

# Eisend gedrag en agressie van zorgvragers

hoofdstuk 2 uit het rapport Signalering Ethiek en Gezondheid 2003

*drs. E.J. van der Jagt*

Plein van de Verenigde Naties 21

2719 EG Zoetermeer

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

**Tel** 079 – 368 73 11

**Fax** 079 – 362 14 87

**E-mail** [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)

**URL** [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

## 2.1 Inleiding

Uit de praktijk van de gezondheidszorg komen signalen dat eisend gedrag van zorgvragers is toegenomen. In sommige gevallen uit zich dat in agressie en wangedrag waar hulpverleners en andere patiënten ernstig onder kunnen lijden. In de meeste sectoren van de zorg- en hulpverlening wordt echter vooral een veranderde houding van patiënten/cliënten opgemerkt: die zijn mondiger geworden. Ze accepteren niet langer zonder meer de autoriteit van de hulpverlener en onderwerpen wat hen aan zorg geboden wordt vaker aan een kritische toetsing. Dit geldt overigens niet voor alle categorieën patiënten even sterk.

Dit fenomeen houdt gelijke tred met het feit dat ook op andere maatschappelijke terreinen (onderwijs, zakelijke dienstverlening, de openbare orde) meer gewelddadige incidenten voorkomen, en de houding van de burger meer eisend is (Driessen en Middelhoven, 2002; Jurgens, 2003). Over de incidentie van agressie en eisend gedrag in de zorg bestaat nog niet veel betrouwbaar onderzoeksmateriaal. Wel hebben veel zorgverleners ervaringen met het onderwerp, en hebben met name incidenten met agressie een grote impact op hen.

Dat blijft niet zonder gevolgen. Een eisende houding van patiënten wordt in onderzoeken naar burn-out bij zorgverleners vaak genoemd als belangrijke factor (Schaufeli, et al., 2000). Motivatie en plezier in het werk nemen af. Voor huisartsen scoort eisend gedrag bijvoorbeeld hoog in de top-tien van factoren die grote werkdruk veroorzaken.

Ook wordt het moeilijker bepaalde vacatures gevuld te krijgen. Huisartsen vinden niet gemakkelijk opvolgers voor hun praktijk, met name in de grote steden. Vooral in probleemwijken komt eisend, soms gewelddadig gedrag regelmatig voor, en zijn artsen veel bezig met conflicthantering. Een persoonlijke band met de patiënten is er vaak niet. Dit draagt zeker bij aan het feit dat maar acht procent van de pas afgestudeerde huisartsen zich in de grote stad wil vestigen, terwijl bijna veertig procent op het platteland wil werken (Van der Velden, et al., 2003).

Er zijn dus signalen dat eisend gedrag en agressie toenemen. De gevolgen hiervan doen zich al voelen. Maar wat zijn nu precies de ervaringen in de verschillende sectoren? En wat zijn de ethische implicaties van deze trend? In paragraaf 2.2 wordt eerst aangegeven welke soorten eisend gedrag onderscheiden kunnen worden, en welke ervaringen zorgverleners daarmee hebben. Paragraaf 2.3 gaat over de oorzaken van de toename. In paragraaf 2.4 wordt nagegaan tot welke ethische dilemma's dit aanleiding geeft. Paragraaf 2.5 sluit af met een overzicht van de beleidsimplicaties.

## 2.2 Ervaringen met eisend gedrag

In de praktijk van de gezondheidszorg komt een heel scala aan gedrag voor dat als 'eisend' omschreven kan worden. Het gaat daarbij steeds om de manier waarop een - al dan niet terechte - zorgvraag naar voren wordt gebracht. Hier worden drie begrippen gehanteerd voor vormen van eisend gedrag die zich op verschillende plaatsen in het spectrum bevinden: consumentisme, claimend gedrag en agressie. Van die drie liggen consumentisme en claimend gedrag het dichtst bij elkaar. Zij worden dan ook in samenhang besproken.

De drie vormen van eisend gedrag worden eerst kort getypeerd. Maar daar kan het niet bij blijven, want wat voor de ene zorgverlener een kritische, maar meewerkende patiënt is, is in de ogen van de andere een eisende patiënt. Dat verschil heeft te maken met de visie op het vak, de attitude en communicatieve vaardigheden als ook stressbestendigheid. Deze subjectiviteit maakt het beschrijven van trends in het gedrag van patiënten lastig. Praktijkvoorbeelden geven dus onmisbaar inzicht in hoe zorgverleners dit gedrag waarnemen en beleven.

### Consumentisme en claimend gedrag

Onder *consumentisme* van zorgvragers wordt verstaan het gedrag waaruit blijkt dat de zorgvrager zorg als een product ziet waarvoor hij betaald heeft en waaraan hij dus kwaliteits- en leveringseisen kan stellen. De zorgvrager heeft een houding van 'de klant is koning' en verwacht bij de zorgverlener de reactie 'u vraagt, wij draaien'. Cramer (2002) stelt dat de patiënt als consument wordt geassocieerd met verzakelijking van de arts-patiëntrelatie.

