

VU Research Portal

Cultuur en gender in de spreekkamer van de huisarts

Saharso, S

published in

Waardenwerk = Journal of Humanistic Studies
2022

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Unspecified

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Saharso, S. (2022). Cultuur en gender in de spreekkamer van de huisarts. *Waardenwerk = Journal of Humanistic Studies*, 89, 45-49.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

tska, 'Ik bedenken de wereld'
open naar Yeti, 1957 (Verta-
l.).

f John Dewey is dit de kracht
Zie J. Dewey (1934). *A com-
ven*: Yale University Press.

Mrkva (2014). *Creative moral*
Moran, D.H. Cropley & J.C.
The ethics of creativity (pp.25-
7): Palgrave MacMillan.

). *Metaphysics as a guide to*
'intage.

). *Moral boundaries: A political*
ethic of care. London: Taylor &
to (2015). *Who cares? How to*
cratic politics. New York: Cor-
ss.

Cultuur en gender in de sprekkamer van de huisarts

Sawitri Saharso

Inleiding

Beste jarig Waardenwerk, allereerst hartelijk gefeliciteerd met je tienjarige jubileum. Het is me een eer en een genoegen om ter ere daarvan iets te schrijven over de betekenis en praktijk van waarden vanuit mijn eigen achtergrond, zoals het verzoek luidde. Ik ben een onderzoeker. Ik zal daarom beschrijven hoe ik waarden aan het werk heb gezien in mijn meest recente onderzoek. Dat onderzoek ging over Nederlandse huisartsen (Saharso & Dekker 2021). In een eerder onderzoek naar suïcidaal gedrag van vrouwen van verschillende etnische afkomst was ik geconfronteerd met de levensverhalen van vrouwen, die door hun familie verschrikkelijke dingen waren aangedaan, wat hen ertoe gebracht had om een suïcidepoging te doen of te overwegen (Van Bergen et al. 2012). Onder hen was bijvoorbeeld een groep, die nu aangeduid wordt met de term 'verborgen vrouwen'. Dat waren vrouwen, die meestal vanwege een huwelijk naar Nederland waren gekomen en daar bij (schoon)familie min of meer opgesloten in huis een modern Assepoestersbestaan leidden zonder dat ze enige uitweg zagen. Ze waren ten tijde van hun komst naar Nederland nog erg jong, vaak nog minderjarig. Ik vroeg me af hoe dergelijke praktijken onopgemerkt jarenlang door hadden kunnen gaan. Ze moes-

ten toch af en toe gezien zijn door hun huisarts? Dat was de aanleiding om huisartsen te gaan vragen naar hun ervaringen met, wat ik bij een gebrek aan een betere term 'schadelijke (culturele) praktijken' noemde. Dat zijn, volgens de officiële definitie, praktijken, die de rechten en het welzijn van een persoon schaden vanwege de sekse van die persoon (OHCHR UN, 1995). Deze praktijken berusten op traditionele culturele gendernormen en ongelijke machtsverhoudingen tussen de seksen. De meerderheid van degenen, die ermee te maken krijgen, is vrouw. De term verwijst naar een breed scala aan praktijken, waaronder vrouwenbesnijdenis, gedwongen uithuwelijking en eer gerelateerd geweld. In 2018 is ook het testen op maagdelijkheid door de Wereld Gezondheidsorganisaties op de lijst gezet (WHO, 2018). Ik vermoedde dat huisartsen de problematiek niet hadden herkend of, een extra reden voor zorg, dat ze niet adequaat hadden gehandeld vanwege hun beroepsethiek.

