

# DE MEDICUS EN DE MIN EN HOE HET VERDER GING<sup>1</sup>

Michiel Hengeveld<sup>2</sup>

In deze afscheidsrede bespreek ik een aantal aspecten van de merkwaardige relatie tussen de arts en de seksualiteit. Bij eenderde tot driekwart van de medische patiënten is er sprake van seksuele problemen. De patiënten willen dat de arts hiernaar informeert, maar de arts doet dit zelden. Het is de vraag of cursorisch onderwijs aan studenten of co-assistenten, hoe positief dit ook wordt gewaardeerd, vermindering geeft van dit vermijdingsgedrag van de arts. Door het verdwijnen van alle bijzondere leerstoelen in de seksuologie aan de Nederlandse medische faculteiten wordt dit onderwijs bovendien mogelijk bedreigd. Een praktische stage voor arts-assistenten in opleiding tot specialist, zoals in enkele universitaire medische centra waaronder het UMC Utrecht is georganiseerd, beklijft wellicht beter en lijkt tot aanstelling van seksuologen in hun toekomstige algemene ziekenhuizen te leiden. Tenslotte plaats ik enkele vraagtekens bij de zwart-wit indeling in 'dader' en 'slachtoffer' bij seksuele relaties tussen artsen en patiënten. Het is namelijk niet altijd even duidelijk hoe daarbij de machtsverhoudingen liggen. Maar hoe het ook zij: artsen moeten zich ook niet seksueel door patiënten laten 'misbruiken'.

Dames en heren,

Het is merkwaardig gesteld, met de relatie tussen de arts en de seksualiteit. Want daar gaat mijn afscheidsrede over: de arts en de seksualiteit. Dat werd bedoeld met de titel voor de rede die ik nu bijna 14 jaar geleden uitsprak bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de medische seksuologie: "De medicus en de min" (Hengeveld, 1989).

In die oratie kwamen verschillende aspecten van het doen en laten van artsen met betrekking tot de seksualiteit aan de orde. Vandaag wil ik opnieuw naar dit onderwerp kijken. Hoe is het sindsdien gegaan met de relatie tussen de arts en de seksualiteit?

## De seksualiteit van de medische patiënt

Vergeleken met 14 jaar geleden is er meer bekend over de seksualiteit van patiënten met verschillende ziekten. Door Jos Vroege, psycholoog, is onder mijn leiding een vragenlijst ontwikkeld voor het signaleren en meten van seksuele disfuncties. Deze lijst is inmiddels in tal van onderzoeken in Nederland gebruikt (1994). De bedoeling is dat de auteur er op zal promoveren.

Een bijzonder promotieonderzoek dat ik heb mogen begeleiden was dat van Claudia Gamel van de afdeling Verplegingswetenschappen bij het UMC Utrecht. Zij promoveerde op een onderzoek van een seksuologische interventie door verpleegkundigen bij vrouwen na behandeling voor gynaecologische kanker (Gamel, 2000).

Een groep die destijds in mijn oratie ontbrak waren de psychiatrische patiënten. Daarover was in 1989 weinig gepubliceerd. Inmiddels is Marcel Waldinger, psychiater, bij mij gepromoveerd op zijn originele onderzoeken naar de effecten van antidepressiva op de zaadlozing van de man (Waldinger, 1997). Volgende maand promoveert Rikus Knegtering, psychiater, in Groningen op het eerste uitgebreide onderzoek ter wereld naar de gevolgen van antipsychotische medicijnen op het seksuele functioneren van schizofrene patiënten (Knegtering, 2003).

Nieuw is ook de belangstelling voor het seksuele functioneren van patiënten met een handicap. Pas in 1996 verscheen het eerste goede onderzoek hiernaar (Nosek e.a., 1996). In een recent nummer van het Tijdschrift voor Seksuologie staat een overzicht van de literatuur over de seksualiteit van jongeren met een lichamelijke handicap (van Berlo & van der Put, 2003).

