deze problematiek. De taak van de huisarts in deze is niet zozeer zelf die informatie en begeleiding te geven, als wel te zorgen dat patiënten terecht komt bij een betrouwbare en vrouwvriendelijke deskundige op dit gebied.

Waar een vrouw ook voor kiest, het is vaak moeilijk om 'bewijzen' te leveren. Getuigen zijn hierbij van grote waarde. Daarom is het zinvol als huisarts nauwkeurig te documenteren wat de patiënte vertelt, eventuele verwondingen te noteren en haar emotionele reacties te beschrijven. Mocht later ooit om deze informatie gevraagd worden (bv door justitie of geneeskundige inspectie), dan kan gedetailleerde informatie alleen gegeven worden als met iets genoteerd heeft.

Verhaal van een mannelijk huisarts:

Als zij binnenkomt krijgt hij de kriebels

Sandra (27 jaar) zit in de wachtkamer. Ze komt niet vaak. Hij kent haar al een paar jaar. Iedere keer als hij haar ziet bekruipt hem de gedachte dat ze toch wel heel erg aantrekkelijk is. De laatste paar keer bleef dat niet bij die gedachte alleen. Hij voelde een enorme erotische aantrekkingskracht. Het maakt contact met haar heel spannend. Als hij haar zo onverwacht ziet zitten worden alle erotische gevoelens die na het vorige consult weggedrukt waren, weer wakker geschud ... Hij roept haar binnen. De verwarring als ze voor hem gaat zitten ... Ze komt met buikpijn. Eigenlijk doet het er niet toe waarmee ze komt. Hij worstelt vooral met zijn eigen emoties. Hij moet haar onderzoeken. Haar aanraken, haar buik palperen, juist bij iemand die zo aantrekkelijk is.

Wat doet deze arts met zijn gevoelens?

Hij is doodsbang dat zij iets merkt. Eigenlijk is het heel lekker om haar buik aan te raken, maar ook heel eng. Hij merkt dat hij haar niet zorgvuldig kan onderzoeken. Hij gaat in de rol van stugge, afstandelijke arts. Geen echt contact, alsjeblieft geen uitgebreid onderzoek Hij beseft wel dat deze houding de hulpverlening niet echt ten goede komt.

Situaties als deze kunnen regelmatig voorkomen in de spreekkamer. Ze zijn niet gemakkelijk te hanteren. Het is moeilijk om eerlijk en zuiver te handelen als erotische gevoelens gaan overheersen. Er zijn vele reacties mogelijk. De meest extreme zijn;

- afstand houden, terugtrekken in de 'beroepsrol', het consult koel, zakelijk en technisch houden;
 - emoties toelaten en een (al dan niet tijdelijke) relatie aangaan met patiënte.
- Beide mogelijkheden zullen problemen opleveren. In het eerste geval is er de kans dat

men zodanig afstand houdt en minimaal contact heeft dat ernstige problemen over het hoofd gezien worden. In de tweede situatie maakt men misbruik van de ondergeschikte positie van een patiënte en wordt een strafbaar feit gepleegd.

Hoe dient men met dit soort situaties om te gaan?

In de eerste plaats is het van belang voor zichzelf te erkennen dat men deze gevoelens heeft. Pas dan kan bezien worden wat men met deze gevoelens zal doen. Voorop staat dat een seksuele relatie aangaan met een patiënte onder alle omstandigheden is af te keuren. Zelfs als patiënte op dat moment ook seksueel contact wil. Er zijn verschillende manieren om met situaties als deze om te gaan, enkele voorbeelden:

- Overleg met een collega. Maak met deze een soort plan hoe met deze gevoelens om te gaan in de spreekkamer. Praten over de gevoelens maakt ze beter controleerbaar. Vraag de collega om steun bij het zuiver houden van gedrag en emoties.
- Bespreek je gevoelens met patiënte en vraag haar een andere huisarts te zoeken.
- Overleg met een supervisor over hoe in zo'n situatie te handelen, dit kan veel duidelijkheid verschaffen.

Het belangrijkste is, dat wat er ook gebeurt, men zijn/haar gevoelens naar buiten brengt. Door erover te praten met een vertrouwenspersoon beschermt men zich tegen zichzelf. Men dwingt immers zichzelf om steeds weer verantwoording af te leggen.

Conclusies

Seksueel misbruik door hulpverleners komt regelmatig voor. Nauwkeurige getallen zijn niet bekend. Wel is bekend dat zowel mannelijke als vrouwelijke hulpverleners grenzen overschrijden. Patiënten die misbruikt zijn, brengen dit, om verschillende redenen, niet gemakkelijk naar buiten. Toch dient deze vorm van misbruik te stoppen. Hiervoor is nodig dat men in de spreekkamer openlijk naar seksueel misbruik door collega's vraagt. Het is belangrijk er bij patiënten op aan te dringen actie te ondernemen, of haar toestemming te vragen als hulpverlener stappen te mogen zetten om verder misbruik door de betreffende collega-hulpverlener een halt toe te roepen.

Literatuur

- Bienfait, L. (1990). Seksueel misbruik in de hulpverlenerssituatie. *Med. Contact*, 46: 1387.
- Cremers (1993). *Artikel 246, 249, Wetboek van strafrecht - suppl. 70* (febr. 1993).
- GHI-bulletin (1988). *Seksueel misbruik door hulpverleners*. Geneeskundige Hoofdinspectie van Volksgezondheid, Rijswijk.
- Glaser, E. en B. Straver (red.) (1991). *Seksueel misbruik door hulpverleners; een analyse, aanbevelingen en verslag van de landelijke werkconferentie*. Rutgers Stichting i.s.m. WVC, Rijswijk.
- Henderikx, W. en N. van Son-Schoones (1983). *Lichamelijk contact in de hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Vrouwen Tegen Seksueel Geweld (1993). *Seksueel misbruik en vernederingen van vrouwen en meiden door hulpverleners*. Brochure/handleiding. Postbus 277, 6500 AG Nijmegen.
- Wilbers, D., G. Veenstra, H.B.M. van de Wiel en W.C. Weijmar Schultz (1992). Seksueel contact met patiënten; verslag van een enquête onder gynaecologen en KNO-artsen. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 16: 141-155.