

Antipathie of lastige patiënt: zijn er grenzen aan het geven van zorg?

Hulpverlener-patiënt relaties hebben al langere tijd de aandacht in onderzoek en onderwijs. Het betreft immers een afhankelijkheidsrelatie gepaard gaande met kwetsbaarheid. Het is niet eenvoudig om deze relatie optimaal vorm te geven. De patiënt dient zijn hulpvraag goed kenbaar te maken en de hulpverlener dient daarop een zorgvuldig antwoord te formuleren. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat van de hulpverlener een hoge mate van professionaliteit wordt verwacht in de relatie met de patiënt. Niet alleen moet de hulpverlener

voldoende expertise hebben binnen zijn of haar vakgebied, hij of zij moet ook respect tonen voor de patiënt en een zogenoemde adequate relatie aan kunnen gaan. Patiënten zijn echter niet altijd even gemakkelijk. Sommigen zijn niet helder in hun hulpvraag, anderen zijn te bescheiden of juist te dwingend. Dat vraagt van de hulpverlener een hoge mate aan tact, meegaandheid, creativiteit en flexibiliteit. Dat is een mooi ideaal, maar hoe werkt dat in de praktijk? In dit themanummer zijn we op zoek naar de beperkingen van de hulpverlener, vooral als het gaat om antipathie. Zijn er grenzen aan het geven van goede zorg?

Emanuel en Emanuel beschreven al in 1992 dat in een professionele relatie verschillende verhoudingen kunnen bestaan, maar ook dat het altijd een kwestie is van wederkerigheid, waarin de mate van zeggenschap, therapietrouw en wederzijdse verwachtingen kunnen verschillen.

In de zorgrelatie staat de zorg voor de patiënt centraal, maar dat wil niet zeggen dat de hulpverlener alleen plichten heeft ten aanzien van patiënten en het een kwestie is van 'u vraagt, wij draaien', of andersom: dat een patiënt te allen tijde het advies van zijn arts zou moeten opvolgen. Waar de grenzen liggen als het gaat om het geven van zorg, is niet altijd duidelijk. Tegenwoordig wordt veel gesproken over welke eisen er nu eigenlijk gesteld kunnen worden aan de compliance van patiënten. Mede in het licht van de toenemende kosten in de gezondheidszorg is het van belang te kijken welke zorg het meest effectief is. De patiënt lijkt steeds meer zorg te willen afdwingen, wat gepaard kan gaan met agressie. In ziekenhuizen wordt dit steeds vaker als probleem geduid. Is het zelfbeschikkingsrecht van patiënten te ver doorgevoerd? In deze context riep de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dan ook op tot een discussie over verantwoordelijkheden van patiënten in hun relatie tot de zorgverlener. De RVZ

stelt bijvoorbeeld dat in geval van overschrijding van algemene fatsoensnormen en ernstig wangedrag door de patiënt, de behandelrelatie moet kunnen worden opgezegd (RVZ, 2007).

Naast verantwoordelijkheden van patiënten, is het echter ook van belang om aandacht te vragen voor de rol van de hulpverlener als het gaat om het bewaken van grenzen. Emoties en gevoelens van de hulpverlener kunnen van invloed zijn op het therapeutisch handelen. Over empathie in de hulpverleningsrelatie is veel geschreven. Ook sympathie komt zo nu en dan aan de orde. Sex en erotiek tussen artsen/hulpverleners en patiënt worden alom afgekeurd: zowel in de ethische als in de juridische literatuur is daar vrij veel aandacht voor geweest. Maar hoe zit het met antipathie? Mag je patiënt vervelend vinden of je cliënt 'een zak'? En hoe daar mee om te gaan?

In dit themanummer besteden we aandacht aan de emotie van antipathie. Soms is het voor de hulpverlener moeilijk om nuchter en professioneel te reageren op antipathie die men ervaart ten aanzien van een concrete hulpvrager. Sommige patiënten kunnen het bloed onder de nagels vandaan halen. Onze indruk is dat dit onderwerp vaak onbesproken blijft. Het lijkt vooralsnog een taboe om toe te geven dat een patiënt irritatie of frustratie oproept. Dergelijke gevoelens mogen geen effect hebben op de professionele zorg. Maar het is irrealistisch een dergelijk verband te ontkennen. Ook hulpverleners kunnen radeloos worden in een bepaalde situatie en er (even) geen zin meer in hebben. Dit kan grote gevolgen hebben voor (de kwaliteit van) zorg en verdient dan ook meer aandacht dan het op dit moment krijgt.