Uit de Nederlandse en buitenlandse onderzoeken bij patiënten met verschillende ziekten en handicaps is gebleken dat er sprake is van seksuele problemen bij eenderde tot driekwart van hen. De medicus kan dus verwachten dat er dikwijls sprake is van een gestoord minneleven bij zijn patiënten. Wat doet die medicus daarmee?

## Seksualiteit in de medische anamnese

Dokters vragen, door de bank genomen, nog steeds niet of nauwelijks naar de seksualiteit van hun patiënten. Dat is, althans, de conclusie van een aantal onderzoeken die sinds 1989 zijn gepubliceerd. Wat dat

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 10 november 2003. Verkorte versie van de rede ter gelegenheid van zijn afscheid op 24 september 2003 als bijzonder hoogleraar Medische Seksuologie bij het Universitair Medisch Centrum te Utrecht.

<sup>2</sup> Prof. dr. M.W. Hengeveld, psychiater-seksuoloog Nvvs, hoofd afdeling Psychiatrie, Dp-0418, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam, Tel. 010-4633227; Fax 010-4633217; E-mail: m.w.hengeveld@erasmusmc.nl



betreft is er, helaas, niets nieuws onder de zon.

Een grote meerderheid van de onderzochte patiënten wil graag met de arts over de seksuele problemen praten, maar vindt dat die er zelf over moet beginnen. Dat doet die arts dus zelden of nooit. Seks blijft kennelijk een moeilijk onderwerp, ook voor de moderne medicus.

Ik heb me afgevraagd of het zou helpen om in het medisch dossier van de verschillende specialismen in het ziekenhuis een voorgedrukte standaardvraag in te voeren over de seksualiteit van de patiënt. Bij wijze van vooronderzoek heb ik daarom van alle afdelingen van dit Academisch Ziekenhuis een blanco dossier opgevraagd.

Dit onderzoek leverde de dossiers op van dertig klinieken en poliklinieken. Het beeld dat daaruit naar voren kwam bevestigde op het eerste gezicht mijn sombere vermoedens: slechts in drie dossiers stonden één of meer voorgedrukte vragen naar het seksuele functioneren van de patiënt. Bij nader inzien bleek echter dat er überhaupt geen voorgedrukte anamnesevragen stonden in vrijwel alle dossiers. Dus ook geen vragen naar seksualiteit. Invoeren in het dossier van een voorgedrukte vraag over de seksualiteit van de patiënt ligt daarom niet voor de hand.

Wat valt er dan te doen aan de geringe geneigdheid van de medicus om naar het minneleven van zijn patiënten te vragen?

Artsen noemen als argumenten om niet naar de seksualiteit te informeren, naast tijdgebrek, angst dat de vragen door de patiënt als te indringend zullen worden beleefd en onvoldoende kennis en ervaring. Is meer onderwijs en training de oplossing? De internationale literatuur beschrijft de laatste jaren een aantal

vormen van seksuologisch onderwijs, zowel in de opleiding tot arts als in de specialistenopleiding. Voor zover onderzocht waren de studenten of arts-assistenten zeer positief over deze trainingen. Of ze effect hadden op hun gedrag in de praktijk is echter niet onderzocht.

En hoe is het met het seksuologieonderwijs aan de Nederlandse Universitaire Medische Centra gesteld?

### **Seksualiteit in het medische onderwijs**

“Er is een opmerkelijke onevenredigheid tusschen de beteekenis van het geslachtsleven voor den mensch – en dus ook voor den arts, die dien mensch moet behandelen – en datgene, wat men ervan geleerd heeft, als men, gewapend met het artsdiploma, de Universiteit verlaat en het ‘officium nobile’ gaat uitoefenen”. Dat werd in april 1930 geschreven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde door de Amsterdamse huisarts-seksuoloog Bernard Premsele, die in 1944 in Auschwitz werd vermoord (Premsele, 1930).