De veertien huisartsen, die ik met een student-assistent gesproken heb, bleken heel regelmatig met schadelijke praktijken te maken te hebben. Dat betrof niet alleen de reeds bekende praktijken, maar ook vele andere gevallen van gender gerelateerd geweld, waarin

de culturele achtergrond een rol speelde. Het ging bijvoorbeeld om verstoting na een verkrachting, gedwongen abortus, geen controle over de eigen vruchtbaarheid of niet-acceptatie van homoseksualiteit. Vrouwen kwamen naar de praktijk met depressieve klachten, die, na doorvragen, veroorzaakt waren doordat hun familie alles in hun leven voor hen bepaalde. Patiënten verdwenen plotseling uit de praktijk, waarbij later bleek dat ze, naar de arts vermoedde, onvrijwillig naar het land van herkomst waren teruggegaan. Patiënten vroegen soms ook om een maagdelijkheidsverklaring of om een verwijzing voor een maagdenvlieshersteloperatie. (Toen we de interviews deden mocht dat nog en bestonden er commerciële klinieken, waar je ook zonder verwijfsbriefje terecht kon. Sinds februari 2020 is dat veranderd.)

Wat is juist handelen?

De artsen stonden regelmatig voor morele dilemma's over hoe juist te handelen. Een arts vertelde bijvoorbeeld dat de dochter uit een gezin dat bekend was met huiselijk geweld zich in paniek bij haar had gemeld, omdat ze niet naar huis durfde, omdat ze niet meteen vanuit school naar huis was gegaan. De arts heeft toen de familie verteld dat het meisje ziek was en met een pijnstiller naar bed moest. Opzettelijk een onjuiste diagnose stellen is nadrukkelijk verboden en deze arts overtrad daarmee dus de regels van haar beroepscode, omdat ze het meisje tegen haar familie wilde beschermen. Een andere arts had een Syrisch vluchtelingengezin in de praktijk, waar de vrouw systematisch ernstig mishandeld werd door haar man. Normaliter zou hij in zo'n geval een melding gedaan hebben bij Veilig Thuis en bij de politie. Dat is ook wat de gedragscode voorschrijft, want er waren kinderen bij betrokken. Toch deed hij dat in dit geval niet. De vrouw vroeg hem nadrukkelijk dat niet te doen. Hij vermoedde oorlogstrauma, maar hij vond het ook moeilijk om, vanwege de culturele context, de gevolgen van een melding in te schatten. Zou de vrouw een scheiding aankunnen? Wordt

ze als gescheiden vrouw geaccepteerd in haar gemeenschap?

Autonomie als reden om niet te handelen

We zagen dat overwegingen met betrekking tot autonomie voor de artsen vaker aanleiding waren om niet te interveniëren, maar dat die autonomie hen op twee manieren hen tegenhield. Enerzijds, zoals in het voorbeeld hierboven, waren artsen terughoudend om in gevallen van huiselijk geweld de vrouw te suggereren dat scheiden ook een mogelijkheid is, omdat ze vermoedden dat de vrouw in kwestie vanwege haar culturele socialisatie daar (nog) niet toe in staat was. In de woorden van een andere arts:

(Bij hun man weggaan?) Het is maar de vraag of dat beter is. Die vrouwen moeten dus in korte tijd een vorm van autonomie ontwikkelen, die ze hiervoor niet hadden. Ze zijn opgevoed als afhankelijke vrouw en dan moeten ze alleen met hun kinderen verder en met het gevoel van verstoting vaak door ook hun eigen familie en andere mensen in hun eigen omgeving, waar ze voorheen steun aan hebben ontleend.

Anderzijds waren de artsen terughoudend om te interveniëren, omdat ze dat over het algemeen als een inbreuk in iemands leven zagen, die alleen toegestaan is als de patiënt er expliciet mee instemt of er zelf om vraagt. Een huisarts zegt bijvoorbeeld dat ze 'het aanhoudend krijgen van kinderen buiten de wens van de vrouw' ook als schadelijke praktijk beschouwt. Ze maakt bij kraamvisites wel 'ns de opmerking dat het wel heel snel na de vorige bevalling is, om daarmee voor de vrouw een opening te creëren om over anticonceptie te praten, maar ze zegt erbij:

Het is niet zo dat ik dat actief zou gaan opzoeken. Ik vind het uiteindelijk ook een kwestie van zelfbeschikking. Mensen moeten ook zelf een beslissing ne-

men. Ik snap meringen in belemmering. Nederlandse nog steeds, a taak om vad al mijn patië meer vraag

Ook een andere

Het is niet a ren in mens ze het me v schien wel d Het is aan n te leven. Er mensen son de cultuur v is ook aan te ontworst je moet ged de volgende zal doen.

