



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Recht op seksuele gezondheid en de rol van de arts

Hendriks, A.C.; Vries, M.C. de

Citation

Hendriks, A. C., & Vries, M. C. de. (2018). Recht op seksuele gezondheid en de rol van de arts. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 2018(162), D2822. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/62612>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/62612>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Recht op seksuele gezondheid en de rol van de arts

A.C. (Aart) Hendriks en Martine C. de Vries

Seksualiteit en gezondheid hangen nauw met elkaar samen. Niettemin is het voor artsen niet altijd duidelijk hoe zij als professional moeten omgaan met seksuele gezondheid. Dat terwijl seksuele gezondheid inmiddels is verheven tot een internationaal erkend mensenrecht.

In deze bijdrage gaan wij na in hoeverre artsen vanwege dit recht in verschillende situaties gehouden zijn bepaalde zaken te doen of te laten. Uit deze bespreking blijkt dat de rol van de arts vanuit juridisch-ethisch perspectief minder vrijblijvend is dan vaak wordt gedacht. Artsen moeten de seksuele gezondheid van hun patiënten niet alleen beschermen, maar hun patiënten ook faciliteren een goed seksueel leven te hebben – zonder dat patiënten seks kunnen claimen. Dat vraagt om gepaste belangstelling voor het seksuele leven van patiënten.

Recht op seksuele gezondheid

Seksuele gezondheid wordt sinds de jaren 90 van de vorige eeuw aangemerkt als een mensenrecht. Dit was destijds een reactie op wereldwijde berichten over praktijken die schadelijk zijn voor de seksuele gezondheid van mensen, zoals het ontbreken van seksuele en reproductieve gezondheidszorg, onvrijwillige seks, hoge sterftcijfers onder zwangeren en jonge moeders, besnijdenissen van jongens en meisjes, en gedwongen huwelijken.

Het recht op seksuele gezondheid, dat internationaal erkend is, verplicht overheden om aan deze praktijken een einde te maken. Het streven moet zijn dat iedereen plezierige en veilige seksuele ervaringen kan hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld.^{1,2} Dat is niet eenvoudig te realiseren. Diepgewortelde culturen, bijvoorbeeld over de positie van de vrouw, verander je als overheid niet eenvoudig door nieuwe wetten in te voeren. Wil een samenleving dergelijke zaken veranderen, dan zijn veel meer inspanningen geboden.

Het spreekt wellicht voor zich dat Nederland het recht op seksuele gezondheid volmondig onderschrijft, ook al komen we dat recht niet met zoveel woorden tegen in de nationale wet- en regelgeving. Dat laatste is ook niet nodig, aangezien de Nederlandse Grondwet bepaalt dat internationale verplichtingen hiërarchisch een hogere positie innemen dan nationale wet- en regelgeving. Los daarvan zijn er tal van wetten en praktijken waarmee onze overheid het recht op seksuele gezondheid voor iedereen tracht te waarborgen. Zo wordt in ons land veel belang gehecht aan het zelfbeschikkingsrecht van iedere persoon, ook op seksueel gebied. Daarnaast staan er zware straffen op seksueel misbruik, gedwongen huwelijken en bigamie. De vraag bij dit alles is: heeft dit ook consequenties voor de rol van de arts?

De rol van de arts

Het bevorderen van mensenrechten is juridisch gezien de taak van de overheid. De overheid kan dit echter niet in haar eentje. Dit geldt in het bijzonder bij een onderwerp als 'seksuele gezondheid'. De overheid heeft – gelukkig – maar beperkt zicht op de mate waarin mensen plezierige en veilige seksuele contacten hebben. Voor zover patiënten hierover vragen hebben, richten zij zich doorgaans niet tot de overheid maar vaak tot een arts.