*Claimend gedrag* is te omschrijven als gedrag waarmee de zorgvrager aangeeft dat hij meent recht te hebben op een bepaalde zorgactiviteit. Het begrip 'claimend gedrag' dient hier niet in juridische zin te worden opgevat, maar als dwingend, eisend optreden.

De meeste *huisartsen* kennen wel 'eisende patiënten'. Bijvoorbeeld de patiënt die vrijdagmiddag half zes belt: het kind heeft sinds gisteravond koorts, maar morgen gaan we op wintersport, dus of de dokter maar even wil langskomen? Of de ouder die al na twee dagen koorts van een kind een antibioticumkuur eist.

Ook *medisch specialisten* herkennen het beeld van 'ongeduldige patiënten', van patiënten die niet gerust te stellen zijn of van patiënten die ontevreden zijn over de geboden zorg. Ook zij hebben te maken met eisen: bijvoorbeeld van een echtpaar dat ook na drie mislukte pogingen verdere IVF-behandelingen wenst. Dat huisartsen en medisch specialisten met eisend gedrag te maken hebben, blijkt ook wel uit de aandacht daarvoor in de nascholing, trainingen en congressen die beroepsorganisaties organiseren.

Van consumentisme en claimend gedrag in *ziekenhuizen* is sprake wanneer bijvoorbeeld om een langer verblijf of een niet-noodzakelijke opname wordt verzocht. Soms is het een legitiem verzoek, maar wordt dat gebracht op een manier die ave-rechts werkt.

“Het is niet leuk meer”, verzucht een manager van een verpleegafdeling, “de vraag naar verblijf op onze afdeling wordt steeds groter maar wij hebben geen plek. Hoe leggen we uit aan de familie, dat hun dementerende en alleenwonende moeder toch naar huis moet om te revalideren van haar heupoperatie, terwijl de kinderen drukke gezinnen en banen hebben? Er zijn mensen die zes keer per dag naar de afdeling bellen om te vragen of ik al een oplossing heb, om ons te pesten denk ik dan. Die tijd en energie gaat ten koste van onze patiënten, het geeft veel spanning onder het personeel”.

In de *thuiszorg* merken zorgverleners dat mensen hulp verwachten in situaties die naar hun mening onvoldoende reden vormen voor de toewijzing daarvan. Een voorbeeld is een gezin waar de moeder is overleden en de vader met twee pubers achterblijft. Ter overbrugging van de periode na het overlijden worden drie dagdelen hulp geboden. Maar als de thuiszorginstelling na drie maanden de hulp wil afbouwen, met als argument dat de kinderen en de vader zelf verantwoordelijk zijn voor het huishouden, stuit dat op veel bezwaren bij de cliënt.

Toch is het beeld niet alleen negatief. Verpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers en paramedici ervaren consumentisme en eisend gedrag als een minder urgent probleem dan huisartsen.

### **Agressie**

*Agressief gedrag* is gedrag waarin de zorgvrager met verbale of fysieke intimidatie tracht de zorgvrager iets te laten doen of zeggen wat deze eigenlijk niet wil of kan doen, en waarmee de integriteit en de veiligheid van de zorgverlener en eventuele anderen wordt geschaad. Onder agressie wordt verstaan schelden; duwen en verwonden; vandalisme; seksuele intimidatie; pesten en discriminatie.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen drie typen agressie. Emotionele agressie komt voort uit spanning en frustratie, en kan tot op zekere hoogte een begrijpelijke reactie zijn op een situatie. Instrumentele agressie wordt bewust ingezet om een bepaald doel te bereiken. Dit kan passen bij een bepaalde leefstijl of opvattingen; geweld wordt gezien als een (normaal) middel om iets te bereiken. Tenslotte kan nog pathologische agressie worden onderscheiden, die weinig te maken heeft met een feitelijke zorgvraag. Dronkenschap, druggebruik en psychiatrische aandoeningen kunnen hiervan de oorzaak zijn.

*Huisartsen* hebben te maken met een toename in agressief gedrag van patiënten. Wanneer in nascholing wordt gesproken over agressie blijkt dat verbale intimidaties in alle praktijken voorkomen. Meestal zijn het de assistentes aan de balie of aan de telefoon die met agressieve uitlatingen te maken krijgen. Daarin zijn alle gradaties mogelijk: van irritante vasthoudendheid van de patiënt aan een verzoek tot aan dreiging met geweld (“wacht maar, anders kom ik wel even langs met een paar maten...”).

Veel huisartspraktijken hebben wel eens met een geval van fysiek geweld te maken gehad: de patiënt die de assistente of de arts het mes op de keel zet of een vuistslag toedient. In achterstandswijken komt dit zelfs regelmatig (soms wekelijks) voor. Met name in de zuidelijke provincies en in stedelijke gebieden krijgen huisartsen vaker met agressie te maken dan in de noordelijke provincies (Van der Jagt, et al., 1999).