Terwijl artsen d tie, omdat ze autonoom geno voor de autono ervan weerhou

In conflict met van de eigen b

Het lastigst om artsen verzoeken klaring. Tien hu patiënten gehac klaring af te gev aan het verzoek twee artsen zijn punt gewisseld. den, vonden da niet tot hun wer dat als ze hieraa moraal versterk Degenen, die w dat meestal zon zorgden dat ze

accepteerd in haar

n niet te handelen

gen met betrekking
artsen vaker aanlei-
nterveniëren, maar
twee manieren hen
als in het voorbeeld
terughoudend om
geweld de vrouw te
ook een mogelijk-
edden dat de vrouw
culturele socialisatie
at was. In de woor-

an?) Het is maar
is. Die vrouwen
tijd een vorm van
len, die ze hier-
zijn opgevoed als
en dan moeten ze
ren verder en met
toting vaak door
e en andere men-
geving, waar ze
hebben ontleend.

artsen terughoudend
mdat ze dat over het
euk in iemands leven
estaan is als de pati-
stemt of er zelf om
egt bijvoorbeeld dat
krijgen van kinderen
vrouw' ook als scha-
ouwt. Ze maakt bij
de opmerking dat het
prige bevalling is, om
w een opening te cre-
ceptie te praten, maar

dat actief zou gaan
het uiteindelijk ook
fbeschikking. Men-
lf een beslissing ne-

hwerk, zomernummer 2022

men. Ik snap dat daar heel veel belem-
meringen in zijn en dat die grenzen en
belemmeringen groter zijn dan in de
Nederlandse cultuur, maar dan vind ik
nog steeds, als huisarts is het niet mijn
taak om vadertje en moedertje voor
al mijn patiënten te zijn. Ik werk toch
meer vraaggestuurd.

Ook een andere huisarts zegt:

Het is niet aan mij om te interveniëren
in mensen hun leven. Behalve als
ze het me vragen, dan kan ik het mis-
schien wel doen, maar niet uit mezelf.
Het is aan mensen zelf om hun leven
te leven. En in mijn ogen zijn jonge
mensen soms wel het slachtoffer van
de cultuur van hun ouders, maar het
is ook aan henzelf om zich daaraan
te ontworstelen Mijn idee is dus,
je moet geduld hebben en denken dat
de volgende generatie het weer anders
zal doen.

Terwijl artsen dus soms afzien van interven-
tie, omdat ze denken dat een vrouw niet
autonoom genoeg is, is het hier juist respect
voor de autonomie van de patiënt, die artsen
ervan weerhoudt om te interveniëren.

In conflict met de eigen waarden en die van de eigen beroepsethiek

Het lastigt om mee om te gaan vonden de
artsen verzoeken om een maagdelijkheidsver-
klaring. Tien huisartsen hadden verzoeken van
patiënten gehad om een maagdelijkheidsver-
klaring af te geven. Zes van hen voldeden altijd
aan het verzoek, twee weigerden standaard en
twee artsen zijn in de loop van de tijd van stand-
punt gewisseld. Degenen, die standaard weiger-
den, vonden dat maagdelijkheidsverklaringen
niet tot hun werk behoorden. Ook meenden ze
dat als ze hieraan meewerkten, ze een seksuele
moraal versterkten, die ze zelf juist afwezen.
Degenen, die wel verklaringen afgaven, deden
dat meestal zonder lichamelijk onderzoek. Ze
zorgden dat ze de patiënt alleen konden spre-

Waardenwerk, zomernummer 2022

ken en vroegen dan wat er aan de hand was. De
context was in de regel dat de familie de jonge
vrouw onder druk zette om haar maagdelijk-
heid te 'bewijzen', omdat er twijfels waren over
haar kuisheid. Meestal was er ook dreiging van
sancties en de twijfel kon een beletsel zijn om
te trouwen. De artsen wisten dat aan het maag-
denvlies niet af te zien of iemand nog maagd is.
Dokters kunnen dat dus helemaal niet vaststel-
len. Een maagdelijkheidsverklaring is dus een
leugen om bestwil. Veel artsen hadden het daar
moeilijk mee. Zoals een arts het verwoordt:

Je probeert natuurlijk toch wel een neu-
trale houding in te nemen, niet veroor-
delend over te komen. Je bent een hulp-
verlener. Soms moet je over bepaalde
grenzen heengaan of dingen doen, of,
je moet niet hèn, maar om die patiënt te
beschermen doe je dingen, waarvan je
denkt, ik vind het eigenlijk bullshit.

De artsen proberen daarom of hun patiënten
genoegen nemen met een mondelinge ver-
klaring en anders kiezen ze voor de dubbele
negatie 'ik heb niet kunnen vaststellen dat me-
vrouw x geen maagd meer is', waarmee ze dus
geen onwaarheid spreken. Waarom een arts
aanvankelijk altijd maagdelijkheidsverklar-
ingen afgaf, maar later niet meer, was, omdat ze
ontdekte dat zo'n verklaring ook de weg vrij-
maakte naar andere onwenselijkheden, zoals
een huwelijk met een man, dat de jonge vrouw
in kwestie helemaal niet wilde; 'Dan denk je: ik
kan beter niets verklaren, want dan trouwt ze
niet met hem. Laat er dan maar schande in de
familie zijn.' Wat haar ook stoorde was dat er
meisjes waren, die aan de pil waren en van wie
ze allemaal wisten dat ze geen maagd meer
waren, die om een maagdelijkheidsverklaring
kwamen vragen, omdat ze gingen trouwen.
Haar besluit om geen maagdelijkheidsverkla-
ringen meer af te geven, legt ze als volgt uit:

Ik heb toen op een gegeven moment gedacht,
het is niet meer mijn strijd. Als ik jullie kan
helpen, als er bijvoorbeeld een protestmars is,
dan loop ik mee, ik wil het (de mythes rond

Tien jaar waardenwerk

47

het maagdevlies) ook voor de gemeenschap uitleggen, ik wil van alles doen, maar het is niet mijn oorlog. Jullie moeten het echt zelf doen. Het moet echt van binnenuit komen.

Meten met twee maten?

We hebben de huisartsen ook gevraagd hoe ze omgaan met jonge vrouwen, die om cosmetische redenen een labiacorrectie willen. Dan voelen ze geen enkele inhibitie om hun mening te geven, die neerkomt op de boodschap 'Meisje, er is niets mis met jouw lichaam, laat je niet gek maken door afbeeldingen van designer vagina's op internet.' Opmerkelijk vond ik ook dat een arts van Turkse afkomst het geen probleem vond om mishandelde vrouwen expliciet de optie voor te leggen om te scheiden. Ook zij is zich ervan bewust dat de beslissing voor vrouwen van Marokkaanse of Turkse afkomst vaak moeilijker is dan voor autochtoon Nederlandse vrouwen. Maar ze legt het juist voor als optie, want dan horen ze van de dokter dat het mag. 'En', zegt ze, vaak denken ze ook: 'Maar als ik bij hem wegga, heb ik geen huis, geen inkomen, hoe moet het met mijn kinderen?' Want vaak denken ze ook dat als er sprake is van huiselijk geweld dan worden de kinderen van me afgenomen'. Deze arts legt dan uit dat ze daar niet bang voor hoeven te zijn en dat je in Nederland een bijstandsuitkering kan krijgen en dat bij huiselijk geweld de vrouw de echtelijke woning krijgt toegewezen. Ze concludeert: 'Ze denken: 'Ik ben van hem afhankelijk, dus ik moet bij hem blijven.', dus dat werkt wel verhelderend dat je dat bespreekbaar maakt.' Terwijl de huisartsen, die ik eerder aan het woord liet dus denken dat hun culturele achtergrond het vermogen tot autonomie van vrouwen kan verminderen, waardoor ze terughoudend zijn om deze vrouwen te adviseren hun gewelddadige man te verlaten, ziet deze arts een gebrek aan kennis bij de vrouwen over hun rechten en de mogelijkhe-

...na te denken over hoe je wil omgaan met eventuele spanning tussen je persoonlijke waarden, je professionele waarden en die van je patiënt

den tot maatschappelijke ondersteuning, als reden die hen ervan weerhoudt om te scheiden.