Artsen worden niet alleen gezien als deskundigen op het gebied van seksuele gezondheid, maar hebben ook een beroepsgeheim. Hierdoor kunnen patiënten vrijelijk met artsen spreken over seksuele gezondheid, zonder vrees dat die informatie bij anderen belandt. Artsen zijn tegelijkertijd regelmatig de eersten die gevaren voor de seksuele gezondheid van hun patiënten of van anderen signaleren. Dat alles maakt artsen tot een soort natuurlijke bondgenoot van de overheid met betrekking tot het bevorderen van de seksuele gezondheid en het bestrijden van seksuele misstanden. En daarmee liggen ook veel bijkomende dilemma's op het bordje van de arts.

Wij bespreken 4 van deze dilemma's, met aandacht voor de vraag hoe een arts vanuit juridisch-ethisch perspectief het best kan reageren.

Plicht om te informeren?

Moeten artsen patiënten bij diagnostiek en behandeling wijzen op de eventuele gevolgen voor hun seksuele gezondheid? Om een voorbeeld te noemen: dient een gynaecoloog een patiënt vóór een uterusextirpatie te wijzen op de consequenties daarvan voor haar seksleven? Indien de diagnostiek of behandeling gevolgen heeft voor het seksuele leven van een patiënt, luidt het antwoord in algemene zin bevestigend. Daarbij dient seksuele gezondheid vanuit juridisch-ethisch perspectief ruim te worden uitgelegd, waaronder het al dan niet tijdelijk afzien van seksueel contact en de gevolgen van een ingreep voor het seksleven van patiënten en eventuele partners. Een en ander hangt natuurlijk af van de vraag of de betreffende patiënt seksueel actief is, en zo ja, met wie en

hoe. De informatie die de arts verstrekt dient zoveel mogelijk daarbij aan te sluiten. En dus moet voor deze aspecten ook aandacht zijn in de gesprekken met de patiënt.

Plicht om te vragen naar seksuele leven?

Artsen kunnen alleen goed informeren over de gevolgen voor het seksuele leven als zij bekend zijn met het seksuele leven van hun patiënt. Mogen artsen daar actief naar vragen? Het antwoord op die vraag luidt: ja, dat is toegestaan. Het stellen van vragen naar iemands seksuele leven moet wel relevant zijn in het kader van de hulpverlening. Anders gezegd, artsen mogen – en soms: moeten – vragen naar het seksuele leven van een patiënt als daartoe vanuit behandelingsperspectief een concrete aanleiding bestaat. In lijn met de KNMG-richtlijn ‘Gedragsregels voor artsen’ mag er daarbij niet verder worden doorgedrongen tot de privésfeer dan strikt noodzakelijk is.³ Dit moet er echter niet toe leiden dat seksualiteit niet aan bod komt in de spreekkamer. Zonder dat daar uitgebreid onderzoek naar is gedaan, kan moeilijk aan de indruk worden ontkomen dat in de gemiddelde spreekkamer betrekkelijk weinig over seks wordt gesproken.⁴ Dat is niet te rechtvaardigen vanuit de gedragsregels. Goed informeren, ook over de gevolgen van medisch ingrijpen voor het seksuele leven, maakt onderdeel uit van de eis van het informed consent. En daartoe moet een arts vaak eerst vragen naar het seksuele leven van een patiënt.

Plicht om seksualiteit te faciliteren?

Een arts kan er mee bekend zijn dat een patiënt geen seksuele partner heeft, maar wel graag seks met een ander wil hebben. Is er vanuit juridisch-ethisch perspectief een rol weggelegd voor de arts om een patiënt te helpen bij het vinden van een seksuele partner?

Uitgangspunt bij een seksuele relatie is vrijwilligheid van beide partners. Een arts zal dit altijd moeten respecteren. Een arts moet ook letten op eventuele leeftijdsgrenzen die bestaand of gewenst seksueel verkeer in de weg kunnen staan. Maar een arts moet de seksuele gezondheid van zijn patiënten zo nodig faciliteren, niet in de laatste plaats vanwege de relatie tussen seksualiteit en gezondheid. Daarbij hoort een arts wel altijd te handelen binnen de grenzen van zijn deskundigheidsgebied. Omwille van dat laatste is het niet aan een arts om een patiënt te helpen met daten of het vinden van een sekswerker. Maar een arts kan een patiënt wel wijzen op de mogelijkheden daartoe.