Vijfenzeventig procent van de huisartsen geeft aan wel eens met agressie te maken te hebben (Bartels, 1996). 20-30% zegt het afgelopen jaar serieus te zijn bedreigd, 10% heeft fysiek geweld meegemaakt (Driessen en Middelhoven, 2002). In sommige praktijken zijn alarminstallaties bevestigd onder de bureaus, zodat in geval van fysiek geweld snel hulp kan worden ingeroepen. Ook zijn er tips verstrekt aan artsen over de inrichting van de ruimtes: een vrije vluchtweg naar de deur en zorgen dat je altijd eerder dan de patiënt het pand kunt verlaten, in geval van nood.

*Doktersposten*, die dag en nacht toegankelijk zijn, zijn extra kwetsbaar. Agressieve patiënten ‘rouleren’ niet langer tussen praktijken, zoals gebeurde toen artsen nog met elkaar diensten regelden. Bovendien is de dienstdoende arts een onbekende, wat de drempel tot agressief gedrag verlaagt. De meeste doktersposten zijn nog niet uitgerust met beveiligingsinstallaties.

In *ziekenhuizen* is een toename van het aantal incidenten met agressie geconstateerd (Bureau Terpstra, 2003). Tachtig procent van de Nederlandse ziekenhuizen zegt te maken te hebben met agressie. Vooral op de spoedeisende hulp, bij de portier, aan de balie en op de psychiatrische afdeling zorgt een groeiend aantal gewelddadige patiënten en bezoekers ervoor dat medewerkers zich steeds onveilig voelen. Dit veroorzaakt grote psychische druk.

Voor de ‘heftige’ incidenten lijken vaker voor te komen. Negentig procent van de artsen en verpleegkundigen ondervindt psychisch en fysiek geweld; achtenzeventig procent heeft ervaring met ongewenste intimiteiten (Arbokenniscentrum Zorg en Welzijn, 2003). “Vroeger had je eens in de drie maanden een steek- of schietpartij. Nu is het wekelijks kost. Vooral in de weekeinden. Het haalt niet eens de kranten meer. Geweld is tegenwoordig gewoon geworden”, zegt een ambulanceverpleegkundige in NRC Handelsblad (Visser, 2003). De incidenten komen meestal voort uit boosheid over de lange wachttijden, waarin ernstiger spoedgevallen voorgaan boven minder levensbedreigende situaties. De meeste incidenten doen zich voor zaterdagavond als gevolg van alcoholmisbruik.

De EHBO van het ziekenhuis in Helmond heeft als een van de eerste een videobeveiliging geïnstalleerd. En in het project ‘Veilige zorg’, ontwikkeld in het Westfries Gasthuis in Hoorn, worden maatregelen ontwikkeld en uitgevoerd om het aantal incidenten met 15% te laten dalen.

“Patiënten of bezoekers die het ziekenhuispersoneel bedreigen, krijgen een gele kaart. Wanneer ze geweld gebruiken krijgen ze een rode kaart. Agressievelingen kan een halfjaar de toegang tot het gebouw worden ontzegd, en daarmee dus ook medische hulp. Alleen wanneer het spoedeisende of psychiatrische hulp betreft, dan helpt het ziekenhuis de patiënt met de kaart wel, maar deze blijft onder bewaking en dient te vertrekken zodra de toestand niet meer urgent is. Inmiddels zijn in Hoorn vier gele en drie rode kaarten uitgedeeld, en daar lijkt een behoorlijk afschrikwekkende werking vanuit te gaan.” (Bureau Terpstra, 2003).

Over de situatie in de thuiszorg bestaan tegenstrijdige gegevens. Het Instituut Werk en Stress constateerde dat er in vergelijking met 1999 minder onvriendelijk gedrag voorkomt: slechts 2% van de medewerkers ervaart regelmatig onvriendelijk gedrag. Er is veel geïnvesteerd in de werkomstandigheden, energiebronnen en werkstressoren. Daardoor is de tevredenheid van cliënten groter geworden en is de werkdruk lager (Instituut Werk en Stress, 2002). Tegelijkertijd bleek uit een medewerkersenquête van de Thuiszorg Noord-Limburg dat medewerkers in toenemende mate

worden geconfronteerd met ongewenste intimiteiten en agressie. Ander onderzoek meldt dat 65% van de thuiszorgmedewerkers ervaring had met geweld of agressie in het afgelopen half jaar (Van der Kemp en Hollander, 2003). Het vermoeden is dat deze ervaringen niet zo makkelijk aan het licht komen, omdat medewerkers er geen melding van (durven) maken, terwijl het wel een probleem vormt.

### **Waarover gaan eisen?**

Eisend gedrag komt dus in verschillende vormen voor, en in verschillende mate, al naar gelang de sector. Maar waarop hebben de eisen, dreigementen of agressieve daden eigenlijk betrekking? Het blijkt daarbij om drie thema's te gaan: de toegankelijkheid van de hulp, de keuzemogelijkheden en de kwaliteit van de informatie.