De moraal van dit verhaal

De casussen, waarover ik geschreven heb, wijzen op een theoretische lacune. De autonomie van de patiënt is in de moderne geneeskunde een zeer centrale waarde. Debatten in de bioethiek gaan daarom over de vraag hoe toch zoveel mogelijk gehandeld kan worden in overeenstemming met het autonomieprincipe, ook als een patiënt nog niet of niet meer in staat is tot volledige autonomie. Hier gaat het echter om de vraag hoe dokters moeten handelen in het geval van culturele beperkingen aan de autonomie van geestelijk gezonde patiënten. Het idee dat alle normale volwassenen in staat zijn tot autonomie waar de opvatting van patiënten autonomie op berust, verhoudt zich nogal ongemakkelijk tot de realiteit van patiënten, die hulpvragen hebben, die verband houden met schadelijke praktijken. Hun recht op autonomie is vaak ingeperkt. Feministische theorie over relationele autonomie helpt ons een heel eind op weg. Die onderkent dat socialisatie in een beperkende culturele omgeving de ontwikkeling van het vermogen tot autonomie in de weg kan staan. Vrouwen blijven in een gewelddadig huwelijk, omdat hun vermogen tot kritische reflectie is beïnvloed door restrictieve socialisatie en familieverhoudingen, zo zeggen bijvoorbeeld Marilyn Friedman (2003) of Catriona Mackenzie (2007). Maar de verhalen van de huisartsen suggereren ook dat deze vrouwen geen passieve slachtoffers van hun cultuur zijn, maar onderhandelen binnen de ruimte die ze hebben. We zouden daarom onze theoretische lens niet alleen moeten richten op hoe onderdrukkende contexten het vermogen tot autonomie inperken, maar ook moeten richten op het handelend vermogen in autonomie inperkende contexten. We

ke ondersteuning, als re-
erhoudt om te scheiden.

erhaal

er ik geschreven heb, wij-
che lacune. De autono-
in de moderne genees-
ale waarde. Debatten in
arom over de vraag hoe
gehandeld kan worden
met het autonomieprin-
nt nog niet of niet meer
je autonomie. Hier gaat
ag hoe dokters moeten
van culturele beperkin-
e van geestelijk gezonde
at alle normale volwas-
ijn tot autonomie waar
ing van patiënten au-
ie op berust, verhoudt
nogaal ongemakkelijk
de realiteit van patiën-
n, die hulpvragen heb-
en, die verband houden
met schadelijke praktij-
en. Hun recht op auto-
mie is vaak ingeperkt.
nunistische theorie over
onele autonomie helpt
heel eind op weg. Die
socialisatie in een beper-
geving de ontwikkeling
tot autonomie in de weg
blijven in een geweldda-
t hun vermogen tot kri-
nvloed door restrictieve
ieverhoudingen, zo zeg-
rilyn Friedman (2003) of
(2007). Maar de verhalen
uggereren ook dat deze
eve slachtoffers van hun
nderhandelen binnen de
en. We zouden daarom
ens niet alleen moeten
derdrukkende contexten
onomie inperken, maar
op het handelend vermo-
perkende contexten. We

zouden om dat te begrijpen, en dat geldt ook
voor mezelf, veel meer deze vrouwen zelf
een stem moeten geven. Het gaat om hun le-
vens en de keuzen die zij daarin maken.

