

THERAPIEONTROUW ALS UITDAGING VOOR DE ZORG

Tineke Biewenga en Lieneke Koornstra

Chronisch zieke patiënten kunnen door het herhaaldelijk overtreden van medicatie- en dieetvoorschriften in een levensbedreigende situatie terechtkomen. Voor artsen en verpleegkundigen vormen deze zogenaamde therapie-ontrouwe patiënten een probleem.

De dagelijkse verzorging voor een patiënt die zich niet houdt aan de behandelvoorschriften is een frustrerende bezigheid, immers: waar doe je het voor? Niet zelden leidt het gedrag van de patiënt tot conflicten met zorgverleners en tot wanhoop bij het behandelteam. Vaak wordt aan de medisch maatschappelijk werker gevraagd om eens met de patiënt te praten in de hoop dat die de patiënt kan bewegen zich aan de therapievoorschriften te houden.

Spanningsveld

Bij therapieontrouw houden zorgverlener en patiënt elkaar gevangen in een wederzijdse afhankelijkheid. De patiënt is aangewezen op de zorg en de zorgverlener bereikt geen resultaat zonder de medewerking van de patiënt. Het spanningsveld dat daaruit ontstaat kan leiden tot een strijd waarin beide partijen uiteindelijk verliezen. Om zorgverlener en patiënt beiden recht te doen is het van belang de betekenis van het streven naar autonomie te begrijpen. Therapieontrouw kan immers gezien worden als een manier om de eigen autonomie te bewaren.

Autonomie en afhankelijkheid

Ter Meulen¹ brengt autonomie in verband met de identiteit(sontwikkeling). Bergsma² verbindt autonomie met het vermogen van mensen om levensproblemen op te lossen. In zijn visie is gebrek aan autonomie het onvermogen om vooruit te zien en eigen problemen op te lossen.

Bezwaar van deze visie is het sterke accent op het probleemoplossend vermogen. Autonomie wordt gezien als een capaciteit van het individu. Maar autonomie kan pas vorm krijgen in relatie tot anderen.

De opvattingen van Bouwkamp en De Vries³ komen tegemoet aan de relationele en existentiële betekenis van autonomie en afhankelijkheid. Zij zien het streven naar enerzijds autonomie en anderzijds verbondenheid als inherent aan het mens-zijn. Het zijn fundamentele, menselijke behoeften om zich deel te weten van een geheel en om tegelijkertijd zich te kunnen onderscheiden als een uniek en autonoom persoon.

De behoefte aan zelfverwerkelijking, zelfhandhaving, zelfontplooiing, aan het zich onderscheiden van anderen, aan controle, competentie en onafhankelijkheid wordt bevredigd in het streven naar autonomie.

In het streven naar verbondenheid wordt tegemoetgekomen aan de behoefte om door anderen gezien te worden, om coöperatief te zijn en zich nodig te weten in het leven van anderen. In deze opvatting heeft autonomie een veel bredere betekenis dan alleen vrijheid om eigen keuzes te maken, beslissingen te nemen. Het streven naar autonomie wordt begrepen als de basale behoefte om zichzelf in zijn eigen uniciteit te manifesteren. Tegelijkertijd wordt deze autonomie nooit los gezien van de behoefte aan verbondenheid.

Het verlangen erbij te horen is inherent aan ons bestaan, evenals het verlangen zich te onderscheiden. Er niet bij horen betekent eenzaamheid en angst. Zich onlosmakelijk verbonden voelen leidt tot gevoelens van afhankelijkheid en gebrek aan eigenheid. Het geeft te weinig ruimte aan de individualiteit.

Ieder mens zal daarom altijd blijven streven naar een passend evenwicht tussen autonomie en verbondenheid: van erbij horen, te zijn als de anderen én van individualiteit, van anders zijn. Wat een passend evenwicht is tussen autonomie

en afhankelijkheid wordt mede bepaald door iemands persoonlijke aanleg, de levensfase, de levensomstandigheden en de culturele context.

Verankering in identiteit

De ene verpleegkundige kan niet werken zonder duidelijke opdrachten en aanwijzingen van zijn teamleider en zich daarbij tevreden voelen, terwijl de andere die aanwijzingen en voorschriften als een knellende band ervaart en vindt dat de teamleider zich niet moet bemoeien met hoe hij zijn werk uitvoert, als het resultaat maar goed is. Ook in intieme relaties binnen gezinnen zijn grote verschillen waarneembaar in de wijze waarop autonomie en verbondenheid vorm hebben gekregen zonder dat dit tot pijn hoeft te leiden.