Wat betreft de toegankelijkheid zijn de eisen die patiënten stellen in de afgelopen jaren wat verschoven. Ging het eind negentiger jaren vooral om het eisen van verwijzingen naar een specialist of paramedicus, momenteel gaat het vaker om bekorting van wachttijden voor onderzoek of behandeling. Aan de verwachtingen van patiënten om snel en adequaat behandeld te worden wordt, naar de mening van de NPCF, onvoldoende voldaan.

Patiënten verwachten toegankelijke hulp. Daarmee zijn zorgverleners het over het algemeen wel eens, zij het dat over de wijze waarop die hulp wordt verleend wel verschil van inzicht bestaat. Tweederde van de patiënten wil, zo blijkt uit recent onderzoek (Delnoij, et al., 2003), directe toegang tot de Spoedeisende Hulp, terwijl slechts 10% van de artsen daar de voorkeur aan geeft.

Patiënten verwachten tevens goede informatie, over de behandeling én over praktische zaken als wachttijden. Over de kwaliteit en kwantiteit van zowel de benodigde als de verstrekte informatie verschillen zorgverleners en patiënten van mening. Uit onderzoek van de NPCF blijkt dat aard en omvang van de verstrekte informatie per locatie sterk wisselen en dat informatieverstrekking nog een erg willekeurig karakter heeft.

Ook over de vraag waar de grenzen liggen aan de keuzemogelijkheden van de patiënt kunnen de opvattingen uiteenlopen. Er bestaan discrepanties tussen opvattingen van artsen en patiënten over wat indicaties zijn voor een spoedbehandeling, en op welke basis medische verklaringen worden afgegeven, of onderzoek, verwijzing en behandeling worden geïndiceerd.

Over de grenzen aan de zorg bestaan ook meningsverschillen. Geeft een arts een uitbehandelde kankerpatiënt toch de kostbare taxolkuur als zij die zelf betaalt? Mag een vrouw voor de tiende keer een abortus ondergaan en moet je haar dan toch de gebruikelijke anticonceptievoorlichting geven?

## **2.3 Oorzaken en achtergronden**

Wat zijn de oorzaken en achtergronden van claimend en agressief gedrag? Specifieke oorzaken liggen zowel bij zorgvragers als bij zorgverleners. Beide groepen hebben te maken met ontwikkelingen in de gezondheidszorg die het soms lastig maken adequaat met elkaar te communiceren. En die ontwikkelingen zijn op hun beurt weer ingebed in maatschappelijke trends.

### **Zorgvragers**

De houding van zorgvragers is veranderd. Waren zij in de jaren na de Tweede Wereldoorlog nog geneigd tot het innemen van een bescheiden plek aan de overkant van het bureau van de zorgverlener, aan het begin van de 21<sup>e</sup> eeuw zijn zij veelal mondige, kritische zorgconsumenten geworden.

Het informatieniveau is echter erg ongelijk tussen zorgvragers. Patiëntenvoorlichting in folders en op het internet bereikt nog steeds slechts een kleine groep zorgvragers. De geringe transparantie van veel zorgverlening en de onmogelijkheid om prestaties te kunnen beoordelen, maakt het voor de zorgvrager lastig om te beoordelen waar kwaliteit te verwachten valt en met welke factoren (wachtijd, behandelcriteria, interdoktervariatie, e.d.) hij rekening dient te houden. Sommige patiënten hebben irreële verwachtingen van wat hun arts vermag, en realiseren zich onvoldoende dat de arts professionele standaarden hanteert. Dit alles kan leiden tot frustraties.

De nieuwe rol van de zorgvrager vergt veel van diens communicatieve vermogens. Voor sommige zorgvragers is het moeilijk hun vragen op duidelijke en redelijke wijze te verwoorden, of om met de zorgverlener te overleggen en te onderhandelen.

### **Zorgverleners**

Om goed om te kunnen gaan met de toegenomen mondigheid van zorgvragers hebben zorgverleners verschillende communicatievaardigheden nodig: vraag- en probleemverheldering, overdragen van informatie, omgaan met emoties, met fouten en klachten en conflicthantering. Ondanks de in de opleidingscurricula toegenomen aandacht voor deze aspecten is het vaardigheidsniveau echter nog niet optimaal.

De zorgverlening is in de afgelopen decennia onderhevig geweest aan standaardisering, vertechnisering en juridisering. Een veelgehoorde klacht onder zorgverleners is dat hierdoor de administratieve taken dusdanig zijn toegenomen, dat er weinig tijd overblijft voor het daadwerkelijke contact en de communicatie met de patiënt.

Daarnaast weerhoudt de hoge werkdruk zorgverleners van reflectie op hun eigen houding en hun eigen gedrag tegenover zorgvragers. Veel zorgverleners hebben tegenstrijdige denkbeelden over de omgang met zorgvragers. Enerzijds zijn zij door de in hun opleiding aangeboden rolmodellen geneigd autoritair op te treden en een volgzaam houding van de zorgvrager te verwachten. Anderzijds is er de angst té paternalistisch op te treden en vrezen zij weerstand en afwijzing van de zorgvrager.

