

'DE WITTE JAS BESCHERMT NIET TEGEN GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG'

#MeToo: ook patiënten gaan weleens over de schreef

Eén op de drie respondenten van de #MeToo-enquête die Medisch Contact onlangs hield heeft te maken gehad met seksueel grensoverschrijdend gedrag. In één op de vijf gevallen was het een (familielid van) een patiënt, die de grenzen van de zorgverlener niet respecteerde. Worden artsen hier wel voldoende op voorbereid?

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt in verschillende vormen voor, bleek uit de reacties op de enquête (zie MC 23/2018: 14). Grensoverschrijdende grapjes of opmerkingen werden het meest genoemd. Denk hierbij aan ongevraagd commentaar op het uiterlijk van de dokter, die er 'lekker uitziet', of een patiënt die zegt 'dat hij hem wel omhoog zou kunnen krijgen als ik zijn vaste dokter was'. Respondenten stoorden zich ook aan non-verbaal gedrag: 'Hij kleepte mij met zijn ogen uit' of 'Een patiënt die geheel naakt in een suggestieve pose op de onderzoeksbank ligt'. Fysiek contact gaat nog een stap verder. Enkele van de ruim 3500 respondenten werden tijdens het lichamelijk onderzoek opeens in billen, borsten of kruis gegrepen. Een ander beschreef een spontane, maar ongewenste, omhelzing door een patiënt met daarbij nog een zoen op de wang. Ongewilde seks met een patiënt werd niet door de respondenten genoemd.



Mathilde Bos, psychiatrisch verpleegkundige en schrijver van het boek *Seksuele intimidatie in de zorg*, herkent het beeld dat de respondenten schetsen. Volgens Bos is het belangrijk dat de definitie van seksuele intimidatie of grensoverschrijdend gedrag – volgens haar is dat hetzelfde – bekend is, want dit helpt om het aan te pakken. Volgens de Arboret leidt de definitie: ‘Ongewenste, seksuele aandacht.’ Dit is een subjectieve definitie, legt Bos uit, want wat de een als ongewenst ervaart, hoeft de ander niet zo te ervaren: ‘Het zijn de nekharen van de zorgverlener zelf die richting moeten geven. Als jij het grensoverschrijdend gedrag vindt, dan is dat zo; daar is geen discussie over nodig.’ Om deze grens duidelijk en helder te kunnen communiceren, bij-

voorbeeld richting een patiënt, moet een arts of arts in spe wel eerst voor zichzelf duidelijk hebben waar deze grens ligt. Dit is complex, legt Bos uit: ‘Het eerste complimentje over je uiterlijk vind je misschien nog leuk, maar bij het vierde of vijfde wordt het vervelend. Gaandeweg is het gedrag ongewenst geworden, maar de patiënt denkt misschien nog dat je het leuk vindt.’ De dynamiek van verwarring, schuld en schaamte die een seksueel grensoverschrijdende situatie meestal oproept, leidt ertoe dat het slachtoffer vaak reageert met: negeren en vermijden. Volgens Bos is deze reactie eigenlijk tegenovergesteld aan een adequate reactie.

Vertrouwensband

Hoe kun je een patiënt dan op het ongewenst gedrag aanspreken? Er zijn vier stappen, aldus Bos: benoem het gedrag en zeg dat het moet stoppen, dit zo nodig enkele keren herhalen; versterk de boodschap met non-verbale taal, zoals een stap naar voren zetten en je groot maken; verbind consequenties aan het gedrag als de patiënt desondanks doorgaat; en tot slot, voer deze consequenties uit als de situatie daarom vraagt. In het voorbeeld van ‘een naakte patiënt op de onderzoekstafel’ zou Bos bijvoorbeeld zeggen: ‘Wilt u uw ondergoed weer aantrekken, dan zal ik het lichamelijk onderzoek uitvoeren.’ Doet de patiënt dit niet, dan kun je bijvoorbeeld zeggen dat je er een begeleider bij gaat halen. ‘Artsen vinden het vaak lastig om de patiënt aan te spreken op grensoverschrijdend gedrag, want ze willen de patiënt niet afwijzen en de vertrouwensband niet beschadigen. Toch is het belangrijk om het ongewenste gedrag duidelijk te begrenzen. Bespreek het gedrag en niet de persoon.’

