

Toine Lagro-Janssen

eerstelijngeneeskunde, vrouwen-
studies medische wetenschappen,
Radboudumc Nijmegen

Lex van Son

eerstelijngeneeskunde, vrouwen-
studies medische wetenschappen,
Radboudumc Nijmegen

Doreth Teunissen

eerstelijngeneeskunde, vrouwen-
studies medische wetenschappen,
Radboudumc Nijmegen

SAMENHANGEND PAKKET MAATREGELEN NODIG OM VEILIG OPLEIDINGSKLIMAAT TE CREËREN

Aanpak seksuele intimidatie vereist kordate actie

Vertrouwenspersonen aanstellen is niet genoeg om seksuele intimidatie in de geneeskundeopleiding aan te pakken. Er is een veelomvattend pakket maatregelen nodig.

Opnieuw werd de medische gemeenschap opgeschrikt door het hoge aantal vrouwen (en mannen) dat tijdens coschappen en in opleiding tot specialist wordt geconfronteerd met seksueel overschrijdend gedrag. Seksuele intimidatie is elke vorm van verbaal, non-verbaal en fysiek gedrag met een seksueel karakter, die als ongewenst wordt ervaren.

De uitkomsten van de enquête van Medisch Contact (MC 23/2018: 14) liegen er niet om: iets meer dan 30 procent van de respondenten heeft seksueel grensoverschrijdend gedrag meegemaakt, vooral in de klinische fase. Bij een kwart gebeurde dat minder dan vijf jaar geleden. Dat de #MeToo-beweging, die in de entertainmentindustrie in de VS begon, duidelijk heeft gemaakt hoe vaak seksuele intimidatie voorkomt, is inmiddels alom bekend. Minder bekend is dat het probleem ook groot is onder coassistenten. Nauwelijks bekend – en daarom ook zo schokkend – is dat ondanks de inspanningen het probleem niet afneemt. De gevolgen van seksuele intimidatie zijn ernstig. Coassistenten vinden dat ze slechter functioneren en worden onzeker en angstig in contact met patiënten. Het beïnvloedt de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Hardnekkig probleem

Het eerste onderzoek onder Nijmeegse coassistenten in 2005 liet zien dat 20 procent van de vrouwelijke co's seksuele intimidatie ondervond tijdens hun stage. De intimidatie vond plaats door zowel patiënten, bijvoorbeeld opzettelijk te veel kleren uittrekken, als artsen bijvoorbeeld ongewenst aanraken. Hierna volgde in 2006 een landelijke enquête door het KNMG studentenplatform. Van de 1856 respondenten had 11 procent met

seksuele intimidatie te maken gehad. Onder coassistenten was dit 21 procent. De daders zijn meestal mannen. In de klinische fase zijn patiënten (58%), stafleden (35%) en arts-assistenten (19%) het vaakst de dader. Opmerkingen over uiterlijk (60%), persoonlijke vragen over seksualiteit of liefdesleven (44%), lichamelijk contact (34%) en oogcontact (28%) werden het vaakst genoemd. Latere onderzoeken aan de faculteiten van Utrecht (2008), Groningen (2009) en Maastricht (2011) lieten vergelijkbare resultaten zien. Als reactie daarop heeft de KNMG de onderzoeksresultaten en een stappenplan naar alle faculteiten gestuurd. In 2012 volgde opnieuw een enquête door het KNMG studentenplatform. Het probleem toont zich hardnekkig. Nog steeds voelde 18 procent van de coassistenten zich ergens in zijn of haar studie seksueel geïntimideerd. Opnieuw roept de KNMG de faculteiten op om actie te ondernemen tegen seksuele intimidatie. In 2014 evalueert de KNMG of de faculteiten het stappenplan hebben geïmplementeerd. Dat blijkt op de meeste faculteiten het geval. Er was een onafhankelijke, goed vindbare vertrouwenspersoon aanwezig, er was een protocol ontwikkeld en er was doorgaans aandacht voor het onderwerp in het curriculum.