Een ander probleem is dat zorgverleners en zorgorganisaties veelal onduidelijk en niet transparant zijn over wat zij te bieden hebben en wat niet. Zorgvragers weten dan ook niet altijd goed wat zij kunnen verwachten op het gebied van bereikbaarheid, behandeling en andere zorgactiviteiten. Irreële verwachtingen, en daardoor frustraties, kunnen daarvan het gevolg zijn. Goed verwachtingenmanagement is dus van essentieel belang.

Verwachtingenmanagement betekent: een heldere omschrijving van het zorgaanbod, duidelijk aangeven van grenzen aan wat mogelijk is, en goede communicatie hierover door zorgverleners, zodat zorgvragers hier in hun verwachtingen ten aanzien van de zorg rekening mee kunnen houden.
---

Een volgend punt heeft te maken met de professionaliteit en professionele grenzen van de zorgverlener. Het primaat van de vraaggerichte zorg verdraagt zich niet altijd met de professionele autonomie van de arts. Wensen van patiënten kunnen strijdig zijn met professionele richtlijnen of afspraken waardoor zorgverleners niet altijd aan de vraag van de patiënt kunnen voldoen. Dit hangt ook samen met de economisering van de zorg, waardoor diensten 'producten' zijn geworden en patiënten 'klanten' als in een supermarkt. Wanneer de zorgvrager zich opstelt als consument brengt dat verwarring teweeg bij de zorgverlener. Deze ziet zorg niet als economisch ruilgoed, en beschouwt het niet als een 'product' waar de burger recht op kan doen gelden.

### **Maatschappelijke context**

De trends die bij zorgvragers en zorgverleners te zien zijn, passen uiteraard in een maatschappelijke context. Consumentisme is een verschijnsel dat zich niet beperkt tot de gezondheidszorg. Maar de trend lijkt juist in die sector soms zelfs nog gestimuleerd te worden.

De keuzemogelijkheden in het samenstellen van een op maat gesneden pakket aan zorgvoorzieningen maken het bijvoorbeeld mogelijk te selecteren op basis van individuele wensen. Is het denkbaar dat de boodschap van zorgverzekeraars, dat men als zorgconsument veel kan bepalen, de burger versterkt in de opvatting dat gezondheidszorg een product is? Een product waarmee optimaal welzijn en welbevinden voor een zo laag mogelijke prijs te creëren valt, als je het maar goed uitzoekt? Ook het overheidsbeleid legt nadruk op vraagsturing. Mogelijk ontstaat daardoor gaandeweg het beeld dat de klant koning is.

De toename van agressie, geweld en criminaliteit is eveneens een maatschappelijke trend. Opkomen voor je belang met gebruik van drukmiddelen is voor velen iets gewoons. In het maatschappelijk verkeer, zo ook bijvoorbeeld in het verkeer op straat, komt meer en vaker agressief gedrag van burgers voor. De belangrijkste oorzaken daarvan zijn de individualisering van de samenleving en de verzakelijking van de maatschappelijke instituties. Het gebruik van verbaal en fysiek geweld wordt dagelijks via de media (film, televisie) aan burgers getoond alsof het een normale manier van belangenbehartiging en behoeftebevrediging is. Ook dit heeft zijn weerslag op het gedrag van zorgvragers en zorgverleners.

## **2.4 Morele dilemma's**

In de voorgaande paragrafen is een beeld van de huidige situatie geschetst en zijn oorzaken daarvoor gegeven. Welke morele vragen en dilemma's roept de beschreven situatie nu op?

### **Risico's van maatregelen tegen agressie**

Agressie en het gebruik van geweld door zorgvragers moet worden onderscheiden van claimend gedrag. Agressief gedrag van zorgvragers tegenover zorgverleners of derden is uiteraard verkeerd en ongewenst. Het kan schade veroorzaken aan degene tegen wie de agressie gericht is, maar ook de zorg voor andere patiënten in het gedrang brengen. Het is daarom niet te tolereren.

Maatregelen gericht tegen agressief gedrag, of bedoeld om zulk gedrag te voorkomen of te controleren, kunnen echter hun eigen morele vragen oproepen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer ze de privacy van patiënten aantasten (denk aan cameratoezicht op de eerste hulp), maar ook wanneer ze de privacy van de agressieve zorgvrager zelf aantasten (denk aan registratiesystemen). Ook bestaat het

risico dat zorgvragers die bijvoorbeeld middels registratie of 'rode kaarten' bekend komen te staan als 'lastige klanten', niet meer gehoord worden wanneer er echt iets aan de hand is en aldus onvoldoende zorg krijgen. Ook dreigt gevaar van stigmatisering.