De ene volwassene ervaart de aanwezigheid van een partner bij alles wat hij doet als een grote steun, de andere juist als een gebrek aan eigen ruimte. Sterker nog, de sterk afhankelijke persoon voelt die verbondenheid als voorwaarde om gelukkig te kunnen zijn. Terwijl iemand anders een sterke verbondenheid kan ervaren als een knellende band, als een bron van onvrede.

Ieder mens heeft in aanleg en door opvoeding geleerd verbondenheid en autonomie zo te integreren in zijn levensconcept dat beide onderdeel vormen van de eigen unieke identiteit⁴.

De verankering in de identiteit verklaart de moeite die mensen hebben om op een andere manier afhankelijk te zijn van anderen dan ze geleerd hebben en hoe angstig het kan zijn om bindingen los te laten.

Kansrijk

Alleen de ervaren veilige verbondenheid met de ander geeft de mens de mogelijkheid zich los te maken. Door los te laten kan ik autonomie ervaren, mij als persoon autonoom gedragen en kiezen voor het aangaan van nieuwe afhankelijkheidsrelaties. Iemand is autonoom als hij in vrijheid kiest voor zijn verbondenheid met de ander.

Daar waar veranderde omstandigheden betekenen dat het evenwicht tussen autonomie en verbondenheid verstoord is (zoals bij ernstige ziekte) en er een nieuw evenwicht gevonden moet worden, is de weg van verbondenheid het meest kansrijk. Het is voor zorgverleners van belang zich dit steeds te realiseren.

Manifesteren

Deze visie op autonomie en verbondenheid heeft consequenties voor de manier waarop afhankelijkheid in de zorg voor chronisch zieken begrepen wordt. Het gaat niet alleen om afhankelijk zijn in de zin van hulp nodig hebben bij wassen, aankleden, enzovoort. De mate van afhankelijkheid wordt niet bepaald door de mate van functieverlies maar door de mate waarin het zelfbeeld wordt aangetast.

Sommige chronisch zieken, bijvoorbeeld mensen met een ernstige spierziekte, zijn nagenoeg volledig afhankelijk van anderen voor het dagelijks functioneren. Betekent dit dat zij hun autonomie hebben verloren? Dat hoeft niet zo te zijn. De chronisch zieke kan zich manifesteren als een op zichzelf staand individu door zijn wensen kenbaar te maken, zijn eigenaardigheden te tonen, zijn manier om met anderen te communiceren, zijn wil om te leven. De chronisch zieke wordt pas volledig afhankelijk als hij zich enkel nog slachtoffer voelt van zijn ziekte. Treya Wilber heeft dit treffend verwoord: 'Ik weet dat zolang ik erover lees, nadenk en eraan werk, ik optimistisch blijf. Als ik me een slachtoffer voel, het aan de dokter overlaat of wil dat Ken het doet, raak ik gedepimeerd. Een les in de wil om te leven.'⁵

Identiteitscrisis

Voor iedereen die chronisch ziek wordt is het een enorme opgave om opnieuw inhoud te geven aan het evenwicht tussen autonomie en afhankelijkheid. Chronisch zieken zeggen dikwijls dat zij zich totaal afhankelijk voelen. De vraag is of zij dan doelen op afhankelijkheid in de functionele betekenis óf op afhankelijkheid in relationeel, maatschappelijk of existentieel opzicht.

Chronisch zieken lijken de minste moeite te hebben met de hulp die zij nodig

hebben vanwege beperkingen in het functioneren. Doorgaans laten mensen met lichamelijke beperkingen zich zonder protest helpen bij wassen, aankleden, enzovoort. Hun woede richt zich vaak veel meer op de manier waarop zij behandeld worden. Die woede wordt versterkt door de onmacht daar iets tegen te doen. De moeite zit in de (veranderde) relatie met de hulpverlener en de andere manier waarop de samenleving een gehandicapte of chronisch zieke tegemoet treedt.