Anders is dit bij patiënten die vanwege een lichamelijke of verstandelijke beperking moeite hebben met het vinden van een seksuele partner of die de financiële middelen ontberen om gebruik te maken van de diensten van een sekswerker. In dergelijke situaties wordt regelmatig een beroep gedaan op een arts, bijvoorbeeld om te beoordelen of een vergoeding aan een patiënt voor een prostitué of prostituee kan worden – wat dan juridisch heet – ‘geobjectiveerd’.⁵

Hoewel deze beoordelingen voor een arts geen dagelijkse kost zijn, is het vanwege het recht op seksuele gezondheid wenselijk dat een arts medewerking verleent aan een dergelijk onderzoek. Dat laatste mag evenwel niet bij eigen patiënten, op grond van vaste rechtspraak en richtlijnen van de KNMG inzake het belang van de onafhankelijkheid van de keurend arts. In zulke situaties moet een ‘eigen’ arts patiënten verwijzen naar een andere, onafhankelijke arts voor een onderzoek en voor andere mogelijkheden om in de seksuele behoeften te voorzien.

Wat te doen bij overige dilemma's?

Seksuele gezondheid kan gepaard gaan met nog veel meer andere juridisch-ethische dilemma's. Zo kunnen ouders besluiten hun kinderen te laten besnijden, kunnen patiënten met een soa beslissen hun sekspartners niet te informeren, kan er sprake zijn van seksuele mishandeling binnen een gezin en kunnen minderjarigen van hun arts verlangen dat zij bepaalde zaken over seksualiteit niet met hun ouders bespreken. Bij al deze dilemma's speelt de vraag: wat moeten artsen doen – of juist laten? Wat volgt uit het beroepsgeheim van de arts en uit andere verplichtingen die op hem rusten, zoals de eisen van goed hulpverlenerschap? En als een arts reageert, hoe doet hij dat dan? Hoe zorgt de arts ervoor dat de patiënt hem goed begrijpt en dat zijn reacties niet hoeven te leiden tot recht- en tuchtzaken?

In zijn algemeenheid is er geen plicht voor artsen om hun zorgen over een situatie te delen met anderen dan de patiënt. Sterker, het beroepsgeheim van de arts staat daarbij in de weg. Maar op het beroepsgeheim bestaan uitzonderingen, niet in de laatste plaats op grond van de wet en richtlijnen. Het is om die redenen dat bijvoorbeeld bepaalde besmettelijke ziekten, waaronder hepatitis B en C, moeten worden gemeld en dat van een arts wordt verwacht dat hij in actie komt bij verdenkingen van kindermishandeling of huiselijk geweld. Een arts kan bijvoorbeeld besluiten zijn beroepsgeheim te doorbreken bij de dreiging van een ernstig strafbaar feit, zoals de besnijdenis van een minderjarig meisje.

De wet zegt dat ouders met gezag recht hebben op informatie over de gezondheid van hun kind. Ook is een behandeld arts wettelijk verplicht de gezinsvoogd noodzakelijke informatie te verstrekken in het kader van een ondertoezichtstelling. Maar een arts kan als