### **Wat zijn de grenzen van de zorgplicht?**

Wanneer door agressief gedrag de zorg voor de zorgvrager zélf in het gedrang komt, ontstaat een probleem. De zorgplicht van zorgverleners botst in zulke gevallen met de veiligheid en belangen van zorgverleners en andere patiënten. Mag medische zorg aan agressieve zorgvragers onthouden worden?

Juridisch gezien is het in sommige omstandigheden mogelijk voor de zorgverlener om de geneeskundige behandelingsovereenkomst eenzijdig op te zeggen. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) noemt hiervoor als criterium 'gewichtige redenen'. Blijkens recente jurisprudentie wordt dit strikt geïnterpreteerd en worden aan het opzeggen van de behandelovereenkomst strenge eisen gesteld (Kastelein, 2002). Zo moet een redelijke termijn in acht worden genomen en moeten er alternatieven worden geboden.

Moreel gezien moet een patiënt die zorg nodig heeft, zoveel mogelijk geholpen worden. Noodzakelijke medische behandelingen mogen niet zomaar worden onthouden, ook al stelt de zorgvrager zich agressief op. Naarmate de aandoening waaraan de agressieve zorgvrager lijdt ernstiger en acuter is, is onthouden van zorg minder te verantwoorden. Voor niet-levensbedreigende aandoeningen is het niet verlenen van zorg beter te verantwoorden. Het dilemma voor de zorgverlener is of hij zijn eigen belangen (gezondheid, veiligheid e.d.) en die van andere betrokkenen in de waagschaal moet stellen om toch de hulp te kunnen geven die nodig is.

Het maakt ook uit of de agressiviteit voortkomt uit bewust en intentioneel gedrag, uit dronkenschap of druggebruik, uit emoties als angst, onzekerheid en frustratie, of uit een psychiatrische aandoening. De verantwoordelijkheid van de zorgvrager voor zijn agressieve gedrag ligt in deze situaties verschillend. Naarmate de zorgvrager er minder aan kan doen dat hij zijn eigen zorg bemoeilijkt (bijvoorbeeld een agressieve psychotische patiënt) lijkt het onthouden van zorg minder makkelijk te verantwoorden.

### **Tekorten in de zorg als oorzaak van 'eisend gedrag'**

De manier waarop een zorgvraag wordt verwoord moet worden onderscheiden van de inhoud van die zorgvraag. Ook een claim die op agressieve wijze naar voren wordt gebracht, kan op zichzelf qua inhoud gerechtvaardigd zijn. Het maakt dan ook uit of de zorgvraag zelf redelijk is, en of het agressieve gedrag tot op zekere hoogte te begrijpen is. In een aantal gevallen is het agressieve gedrag weliswaar laakbaar, maar zijn de achterliggende vragen en frustraties terecht. Dat urenlang moeten wachten op een EHBO zonder nadere uitleg of informatie tot agressie leidt, is niet alleen de 'agressieve zorgvragers' te verwijten.

Een onderliggend probleem dat hier duidelijk wordt, is dat eisend gedrag en agressie ook zijn toe te schrijven aan tekorten in de zorg. Waar dat het geval is, is het uiteraard onredelijk om uitsluitend de zorgvrager en diens gedrag te veroordelen.

- Capaciteitsproblemen: er is sprake van capaciteitsproblemen, waardoor zorgvragers niet altijd krijgen waar zij terecht om vragen. Wachtlijsten, wachttijden, slechte organisatie, personeelstekorten en gebrek aan tijd voor goede informatie



en uitleg aan zorgvragers zijn hiervan voorbeelden. Zorgverleners lijken steeds meer aan dit soort tekorten te wennen en zich er bij neer te leggen.

- Tekort vaardigheden zorgverleners: er ligt ook een probleem op het gebied van vaardigheden van zorgverleners. Het inlevingsvermogen van zorgverleners schatten zichzelf bijvoorbeeld veel hoger in dan zorgvragers dat doen (Delnoij, et al., 2003) en vaardigheden in het omgaan met lastige klanten, in onderhandelen, in grenzen stellen en in conflicthantering zijn niet altijd even goed ontwikkeld. Dringende wensen van goed geïnformeerde patiënten kunnen als lastig en bedreigend worden ervaren, maar kunnen evengoed wijzen op onvoldoende kwaliteit van hulpverlening.

### **Onderscheid tussen terechte en onterechte eisen**

Het onderscheid tussen terechte en onterechte zorgvragen is niet altijd even gemakkelijk te maken. Wat de een beschouwt als een terechte vraag, is volgens de ander verward gezeur. Een belangrijke normatieve vraag is dan ook hoe en door wie er wordt bepaald welke claims gerechtvaardigd zijn en welke niet. Gelden hiervoor de professionele standaarden van de betreffende beroepsgroep, de grenzen van het verzekeringspakket of de normen voor 'goed patiëntschap'?