Taai fenomeen

Ook in andere landen komt seksuele intimidatie onder geneeskundestudenten frequent voor. Een studie in 2014 toont aan dat wereldwijd een op de drie medische studenten te maken krijgt met seksuele intimidatie. De daders zijn vooral mannelijke stafleden, de slachtoffers vrouwen. Seksueel overschrijdend gedrag is een algemeen verschijnsel in de medische academie, hetgeen wijst op een probleem binnen de heersende medische cultuur. En die cultuur verdwijnt niet vanzelf.

Seksuele intimidatie beïnvloedt de kwaliteit van de patiëntenzorg



Om dit taai fenomeen om te buigen zijn verschillende stappen nodig die simultaan op diverse niveaus in een projectmatige aanpak moeten verlopen, te weten: educatie, informatie en training van betrokkenen op alle niveaus; beleid maken om een cultuur te bereiken waarin seksueel getinte opmerkingen en gesprekken niet worden geaccepteerd; een omgeving creëren waarin het slachtoffer veilig kan melden; onderzoek doen naar seksuele intimidatie onder (aanstaande) medici in de meest brede zin. Uit de literatuur zijn ons een aantal voorbeelden bekend.

1. Een verplicht trainingsprogramma ontwikkelen dat docenten, stafleden en leidinggevenden leert om seksuele intimidatie te herkennen. Niet altijd zijn zij zich ervan bewust hoe vernederend sommige opmerkingen zijn, en hoe hardnekkig ongewenste boodschappen van deze aard tijdens het zogeheten *hidden curriculum* – normen, waarden, gedrag, attitude en cultuur die onuitgesproken en onzichtbaar in teksten of doelstellingen aan studenten worden overgebracht – worden overgebracht. Belangrijk is de ervaring van decanen dat in het eerste gesprek met het slachtoffer over een incident door de verdachte vaak aanvallend wordt gereageerd met negeren van de impact op het slachtoffer. Kennis over de mentale gevolgen voor de slachtoffers ontbreekt. Een door de faculteit gratis ter beschikking gestelde verplichte onlinecursus iedere twee jaar kan in die kennislacune voorzien.
2. Leidinggevenden leren hoe en aan wie ze moeten rapporteren, en hoe ze slachtoffers moeten ondersteunen. Medische faculteiten moeten een zerotolerantiebeleid hebben voor seksuele intimidatie en intimidatie op basis van etniciteit, ras, gender of geloof. Dat vraagt om top-downbeleid en om leidinggevenden die dit helder communiceren en uitdragen. Aandacht voor seksuele intimidatie moet onderdeel uitmaken van cursussen over leiderschap.
3. De incidenten over seksuele intimidatie moeten met toestemming van het slachtoffer worden benoemd en besproken. Data over incidenten moeten worden bijgehouden en geanonimiseerd openbaar gemaakt om te beoordelen waar extra aandacht nodig is.
4. Bij een klacht moeten leidinggevenden van de faculteit het onderzoek van de verdachte helemaal afronden. Het wordt ontraden om het onderzoek vroegtijdig te beëindigen en/of vertrouwelijke afspraken te maken met een verdachte om in ruil voor vrijwillig vertrek het incident in de doofpot te stoppen. Een verdachte zou dan zonder dat misbruik is vastgesteld in een andere academische functie of praktijk verder kunnen gaan.
5. Voorafgaand aan het coassistentchap krijgen studenten een verplichte training over het herkennen van grensoverschrijdend gedrag en hoe te handelen als ze zich ongemakkelijk of onveilig voelen in een situatie. Seksuele intimidatie mag niet langer door studenten gepercipieerd worden als een onlosmakelijk onderdeel van de medische opleiding. Dit moet geoefend worden met acteurs en simulatiepatiënten in een kleine

groep en in een vertrouwde omgeving. Ook het handelen als je getuige bent van intimiderend gedrag moet onderdeel uitmaken van de training. Tijdens de coschappen moet er opnieuw een workshop/training worden gegeven waarin studenten eigen ervaringen van intimidatie kunnen bespreken.