Intussen is er wel het een en ander gebeurd. In 1971 werd de eerste Nederlandse hoogleraar seksuologie aangesteld, Coen van Emde Boas, aan de Universiteit van Amsterdam (later opgevolgd door Gerda van Dijk). Het was de tijd van de seksuele revolutie, de anticonceptiepil en de beschrijving van de seksuologische gedragstherapie door Masters & Johnson. Andere universiteiten volgden: Leiden (eerst ook Coen van Emde Boas, opgevolgd door Jos Frenken), Utrecht (Herman Musaph), Rotterdam (Kooislob), Groningen (Harry van de Wiel). Op het hoogtepunt had Nederland een naar internationale maatstaven enorme dichtheid aan hoogleraren seksuologie, wel zeven. Alleen de twee katholieke universiteiten deden niet mee, en dat zal vast geen toeval zijn. Helaas betrof het bijna allemaal kleine en bijzondere leerstoelen, die dus elk moment weer opgeheven konden worden. En dat is de afgelopen jaren dan ook gebeurd. Na vandaag is er geen hoogleraar algemene seksuologie meer in Nederland. Hier en daar zijn, naar ik heb vernomen, bewegingen gaande om nieuwe leerstoelen seksuologie te creëren, maar we moeten nog maar afwachten wat daar van terecht komt.

Is de seksuele revolutie uitgewoed? Is dit een van de vele verschijnselen van de algehele reformatie van onze samenleving, met herinvoering van waarden en normen? Of is de seksualiteit nu een geaccepteerd onderdeel van het onderwijs, dat geen aparte leerstoelen meer behoeft? Dit laatste waag ik te betwijfelen. Het is de vraag wat het verdwijnen van de leerstoelen op den duur voor gevolgen heeft voor het

seksuologieonderwijs. Gaan we terug naar de situatie waar Bernard Premsele in 1930 over schreef? Of blijven de goede seksuologische onderwijsprogramma's die de afgelopen jaren binnen de medische faculteiten zijn ontwikkeld bestaan?

In Utrecht hebben we ons sinds mijn komst in 1988 vooral gericht op het onderwijs aan de studenten en de opleiding van de arts-assistenten. Ons onderwijs werd steeds hoog gewaardeerd. Maar ook hiervan wisten we natuurlijk niet of het effect had op de latere praktijkvoering van de studenten. Ik had daarover mijn zorgen, omdat de studenten vervolgens in de co-assistentenschappen en specialistenopleiding niet gestimuleerd werden om te informeren naar de seksualiteit van hun patiënten, integendeel, vrees ik.

### **Seksualiteit in de medische specialistenopleiding**

De belangrijkste fase om seksuologische vaardigheden te trainen is, naar ik steeds gemeend heb, de opleiding tot huisarts of medisch specialist. Dan wordt de arts geconfronteerd met seksuele problemen van de patiënten waar zij of hij zelf voor verantwoordelijk is. Daarom heb ik de polikliniek medische seksuologie zo ingericht dat de patiëntenzorg vooral ook ten dienste staat van de opleiding tot gynaecoloog. De arts-assistenten hebben een verplichte stage seksuologie van een maand of negen. Op woensdagmiddag, al jaren de middag van de polikliniek seksuologie, zien de arts-assistenten alle nieuwe patiënten onder supervisie van één der seksuologen. Aan het eind van de middag worden de nieuwe patiënten besproken met elkaar, waarna de arts-assistent zelf de eenvoudige behandelingen leert doen onder supervisie. Onze stages kregen altijd een zeer positieve beoordeling van de arts-assistenten. Hoewel we het niet onderzocht hebben, denk ik dat deze vorm van opleiding wél beklijft. De assistenten hebben ons meermalen verteld dat ze in de volgende stages van hun opleiding met veel meer routine het minneleven van hun patiënten bevragen. Met als gevolg dat ze vaker op het spoor komen van seksuele problemen. Hetgeen er weer toe leidt dat ze bij hun latere vestiging als gynaecoloog behoefte hebben aan een seksuoloog in hun ziekenhuis. Ik mag graag denken dat dank zij onze vorm van actief betrekken van de arts-assistenten bij de patiëntenzorg op onze polikliniek seksuologie er nu in tal van algemene ziekenhuizen seksuologen zijn aangesteld.