Een achterliggend probleem hierbij is dat er over sommige voorzieningen, zorg, hulp of behandelingen geen overeenstemming bestaat of ze wel nodig zijn en of de zorgvrager er wel 'recht' op heeft. Daarbij spelen drie vragen een rol:

- De vraag of een bepaalde vorm van zorg of behandeling voor een bepaalde individuele patiënt wel goed is. De professionele visie van de zorgverlener en de eigen visie van de zorgvrager kunnen hier botsen. Juridisch gezien kan van een zorgverlener niet worden verwacht dat hij tegen de eigen professionele standaarden in handelt, maar binnen een behandelrelatie kunnen er redenen zijn toch op de vraag van een patiënt in te gaan (Willems en Veldhuis, 2002). De professionele autonomie van de zorgverlener komt hier wel onder druk te staan.
- De vraag of we bereid zijn een bepaalde vorm van zorg of behandeling uit collectieve middelen te betalen. Voor sommige vormen van zorg of behandeling geldt wellicht dat de vraag ernaar op zich gerechtvaardigd is, maar de vraag naar collectieve financiering niet. Zo staat het iedereen vrij een jaarlijkse medische 'check-up' te laten verrichten, maar is het de vraag of dit uit collectieve middelen gefinancierd moet worden. Tegelijkertijd is het de vraag of alle zorg waarvoor een zorgvrager bereid is zelf te betalen ook altijd daadwerkelijk gegeven moet worden.
- De vraag of een bepaalde vorm van zorg of behandeling wel in overeenstemming is met maatschappelijke normen. Professionele standaarden en medische criteria geven niet altijd uitputtend aan wat wel of niet gepaste zorg is. Binnen de voortplantingsgeneeskunde spelen bijvoorbeeld ook vaak minder duidelijk omschreven en minder eenduidige maatschappelijke normen een rol bij beantwoording van de vraag op welke zorg men 'recht' heeft.

Meer duidelijkheid over wat op welke gronden als terechte zorgvraag geldt, is gewenst. Dit is ook nodig, om het zogenoemde 'verwachtingenmanagement' te verbeteren. Pas als helder is wat de zorg te bieden heeft en wat niet, kan dit ook aan zorgvragers duidelijk gemaakt worden, en hebben zorgvragers de kans hierover een eigen standpunt te bepalen. Dit geldt zowel op micro-, meso- als op macroniveau.

### **Risico van tweedeling**

Een ander moreel probleem, dat samenhangt met claimend en eisend gedrag van zorgvragers, is dat het gevolgen kan hebben voor de rechtvaardige verdeling van

zorg. De groep ‘ouderwetse, volgzame patiënten’ - veelal te vinden onder ouderen, allochtonen en laag opgeleiden - dreigt meer problemen te ondervinden van wachtlijsten en andere blokkades voor toegang tot zorg dan de groep mondige en assertieve patiënten.

Wanneer diegenen die goed voor zichzelf op kunnen komen eerder of beter geholpen worden dan diegenen die dat niet kunnen, is dat in strijd met de heersende opvattingen over verdelende rechtvaardigheid. Zorg is niet iets dat wordt verdeeld op grond van verdienste of capaciteiten van de zorgvrager, maar op grond van behoefte. Een dreigende tweedeling tussen de ‘mondige’ en de ‘onmondige’ zorgvragers is dan ook moreel problematisch.

### **Rol van zorgvrager onduidelijk**

Tenslotte zijn opvattingen over de morele verantwoordelijkheden van de patiënt, of over ‘goed patiëntschap’ in beleid, recht en ethiek nog weinig uitgewerkt. Wat voor opstelling of gedrag kan van zorgvragers verwacht worden? Volgens Van Wijmen vereist goed patiëntschap verantwoordelijkheid, een gezonde leefstijl, preventieve maatregelen, informatie geven aan de zorgverlener, meebeslissen, meewerken en een persoonlijk leerproces aangaan (Van Wijmen, 2003). Volgens Draper en Sorell (2002) kan op grond van algemene morele normen van patiënten verwacht worden dat zij hulpverleners respectvol bejegenen, dat zij zorg dragen voor hun eigen gezondheid, dat zij niet nodeloos of buitensporig gebruik maken van voorzieningen en dat zij luisteren naar de adviezen die zij in antwoord op hun hulpvraag krijgen.

## **2.5 Implicaties voor de ethische beleidsagenda**

Toenemende agressie tegen zorgverleners, en eisend en claimend gedrag van zorgvragers, zijn problemen die in de praktijk van de zorg breed worden herkend. Zij veroorzaken onrust, werkstress en soms fysieke of psychische schade bij zorgverleners en derden. Ook veroorzaken de verschuivingen in de verhouding tussen zorgvrager en zorgverlener aan beide kanten onzekerheid ten aanzien van de rolverdeling, de grenzen aan vraagsturing en de professionele autonomie.

Er is het gevaar van meer ziekteverzuim, personeelstekorten en daardoor kwaliteitsverlies. Bovendien zijn er al reële tekorten, zowel kwantitatief als kwalitatief, die bijdragen aan spanningen tussen zorgvragers en zorgverleners. En er is het risico van een tweedeling tussen mondige en onmondige zorgvragers. Redenen genoeg dus om deze problemen op de ethische beleidsagenda te plaatsen.