goed hulpverlener beslissen om ouders informatie te onthouden als dat de wens is van een kind en ook in diens belang is. In dat kader mogen artsen bijvoorbeeld zo nodig anticonceptiva voorschrijven aan meisjes onder de 16 jaar zonder medeweten van de ouders. Als bedreiging van de gezondheid van een of meer personen alleen kan worden afgewend door te spreken, is dit geoorloofd. In andere gevallen zal een arts naar anderen toe echter moeten zwijgen over zijn zorgen, althans in een concrete situatie. Het is een arts wel toegestaan in algemene zin, dus zonder patiënten bij naam te noemen, zijn zorgen over bepaalde zaken kenbaar te maken. Ook artsen hebben het mensenrecht op vrijheid van meningsuiting. Dit recht bevat geen juridische plicht om bepaalde misstanden aan de orde te stellen, maar wordt door artsen wel vaak ervaren als een morele plicht om een standpunt in te nemen. Vanwege dit laatste hebben veel artsorganisaties zich aangesloten bij de aangifte tegen de tabaksindustrie. In het kader van seksuele gezondheid wordt die morele plicht vooral binnen de publieke gezondheidszorg gevoeld. De overheid en aan de overheid verbonden instanties als de GGD proberen invloed uit te oefenen op seksueel gedrag in het kader van overdracht van soa's. Beroepsorganisaties doen uitspraken over de aanvaardbaarheid van prostitutie.⁶ Er zijn discussies over het wel of niet vergoeden van seksuele gezondheidszorg aan patiënten met een lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking die seksuele behoeften hebben.⁷ Zolang er enige distantie is van de patiënten in kwestie laten artsen zich gemakkelijk horen in het debat.

Conclusie

Seksuele gezondheid is onmiskenbaar een mensenrecht, een recht dat iedereen toekomt. Artsen hebben als zorgprofessional de juridisch-ethische plicht om dit recht te beschermen, te bevorderen en – waar mogelijk – te verzekeren. Dat dit recht niet expliciet is neergelegd in de nationale wetgeving doet hieraan niets af: Nederland is juridisch gebonden aan het internationaal erkende recht op seksuele gezondheid.

Wat een arts precies moet doen in concrete situaties vraagt om maatwerkoplossingen, waarbij hij goed moet letten op de wensen van de patiënt, de belangen van anderen en overige relevante factoren. Dat een arts de patiënt moet informeren over de gevolgen van diagnostiek en behandeling voor de seksuele gezondheid en zo nodig moet vragen naar diens seksuele leven spreekt voor zich. Een arts moet de seksuele gezondheid van zijn patiënten zo nodig faciliteren, zonder dat sprake is van dwang of andere zaken die hier haaks op staan.

Patiënten kunnen op hun beurt een arts vragen hen te helpen bij het realiseren van het recht op seksuele gezondheid, maar zij hebben jegens de arts geen claimrecht. Anders gezegd, de rol van de arts om patiënten te faciliteren bij hun seksuele wensen leidt niet tot een afdwingbaar recht. Bij de overige besproken dilemma's bieden wetgeving, richtlijnen en jurisprudentie de arts houvast, maar moet de arts zich bovenal bewust blijven van zijn eigen rol en bijbehorende grenzen.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D2822
- Universiteit Leiden, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, dep. Publiekrecht, Leiden: prof.mr.dr. A.C. Hendriks, jurist. LUMC, sectie Ethiek & Recht van de Gezondheidszorg: prof.dr. M.C. de Vries, kinderarts en medisch ethicus.
- Contact: A.C. Hendriks (a.c.hendriks@law.leidenuniv.nl)
Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 12 april 2018

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;162:D2822

Literatuur

1. [Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health](#). Genève: World Health Organization; 2006.
2. World Health Organization. [Standards for sexuality education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists](#). Keulen: Federal Centre for Health Education (BZgA); 2010.
3. [Richtlijn Gedragsregels voor artsen](#). Utrecht: KNMG; 2013.
4. Boekeloo BO. Will you ask? Will they tell you? Are you ready to hear and respond?: barriers to physician-adolescent discussion about sexuality. *JAMA Pediatr.* 2014;168:111-3. [Medline doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4605](#)
5. Rechtbank Noord-Nederland. ECLI:NL:RBMNE:2017:2003.
6. Rothman EF. Should US Physicians Support the Decriminalization of Commercial Sex? *AMA J Ethics.* 2017;19:110-21. [Medline doi:10.1001/journalofethics.2017.19.1.sect1-1701](#)
7. Borrel D. Het is een taboe, maar het moet wel gebeuren. *NRC Handelsblad.* 28 januari 2015.