Enkele jaren geleden was het mogelijk om de formatie uit te breiden ten behoeve van de opleiding in de twee meest relevante andere specialismen, de urologie en de psychiatrie. Arts-assistenten in deze

twee richtingen kregen de kans om vergelijkbare ervaring op te doen als de gynaecologieassistenten. Helaas werd bij de bezuinigingsoperatie van enkele jaren geleden gekozen voor het opheffen van deze extra formatie. De seksuologiestage voor de arts-assistenten urologie sneuvelde daarbij. Gelukkig kon de stage binnen de opleiding tot psychiater worden gehandhaafd.

De laatste twee onderwerpen van mijn verhaal gaan niet meer over de dagelijkse praktijk van de medische seksuologie, maar wel over de merkwaardige relatie tussen de medicus en de min.

### **Seksualiteit tussen arts en patiënt**

Onlangs stond er in Medisch Contact de uitspraak van een Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg inzake de klacht van een vrouw tegen een fysiotherapeut (Crul en Legemaate, 2003). Zij was bij hem in behandeling voor nek- en schouderklachten. Daarnaast was er sprake van huwelijksproblemen. Tijdens de behandelrelatie hebben zich tussen de fysiotherapeut en zijn patiënte gevoelens ontwikkeld, die geleid hebben tot regelmatig seksueel contact. Weliswaar hebben de seksuele contacten met instemming van klaagster plaatsgevonden, maar zou de fysiotherapeut haar met sms-jes en telefoontjes hebben verleid. Ze voelt zich door hem gebruikt als een seksueel speeltje, dat is afgedankt toen hij uitgespeeld was. Een en ander heeft voor haar ingrijpende gevolgen gehad. Haar huwelijk is tot een einde gekomen en een langdurige opname op een psychiatrische afdeling is noodzakelijk geweest. Zij en haar kinderen zijn nog steeds onder behandeling bij de Geestelijke Gezondheidszorg.

De fysiotherapeut heeft een andere versie. Volgens hem heeft de vrouw op een gegeven moment aangegeven geïnteresseerd te zijn in persoonlijker contact. Hij heeft daarop niet afwijzend gereageerd, maar gesteld dat hij de behandelrelatie zou moeten beëindigen en dat het zou moeten gaan om een eenmalig intiem contact. Dit seksuele contact vond plaats in een hotel. De vrouw bleef vervolgens contact zoeken, hetgeen heeft geleid tot verdere seksuele contacten, onder meer in de praktijk. Ook heeft de fysiotherapeut haar op zeker moment mee naar huis genomen, waarna er een vriendschappelijke en seksuele driehoeksrelatie is ontstaan met zijn vrouw. Na enkele maanden stond de klaagster erop dat de fysiotherapeut tussen beide vrouwen koos, waarop hij de relatie met haar beëindigde. Volgens hem bestookte ze hem daarna nog enige tijd met sms-berichten.

Het Tuchtcollege verwijt de fysiotherapeut dat hij inbreuk heeft gepleegd op de lichamelijke integriteit

van zijn patiënte. Dat zij met dit seksuele contact instemde – of dit zelfs initieerde – maakt geen wezenlijk verschil. Hij had het behandelcontact onmiddellijk moeten beëindigen, haar zo nodig moeten overdragen aan een collega, zich ervan moeten vergewissen dat haar wens tot seksueel contact onafhankelijk van de behandelrelatie tot stand was gekomen, en een wachtperiode moeten inlassen waarin zij elkaar niet zagen. Het Tuchtcollege besloot, vanwege de ernst van het te maken verwijt, niet met een berisping te volstaan maar de fysiotherapeut een voorwaardelijke schorsing van zijn inschrijving in zijn beroepsregister op te leggen voor de duur van drie maanden, met een proeftijd van twee jaar.

Fysiotherapeuten moeten, net als artsen, geen seksuele relaties met hun patiënten aangaan. Dat is duidelijk, al sinds Hippokrates. Toch doen ze het soms. Voor 1989 was nog niet echt bekend hoe vaak dit gebeurde, maar er werden getallen genoemd tot 7%. Onderzoeken van de laatste jaren komen echter steeds uit op een levenslange prevalentie van ongeveer 4%. Dit geldt ook voor de Nederlandse enquête bij gynaecologen en keel-neus-oor-artsen (Wilbers e.a., 1992) en voor recent, nog niet gepubliceerd onderzoek bij Nederlandse huisartsen. Het merendeel betreft oudere artsen, die eenzaam en kwetsbaar zijn, en teleurgesteld of boos op hun werkgever, en die verliefd worden op een jongere patiënte. Daarnaast is er een klein aantal jongere artsen dat frequent seksuele relaties aangaat met hun patiënten. Veel 'stummers' dus, en weinig 'schurken'.