‘Als jij het grensoverschrijdend gedrag vindt, dan is dat zo’

‘De patiënt bedoelde het vast niet zo’ of ‘de patiënt is dementerend en kan er dus niets aan doen’ waren opmerkingen die regelmatig als aanvulling op een antwoord werden gegeven. Wat Bos betreft doen de intenties, gevoelens of de toestand van de patiënt er niet toe, want het gaat erom wat *jij* als ongewenst ervaart. Daarom moet je de genoemde vier stappen altijd toepassen, ook als het gedrag voortkomt uit een gebrekkige impulscontrole, zegt zij, maar wat wel anders is ‘is dat jouw boodschap bij deze patiënten waarschijnlijk niet lang beklijft’. Bos heeft hier ervaring



FRANK MULLER/HOLLANDSE HOOGTE

mee, want zij werkt onder andere met korsakovpatiënten. ‘Bij andere patiënten kun je jouw boodschap misschien uitsmeren, de eerste paar keer alleen het ongewenste gedrag benoemen en daar pas later consequenties aan verbinden. Maar bij patiënten met geheugenproblemen moet je niet te lang wachten. Grijpt zo’n patiënt bijvoorbeeld naar jouw borsten, zeg dan: “nu loslaten” en pak zo nodig de pols van de patiënt beet om zijn of haar arm weg te trekken. Dit helpt misschien vijf minuten, dus ga direct op iets anders over en leidt de patiënt af.’

Seksuele intimidatie of grensoverschrijdend gedrag is door het subjectieve karakter misschien complexer, maar wat Bos betreft is het gewoon een vorm van agressie. Daarom moeten zorgorganisaties hun werknemers hier ook in trainen. ‘In veel agressietrainingen ontbreekt dit onderwerp nu nog’, zegt Bos. Dat is jammer want iedere jonge dokter moet eigen voelsprietten voor gewenst en ongewenst gedrag ontwikkelen en hiermee oefenen om de weerbaarheid te vergroten.

Oefenen

Uit eerder onderzoek bleek dat studenten en coassistenten kwetsbaar zijn voor seksuele intimidatie (zie *kader*). De enquête van Medisch Contact bevestigt dit ook. In 2014 was dit aanleiding voor het KNMG-studentenplatform, voorloper van belangenorganisatie De Geneeskundestudent, om de rol van de vertrouwenspersoon en de opleiding onder de loep te nemen. Overigens keek het platform naar seksuele intimidatie in brede zin, dus niet alleen veroorzaakt door patiënten. Zeven universiteiten met een geneeskundeopleiding hebben na het onderzoek een vertrouwenspersoon aangesteld, maar die persoon was niet altijd even

goed vindbaar of niet volledig onafhankelijk. De helft van de opleidingsinstituten had een meldingsprotocol ‘seksuele intimidatie’ en de rest bekeek per situatie welke maatregelen nodig waren. Ook was ‘omgaan met seksuele intimidatie’ opgenomen in de opleiding, maar dit varieerde van een hoorcollege tot oefenen met simulatiepatiënten. Hoe kun je studenten en coassistenten voorbereiden op het omgaan met seksuele intimidatie (ongeacht de veroorzaker)?

‘In veel agressietrainingen ontbreekt dit onderwerp nu nog’

Toine Lagro-Janssen, emeritus professor verbonden aan de Radboud Universiteit ontwikkelde jaren geleden al onderwijs waarin geneeskundestudenten met trainingsacteurs oefenen in het signaleren van en het omgaan met grensoverschrijdende situaties, waaronder seksuele intimidatie. Aanleiding was haar eigen onderzoek (zie *kader*), het eerste onderzoek in Nederland naar seksuele intimidatie onder coassistenten, aldus Lagro-Janssen: ‘Wij vonden toen precies dezelfde resultaten.’ Zij vindt dat alle geneeskundestudenten in Nederland voordat zij de kliniek ingaan moeten oefenen met dergelijke situaties: ‘Dit is hét moment om hier aandacht aan te besteden, want juist de “pupillen” lopen het risico dat er misbruik wordt gemaakt van hun afhankelijkheidspositie.’ Daarnaast zijn er in de onderwijsweken tijdens de coschappen nog onderwijsmodules waarin studenten hun eigen ervaringen kunnen vertellen en bespreken. Geen overbodige luxe, aldus Lagro-Janssen: ‘Seksueel grensoverschrijdende situaties moet je niet laten “doormodderen”. Het is belangrijk dat een student meteen beseft: wat ik voel klopt, en ik moet hier iets van zeggen.’ Ook in Groningen hebben ze enkele jaren geleden onderzoek gedaan naar seksuele intimidatie van geneeskundestudenten, vertelt Hanke Dekker, als onderwijskundige verbonden aan het UMC Groningen: ‘Wij dachten dat het in het noorden van het land minder zou spelen, maar uit ons onderzoek bleek dat de incidentie hier hetzelfde is als landelijk. Dat was een hele schok.’ In Groningen zetten ze in op intervisie. Onder begeleiding van een ervaren coach komt een groep van tien tot twaalf studenten regelmatig bijeen om ‘lastige thema’s uit te diepen, waaronder seksuele intimidatie’. Dekker vond het niet makkelijk om het beste moment hiervoor te bepalen: ‘Wij hebben ervoor gekozen