Tot slot, begrijp ik nu beter waarom in de
gevallen van schadelijke praktijken die ik in
eerder onderzoek tegenkwam huisartsen niet
hadden ingegrepen? Mijn onderzoeksbevin-
dingen suggereren wellicht dat autochtone
Nederlandse artsen, die ik heb gesproken, zich
door een overdaad aan cultureel respect ervan
laten weerhouden te interveniëren wanneer
dat wel gewenst is. Ik denk niet dat het zo
ligt. Het is veeleer twijfel of ze gezien de cul-
turele context, die ze niet goed kennen, wel
goed de gevolgen van hun interventie voor de
patiënt kunnen inschatten. Dat kan terechte
twijfel zijn. Ik zie het als een waarschuwing
dat huisartsen niet te veel op de stoel van so-
ciale beleidsmakers moeten gaan zitten. Er
zijn grenzen aan wat medische interventies
kunnen doen om sociale ongelijkheden te
verkleinen. Dat pleit voor terughoudendheid
in het ingrijpen in de levens van mensen door
huisartsen. Anderzijds, wanneer artsen ten
onrechte veronderstellen dat een patiënt over
te weinig autonomie beschikt om een geweld-
dadige man te verlaten en dat daarom maar
niet voorstellen, schieten ze ook tekort in hun
zorg aan die patiënt. Ook wanneer een arts
meent in alle gevallen vraaggestuurd te moe-
ten werken, dan is er een gereede kans dat hem
of haar de hulpvraag van de hier besproken
groep vrouwen met een migratieachtergrond
niet bereikt. Soms is meer proactief te han-
delen gewenst, door bij een vermoeden van
een schadelijke praktijk zelf het gesprek met
de patiënt aan te gaan. Niet iedereen, die hulp
wenst, is even goed in staat om haar hulpvraag
expliciet te formuleren. Een les, die ik heb ge-
leerd, is dat huisartsen soms terecht niet in-
terveniëren, maar soms ook onterecht. Ik kan
daar geen algemene aanbeveling over doen.
Een andere les, in dit tijdschrift waarschijnlijk
een platitude, is dat waarden niet voor zich
spreken, maar dat ze constant onderhoud no-
dig hebben. Huisartsen zouden er goed aan

doen in intercollegiaal overleg met inbreng
van casussen, zoals hierboven besproken, te
bespreken hoe zij de centrale waarden van hun
professie invullen, zoals in dit geval de autono-
mie van de patiënt. Hoe ze daarbij rekening
houden met cultuur en kwetsbaarheid, want
vrouwen met een migratieachtergrond zijn
niet de enige groep, waarbij lastige vragen rond
autonomie zich voordoen. De ervaringen van
de huisartsen laten ook zien dat het zaak is als
huisarts met enige regelmaat na te denken over
hoe je wil omgaan met eventuele spanning tus-
sen je persoonlijke waarden, je professionele
waarden en die van je patiënt. Zulk waarden-
werk lijkt me overigens niet alleen goed voor
huisartsen, maar heilzaam voor ons allemaal.
Waardenwerk, op naar de volgende tien jaar!

*Sawitri Saharso is hoogleraar Burgerschap en Mo-
rele Diversiteit aan de Universiteit voor Humanis-
tiek te Utrecht.*

Literatuur

- Friedman, M. (2003). *Autonomy, gender, politics*.
Oxford University Press.
- Mackenzie, C. (2007), 'Relational autonomy, sexual jus-
tice and cultural pluralism' in Arneil, B., Deveaux,
M., Dhamoon, R., & Eisenberg, A. (Eds.). *Sexual
justice/cultural justice: Critical perspectives in po-
litical theory and practice*. Routledge, pp.103-121.
- OHCHR, U. (1995). Fact sheet No. 23, harmful tra-
ditional practices affecting the health of women
and children. August, para, 89.
- Saharso, S., & Dekker, C. (2021). Harmful cultural
practices in the consultation room: Dutch gene-
ral practitioners' views and experiences. *Health
care for women international*, 1-20.
- Van Bergen, D. D., van Balkom, A. J., Smit, J. H.,
& Saharso, S. (2012). 'I felt so hurt and lonely':
Suicidal behavior in South Asian-Surinamese,
Turkish, and Moroccan women in the Nether-
lands. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 69-86.
- World Health Organization. (2018). *Eliminating vir-
ginity testing: an interagency statement* (No.
WHO/RHR/18.15). World Health Organization.