In mijn oratie, veertien jaar geleden, plaatste ik al enige vraagtekens bij termen als 'macht', 'misbruik', 'dader' en 'slachtoffer' in de context van seksuele relaties tussen artsen en patiënten. Dergelijke termen doen de complexe werkelijkheid te kort, zo zei ik destijds. Bekroop ook u niet de gedachte bij het verhaal van de fysiotherapeut in hoeverre het 'slachtoffer' nu werkelijk slachtoffer was? Was zij zo machteloos? Of vooral boos omdat de fysiotherapeut uiteindelijk voor zijn vrouw koos? Natuurlijk, de fysiotherapeut heeft meer kenmerken van een 'schurk' dan van een 'stumper', maar werd uiteindelijk toch ook slachtoffer van de wraak van zijn voormalige patiënte.

In een van de fraaie universiteitsboekhandels in Cambridge trof ik onlangs een pas verschenen boek van de rechtsfilosoof Alan Wertheimer, met de titel "Consent to sexual relations" (Wertheimer, 2003). Ik heb geprobeerd om vóór vandaag zijn boek te helemaal lezen en, vooral ook, te begrijpen, maar ben daar nog niet in geslaagd. Misschien kan ik het bij een andere gelegenheid meer recht doen. Voor dit moment laat ik het bij een tweetal opmerkingen, met de bedoeling om er nog eens op te wijzen dat de dader-

slachtoffer verhouding tussen man en vrouw niet zo zwart-wit is als hij tegenwoordig vaak wordt afgeschilderd.

Wertheimer maakt onderscheid tussen moreel onwaardig seksueel gedrag, moreel ontoelaatbaar seksueel gedrag en juridisch ontoelaatbaar seksueel gedrag. Over moreel onwaardig gedrag doet hij verder geen uitspraken. Moreel ontoelaatbaar gedrag (bijvoorbeeld voorwenden dat je verliefd bent om de ander over te halen tot seksueel contact) hoeft nog niet te betekenen dat dit misdadig is. Daarom gebruikt ook hij liever niet de term 'misbruik', omdat dit al meteen impliceert dat het slecht, verkeerd of illegaal is.

De kernvraag van Wertheimer is: wanneer is toestemming voor seksueel contact moreel of juridisch valide? Hij vraagt zich af of seksueel contact zonder volledige, vrijwillige en goedgeïnformeerde toestemming van één der partners per definitie moreel of juridisch ontoelaatbaar is. Bij een compleet doorgevoerd respect voor autonomie zouden zwakzinnigen, maar ook vrouwen in een ongelijke positie, of vrouwen die bang zijn voor verlating op langere termijn, of vrouwen in situaties van economische druk, of vrouwen die door een man misleid worden, geen toelaatbare seksuele contacten kunnen hebben.

Mijn conclusie hieruit is: wanneer een vrouwelijke patiënt toestemt in een seksuele relatie met een mannelijke arts, dan is het nog maar de vraag of hij, vanuit zijn machtspositie, misbruik maakt van haar. Misschien maakt zij ook wel misbruik van hem. Om misverstanden te voorkomen benadruk ik nogmaals: artsen moeten zich ook niet door hun patiënten laten misbruiken, omdat dit bijna altijd slecht is voor de patiënt.

Interessant is in dit verband dat er recent ook artikelen verschijnen over patiënten die artsen seksueel lastig vallen (Phillips en Schneider, 1993). Overigens gaat het dan over mannelijke patiënten en vrouwelijke artsen. Hierbij is dus sprake van seksueel opdringerig gedrag door mannen die niet in een machtspositie zijn. Misschien wel juist omdat ze niet in een machtspositie zijn en dat slecht kunnen verdragen, zo schrijven de onderzoekers. Mijn conclusie zou eerder zijn: mannen, zowel artsen als patiënten, zijn nu eenmaal van nature geneigd om contacten met aantrekkelijke, vruchtbare vrouwen te seksualiseren. Dat heeft meer met de aard van het beestje dan met macht te maken.