Samenhangend programma

Als deze activiteiten als los zand worden aangeboden, hebben ze slechts marginaal effect. Verbeteringen worden pas bereikt als er top down een samenhangend programma wordt ingesteld, met een aparte meldcommissie die op verschillende niveaus activiteiten ontwikkelt en uitvoert. Daarbij moet de meldingsbereidheid verhoogd worden. Die is ook in de laatste enquête van Medisch Contact met 7 procent bedroevend laag. De machtsverhouding tussen de dader/opleider en degene in opleiding, met de angst bij melding voor vergelding door dader, en de angst dat naamsbekendheid van het slachtoffer als een smet aan zijn of haar verdere loopbaan blijft kleven, dragen bij aan het lage meldingspercentage. Ook de literatuur benoemt angst van het slachtoffer voor het ontbreken van anonimiteit en wantrouwen in geheimhouding en onpartijdigheid van de instantie waar men kan melden als belangrijkste redenen om niet te melden. Een veilige meldprocedure is te creëren door het inschakelen van een onafhankelijke intermediair buiten de faculteit met een hotline om incidenten te melden, het beoordelen van de competenties van studenten of aiossen door meerdere personen en/of een niet bij de directe opleiding betrokken persoon, het persoonlijk of anoniem online melden bij een vertrouwenspersoon, via een anoniem meldformulieren online, of een anonieme evaluatie na ieder coschap online, en de aanbeveling dat student en verdachte anoniem blijven bij de behandeling van een melding. Anonimiteit garanderen bij het melden scoort in alle aanbevelingen hoog.

Het creëren van een veilige leeromgeving zonder seksuele intimidatie binnen de medische opleidingscultuur vergt grote inspanningen op velerlei niveaus. Alleen vertrouwenspersonen aanstellen en in het onderwijs facultatief aandacht besteden aan seksuele intimidatie zijn een begin, maar volstrekt ontoereikend. ■

contact

toine.lagro@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Meer artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Demp de slotgrachten!

Het Nederlandse zorglandschap verandert. Juist in de dunbevolkte noordelijke regio van ons land waar ik werk voelen we de noodzaak tot (de)centralisatie. Dat die herinrichting niet zomaar gerealiseerd is, is te begrijpen als je ziet hoe de ziekenhuizen van oudsher zijn ingericht: als gesloten zelfvoorzienende zorgburchten met weinig bemoeienis onderling.

Van patiënten wordt verwacht dat zij voor hun behandeling gaan reizen en ook de dokter trekt van zorgkasteel naar zorgkasteel. Omdat de maatschap chirurgie in Friesland vier ziekenhuizen bedient, werken wij steeds vaker op verschillende locaties. Sinds kort werk ik elke week een dag in een van onze buurziekenhuizen en doe ik regelmatig dienst in nog een ander. Geen probleem, zou je denken: patiënten daar hebben dezelfde aandoeeningen als 'thuis' en als chirurg heb je je hoofd en je handen altijd bij je. In de praktijk loop ik echter toch nog

wel eens vast in de slotgracht van een van de zorgkasteelen.

Alhoewel drie van de vier ziekenhuizen met hetzelfde ICT-systeem werken, hebben ze dit compleet anders ingericht.

DE DOKTER TREKT VAN ZORGKASTEEL NAAR ZORGKASTEEL

Steeds is het zoeken waar in welk ziekenhuis het tabblad voor een röntgenaanvraag of het dicteren van een ok-verslag zit. Maar niet alleen digitaal verschillen de ziekenhuizen; ze verschillen ook in taal. 'Kunt u de medicatie opplussen?' bleek te betekenen 'omzetten van thuis- naar opnamemedicatie'. En 'EWS-score' in het ene kasteel is hetzelfde als 'SIT-score' in het andere. En dan heb ik het nog niet eens over verschillende protocollen, werkwijzen en materialen.

Toch wegen de voordelen van samenwerking op tegen de nadelen. We zullen echter nog heel wat slotgrachten moeten dempen. Als chirurgen lopen we hierbij graag voorop. Maar het moet samen! Wie volgt?