### **Wat betekent dit voor het beleid?**

Ten eerste is het van belang deze problemen, hun omvang, de oorzaken en de effecten ervan, verder in kaart te brengen. Er is gebrek aan goed onderzoek op dit gebied.

In de tweede plaats zal een verbeterde organisatie van de zorg, met meer aandacht voor zorgvragers en hun reële behoeften, bij kunnen dragen aan het oplossen van de problemen. Minder bureaucratie en productiedruk, maar vooral ook betere informatie aan patiënten over de mogelijkheden en onmogelijkheden van het aanbod (verwachtingenmanagement) zijn nodig. Dit blijkt onder meer uit ervaringen in de thuiszorg en de ervaringen op enkele EHBO's.

Ten derde is in opleidingen voor zorgverleners aandacht nodig voor bejegening, communicatievaardigheden en omgaan met agressie. Zorgverleners moeten duidelijk weten wat wel en niet tot hun zorgtaak behoort en dit aan zorgvragers kunnen overbrengen. Een vraag hierbij is, welke middelen zijn in te zetten om goed patiëntschap aan te moedigen en wangedrag en eisend gedrag in te dammen. Tegelijkertijd moeten zorgverleners zich beschermd weten tegen agressief gedrag. De overheid en brancheorganisaties moeten daarom onderzoek doen naar de mogelijkheden, effectiviteit en wenselijkheid van sancties op agressief gedrag van patiënten en cliënten. Uitwisseling van ervaringen en oplossingen tussen verschillende sectoren - ook buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de NS of andere dienstverlenende instanties - kan zinvol zijn.

Tenslotte is reflectie op en discussie over de verschuivende rollen van zowel zorgverlener als zorgvrager nog steeds hard nodig. Waar liggen de grenzen van professionele autonomie? Wat betekent professionaliteit in een steeds gelijkwaardiger zorgrelatie? Vergelijkbare vragen spelen ook voor de zorgvragers. Wat is een 'goede patiënt'? Wat houdt de patiëntenrol tegenwoordig in, en welke verantwoordelijkheden en plichten hangen daarmee samen? Stimuleren van discussie hierover, binnen beroepsgroepen en patiëntenorganisaties, maar ook daartussen, is gewenst.

## Literatuur

Arbo Kenniscentrum Zorg en Welzijn, [www.arbozw.nl](http://www.arbozw.nl).

Bartelds, A.I.M. Continue morbiditeits registratie peilstations 1995. Utrecht: Nivel, 1996.

Bureau Terpstra & van Dijke. "Veilige zorg roept agressie in ziekenhuizen een halt toe". Voorzorg, tijdschrift over arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie, bijlage bij Zorg en Welzijn, 9, 2003, no. 4.

Cramer-Cornelissens, L. Professionele autonomie; een recht van de patiënt? Amsterdam: Vrije Universiteit, 2002.

Delnoij, D.M.J., et al. Botsingen in de spreekkamer. Medisch Contact 58, 2003, no. 11, p. 419-422.

Draper, H. and T. Sorell. Patient's responsibilities in medical ethics. Bioethics, 16, 2002, no. 4, p. 335-352.

Driessen, F. en L. Middelhoven. Geweld tegen werknemers in de semi-openbare ruimte. TVV, Tijdschrift voor veiligheid en veiligheidszorg 1, 2002, no. 2, p. 38-47.

Instituut Werk en Stress. Oordeel over de werkomstandigheden in de thuiszorg aanmerkelijk verbeterd, onderzoek i.o.v. LVT. Deel II: Medewerkerraadpleging. Utrecht: Bilthoven: IWS, 2002.

Jagt, E.J. van der, et al. Huisarts & patiënt: cahiers over communicatie & attitude. Utrecht: NHG, 1999 en 2000.

Jurgens, F. Nederland draait door. HP/De Tijd, 11 april 2003.

Kastelein, W.R. Gewichtige redenen. Beëindigen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst kritisch getoetst. Medisch Contact 57, 2002, no. 40, p.1450-1453.

Kemp, S. van der en M. Hollander. Sociale veiligheid in de thuiszorg. Basis, kwartaalblad over beleid en beleidsonderzoek: Zorgspecial, 2003.

NPCF. Huisartsenzorg buiten kantooruren: wat verwachten patiënten, [www.npcf.nl](http://www.npcf.nl).

Velden, L.F.J. van der, R.J. Kenens en L. Hingstman. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: Nivel, 2003.

Visser, R. Spoedgevallen. M, het maandblad van NRC Handelsblad, 2003, no. 2.

Schaufeli, W., et al. Behandelingsstrategieën bij burn-out. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 2000.

Willems, D. en M. Veldhuis. *Wegen in de zorg*. Assen: Van Gorcum, 2002.

Wijmen, F.C.B. van. En ik ben maar een kuip vol dromen. In: *Zorgaanbod en Clientenperspectief: achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ, 2003, p. 72-108.