ONDERZOEK

In 2005 publiceerde Toine Lagro-Janssen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde over seksuele intimidatie onder coassistenten in Nijmegen. Dit was aanleiding voor het studentenplatform van de KNMG om er landelijk onderzoek naar te doen (2006, 2013). Hieruit bleek dat seksuele intimidatie gericht op studenten en coassistenten regelmatig voorkomt. Ruim de helft van de respondenten had zich weleens door een patiënt seksueel geïntimideerd gevoeld. In België bestudeerde Lennart de Jager agressie en geweld binnen de arts-patiëntrelatie. Ruim 80 procent van de respondenten had ooit in zijn of haar carrière te maken gehad met agressie door een patiënt en bij één op tien was dit van seksuele aard. Jonge, vrouwelijke artsen vroeg in hun carrière bleken het meest kwetsbaar te zijn.

om het na het eerste en voor het tweede juniorcoschap te bespreken. Dan brengen de studenten ook eigen ervaringen mee.' In Groningen hebben ze een keer een symposium gehouden over intimidatie waar ook trainingsacteurs bij aanwezig waren. Dat was eenmalig. Dekker vraagt zich nu af of zulke oefeningen met acteurs moeten terugkomen, 'maar je kunt de studenten ook niet op alles voorbereiden.'

Geen gedoe

Volgens de Arboret is een organisatie, zoals een ziekenhuis, verplicht om beleid te maken over seksuele intimidatie op de werkvloer. 'Vaak zie je dat organisaties wel een vertrouwenspersoon hebben aangesteld, maar die is niet zichtbaar en een vertrouwensrelatie ontbreekt', zegt Bos. De andere experts herkennen het beeld dat studenten en co-assistenten zich zelden melden bij een vertrouwenspersoon: 'Ze willen geen gedoe, of denken "ik ben toch zo weg" of "ze geloven me toch niet"', zegt Lagro-Janssen. Daarnaast kan argwaan een rol spelen, want de academie is een wereld van 'ons kent ons'. In Groningen nemen ze de hele meldingsprocedure per ziekenhuis met de studenten door, vertelt Dekker. Toch heeft zij niet de indruk dat dit leidt tot meer meldingen bij de vertrouwenspersoon. Lagro-Janssen benadrukt dat het wel belangrijk is om zo'n ervaring van seksueel grensoverschrijdend gedrag met iemand te bespreken, want het kan het professioneel handelen negatief beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan een student die geen genitaal onderzoek of seksuele anamnese meer durft te verrichten, uit angst voor seksueel getinte opmerkingen.

Wat Bos, Lagro-Janssen en Dekker alle drie goed vinden aan de #MeToo-discussie is dat het leidt tot meer aandacht voor seksuele intimidatie onder artsen en artsen in spe. Het belang van de afhankelijkheidsrelatie in seksueel grensoverschrijdende situaties moet ook aandacht krijgen, vinden zij. Dit speelt volgens Lagro-Janssen in de arts-patiëntrelatie evengoed: 'Het zijn toch meestal jonge vrouwen die te maken krijgen met seksuele intimidatie door mannelijke collega's of patiënten. De man-vrouwhiërarchie lijkt hier sterker dan de arts-patiënthiërarchie. Blijkbaar beschermt de witte jas vrouwen niet tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag.' ■

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



LEWAR BEKAS is in opleiding tot internist

De opvoedconsulent

De consultenstage van de interne geneeskunde is geen pretje. Behalve dat je over elke gemeten glucose in het huis wordt gebeld, ben je ook nog eens een telefoniste voor doorkiesnummers en een algemene vraagbaak voor administratieve handelingen.

'Weet jij waar ik de order kan vinden voor een DEXA-scan?'

'Ik ben op zoek naar je collega A, is die op vakantie of zo?'

Vier maanden lang heb ik geprobeerd mijn bellers op te voeden door hun vragen met een vraag te beantwoorden.

'Denk je dat ik het rooster van ál mijn collega's heb?'

'Waarom denk je dat ik meer verstand heb van het epd dan de helpdesk?'

En de meestgebruikte: 'Heb je zelf al bedacht waarom dat zo is?'

Hier kreeg ik een verrassend antwoord op toen ik door een orthopedie-aios werd gebeld over afwijkende labwaarden. 'Nee, jij bent toch van de interne?' Ik vroeg hem wat dat dan inhield. 'Nou, jullie weten toch alles?'

Ergens was het een compliment en ik vroeg me af of dit dan de verklaring was voor de roodgloeiende telefoon.

Staan wij bekend als een stelletje wijsneuzen die overall een antwoord op hebben, van rood gekleurde labwaarden tot diepgaande epd-expertise?

Begrijp me niet verkeerd, er is niks mis

STAAAN WIJ BEKEND ALS EEN STELLETJE WIJSNEUZEN?

met het consulteren van een ander specialisme of het om hulp vragen als je niet weet wat te doen. Maar een consult valt of staat wel met het formuleren van een goede consultvraag en weten aan wie je die moet stellen en aan wie juist niet. Elkaar onnodig werk verschaffen draagt niet bij aan waar het echt om gaat: patiëntenzorg.

Mijn strategie wierp zijn vruchten af, en tegen het einde van mijn stage werd het aantal nutteloze telefoontjes verwaarloosbaar laag. Het leerpunt van mijn stage: consulteren doen is opvoeden.