Een voorbeeld is dat van een lichamenlijk en verstandelijk gehandicapte man, Henk, met niet aangeboren hersenletsel, die met hulp van de thuiszorg zelfstandig woont. Henk is moeilijk in de omgang. Elke thuiszorgmedewerker krijgt de wind van voren. Vrouwelijke hulpverleners worden voortdurend lastig gevallen met seksueel getinte opmerkingen en indien het hem lukt, ongewenst betast. Met gevolg dat geen van de vrouwelijke thuiszorgmedewerkers nog bij de man over de vloer wil komen. De mannelijke medewerkers worden door de man echter voortdurend beschuldigd van diefstal en mishandeling. In een dergelijke situatie is het erg zwaar voor hulpverleners om de zorg te verlenen die nodig is. De zorg loopt vast, omdat men niet weet hoe een goede zorgrelatie op te bouwen. Irritaties lopen op en het is duidelijk dat geen van de thuiszorgmedewerkers met enthousiasme zorg aan deze man verleent. Het is

moelijk om er alert op te blijven of de man nog steeds voldoende zorg krijgt, en om medewerkers te motiveren om ondanks het moeilijke gedrag van de patiënt, voldoende zorg te leveren. Hoewel het wellicht niet als professioneel wordt beschouwd, heeft de door hulpverleners ervaren weerstand een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg.

In dit themanummer beargumenteren Andrea Ruissen en Willem van Tilburg dat het gevoel van antipathie niet iets is waar men zich als hulpverlener voor hoeft te schamen. Integendeel, gevoelens van antipathie zijn een bron van informatie. Door negatieve gevoelens te onderkennen, kan de hulpverlener daaruit conclusies trekken en de hulpverlener-patiënt relatie proberen te verbeteren. Hoewel een dergelijke werkwijze in de praktijk van de psychiatrie gebruikelijk is, laat dit artikel zien dat die ook in andere hulpverleningssituaties uitkomst kan bieden. Arko Oderwald beschrijft dat in de literatuur het onderwerp antipathie en moeilijke patiënten veel aandacht krijgt. In de romanliteratuur wordt volop aandacht besteed aan vervelende patiënten, patiënten die irriteren en/of onbehagen oproepen. De romanschrijvers zijn zelf meestal artsen en doen daarmee een boekje open over de praktijk van de geneeskunde. Gert van Dijk laat zien dat in de praktijk 'moeilijke patiënten', die niet of onvoldoende meewerken aan een behandeling, een moreel dilemma oproepen over de vraag wanneer het gerechtvaardigd is voor hulpverleners om de zorg neerwaarts bij te stellen. Hij beschrijft daarbij de praktijk van vruchtbaarheidsbehandelingen bij obese vrouwen. Hoewel het niet willen meewerken aan programma's om af te vallen irritaties of antipathie kan oproepen, pleit Van Dijk ervoor dat de medische zinvolheid van een behandeling het centrale criterium moet zijn. Antipathie mag geen reden zijn om een patiënt een medische behandeling te ontzeggen.

Desondanks blijft de vraag hoe om te gaan met antipathie prangend. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de column van Theo Niessen en Josje Witkamp. Er zijn grenzen aan het beantwoorden van hulpvragen van patiënten door hulpverleners. Om dat zorgvuldig te kunnen afwegen, is een open deliberatieve dialoog ideaal. In de rubriek Gast aan het woord geeft Rien Meijerink, voorzitter van de RVZ, aan het debat, over waar de grenzen aan de zorg liggen, te willen stimuleren. Hij pleit voor meer eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt. Hoewel antipathie op kan komen indien een patiënt onvoldoende meewerkt aan een behandeling, gaat het hem vooral om aandacht te vragen voor solidariteitsvraagstukken in de zorg. De schaarse middelen moeten eerlijk worden verdeeld.

Dit themanummer laat zien dat antipathie bij hulpverleners aanwezig is, maar nog te weinig aandacht krijgt om er gebruik van te kunnen maken (Ruissen & Van Tilburg) of niet zonder meer als reden mag gelden om de zorgrelatie te beëindigen (Oderwald; Van Dijk). Dat de emotie van antipathie complex is, wordt onder meer belicht in de casusbespreking in dit nummer. Hoe ver de zorgplicht van de hulpverlener gaat blijft onderwerp van discussie.

Elleke Landeweer en Andrea Ruissen

Referenties

- Emanuel EJ & Emanuel LL, Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267: 2221-2226.
- RVZ, Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt. Signalementen. Den Haag: RVZ, 2007.

Rectificatie

In de rubriek Leestafel in de vorige TGE, 20:4 (2010), staat bij de bespreking van het boek van M. Huyjer en M. Smits op blz. 127 de naam van Klaartje Klaver als auteur vermeld. Dit is niet correct: de auteur is Yrrah Stol.

In hetzelfde nummer staat op de binnenzijde van de achterkant, bij de bespreking van het boek van C. den Draak en W. Smeets, wederom de naam van Klaartje Klaver vermeld. Ook dit is niet correct: de auteur is Paul van der Ven.

Onze excuses aan de auteurs hiervoor!