### **Seksualiteit van de arts zelf**

Hier kan ik kort over zijn. Ik heb geen literatuur van na 1989 kunnen vinden over dit onderwerp. Het in mijn

oratie nog geschetste stereotiepe beeld uit de zeventiger jaren van de seksueel geremde man met een schraal huwelijksleven is vast niet meer geldig. De arts van nu is ongetwijfeld anders, al was het alleen maar omdat hij meestal een vrouw is.

Dames en heren,

Bij het voorbereiden van dit verhaal heb ik op het Internet gezocht of er toepasselijke verhalen waren te vinden over de relatie tussen Asklepios, de god van de geneeskunde, en Eros, de god van de seksuele liefde. Welnu, die waren er niet. Er bestond kennelijk geen mythologische relatie tussen de geneeskunde en de seksualiteit. Waarmee maar weer eens is aangetoond hoe merkwaardig het altijd al was gesteld met de relatie tussen de medicus en de min.

## Literatuur

- Berlo, W. van de, & Put, C. van der (2003). Jongeren met een lichamelijke handicap en seksualiteit. Een overzicht van de literatuur. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 27, 114-124.
- Crul, B.V.M., & Legemaate, J. (2003). Uitspraak tuchtcollege. Hulpverleners en hun hormonen. *Medisch Contact*, 58, 1409-1410.
- Gamel, C.J. (2000). *Sexual health care after cancer diagnosis: development of a nursing intervention provided during the early recovery period after treatment for gynaecological cancer*. Thesis Universiteit Utrecht.
- Hengeveld, M.W. (1989). *De medicus en de min*. Oratie. Rijksuniversiteit Utrecht.
- Knegtering, H. (2003). *Antipsychotic treatment and sexual functioning. Role of prolactin*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Nosek, M.A., Rintala, D.H., Young, M.E., Howland, C.A., Foley, C.C., Rossi, D., & Chanpong, G. (1996). Sexual functioning among women with physical disabilities. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 77, 107-115.
- Philips, S.P., & Schneider, M.S. (1993). Sexual harassment of female doctors by patients. *New England Journal of Medicine*, 329, 1936-1969.
- Premsele, B. (1930). Noodzakelijkheid van het onderwijs in de geslachtskunde aan de toekomstige artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 74, 2046-2049.
- Vroege, J.A. (1994). *Vragenlijst voor het signaleren van seksuele dysfuncties (VSD) (5de versie)*. Academisch Ziekenhuis Utrecht/ Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, Utrecht.
- Waldinger, M.D. (1997). *When seconds count; selective serotonin reuptake inhibitors and ejaculation*. Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Wertheimer, A. (2003). *Consent to sexual relations*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wilbers, D., Veenstra, G., Wiel, H.B. van de, & Weijmar Schultz, W.C. (1992). Sexual contact in the doctor-patient relationship in The Netherlands. *British Medical Journal*, 304, 1531-1534.

## Abstract

### Physician and sexuality

In this speech at the occasion of my farewell as professor of Medical Sexology I discuss several aspects of the peculiar relationship between physician and sexuality. One third to three quarters of medical patients suffer from sexual problems. They prefer their physicians to inquire after these problems, but physicians rarely do so. Although training courses for students and registrars on sexology are often positively evaluated, one may doubt their long-term effects. Moreover, the discontinuation of all special chairs in sexology at the Dutch medical faculties may threaten the existence of this education. A period of practical training for registrars in various medical specialisms might be more effective, and lead to the appointment of sexologists in their future general hospitals. Finally, some doubt is cast on the black-and-white division in 'offender' and 'victim' in the case of sexual relations between physicians and patients. The balance of power is not always so clear in such situations. But, be that as it may, a physician should never let himself be 'sexually abused' by a patient.