Afhankelijkheid in existentieel opzicht duidt op de identiteitscrisis die ontstaat als gevolg van het niet meer kloppende zelfbeeld door de ziekte. De ziekte met al zijn beperkingen en de confrontatie met de eindigheid van het leven moet in het zelfbeeld worden ingepast. En dat vergt een herijking van het evenwicht tussen autonomie, verbondenheid en zingeving.

In contact blijven met je autonome deel betekent voor iemand die chronisch ziek wordt in de eerste plaats loslaten. Loslaten van dingen waaraan je gehecht bent zoals je werk, je uiterlijk, het toekomstperspectief dat je voor ogen had. Loslaten van datgene wat een wezenlijk onderdeel is van je bestaan is doodeng. Het is alleen mogelijk in de veilige verbondenheid met mensen die je niet laten vallen én in de wetenschap dat je jezelf niet laat vallen omdat je leeft vanuit de innerlijke overtuiging dat je oké bent.

De enige overlevingsstrategie

De bespreking van een casus kan duidelijk maken hoe in het licht van deze visie op autonomie en verbondenheid het gedrag van een therapieontrouwe patiënt kan worden begrepen.

Meneer van Dorst⁶ is een dialysepatiënt. Hij is 39 jaar, gehuwd en heeft twee tienerdochters. Zijn nierfunctie is aangetast door de medicatie die hij nodig heeft ter bestrijding van de stijfheid en de pijn als gevolg van een terminale bindweefselziekte. Als gevolg van zijn dialyseafhankelijkheid wordt hij geconfronteerd met een dieet en een vochtbeperking.

Meneer van Dorst houdt zich niet aan deze leefregels. Omdat het slecht gaat met zijn gezondheid wordt hij opgenomen in het ziekenhuis ter verbetering van zijn algemene conditie. Daar vraagt hij aan iedereen die langskomt iets te drinken voor hem te halen. De noodzakelijke voedingssonde om aan te sterken weigert hij.

De verpleegkundigen die hem verzorgen zijn ten einde raad en ook geïrriteerd. Ze schakelen het medisch maatschappelijk werk in. Meneer van Dorst stuurt deze hulpverlener weg met de woorden: "Praten heeft geen zin, u heeft niets aan mij."

Patiënt vervalt tot steeds grotere inactiviteit. Hij wil niet meer eten, doet helemaal niets en heeft nergens belangstelling voor, zelfs niet voor zijn kinderen.

Zijn vrouw maakt zich ernstig zorgen en richt zich daarom opnieuw tot het maatschappelijk werk met het verzoek nogmaals een poging te wagen om met haar man in gesprek te gaan. Zij vertelt dat hij altijd een grote drang heeft gehad naar autonomie, die zij verklaart uit zijn biografie.

Omdat zijn ouders tweeverdieners waren was hij veel alleen thuis. Hij is enig kind. Op zijn achttiende is hij zelfstandig gaan wonen. Hij had een goede en verantwoordelijke baan in de haven. Hij werkte weliswaar bij een bedrijf maar functioneerde helemaal als zelfstandige. In zijn werk heeft hij altijd plezier gehad en werd hij gewaardeerd.

In zijn gezin ging hij zijn eigen gang, hij at bijvoorbeeld op onregelmatige tijden, net zoals het hem uitkwam. Zijn vrouw toont zich zorgzaam en betrokken bij haar echtgenoot. De oudste dochter heeft moeite met het gedrag van haar vader. In het ziekenhuis heeft ze ruzie met hem gemaakt en sindsdien weigert ze nog op bezoek te komen. De jongste dochter lijdt onder de situatie en het gebrek aan aandacht van haar vader.

In het behandelteam geven de verpleegkundigen aan de zorg voor meneer van Dorst een ramp te vinden. Zij stellen voor

de hulp in te roepen van een psychiater. Maar Van Dorst weigert ook een gesprek met de psychiater. Tegen de maatschappelijk werker zegt hij dat zijn vrouw niet ongerust moet zijn: hij zal zijn best doen om beter te worden.

Patiënt wijst alle goede zorgen af. Hij saboteert de regels en de voorschriften. Vanuit het perspectief van het behandelteam is sprake van ernstige therapieontrouw. Zij vinden dat de patiënt zich onverantwoordelijk gedraagt en vragen zich af waarom ze zich daarvoor moeten inspannen.

Vanuit het perspectief van de patiënt moet het gedrag wellicht geïnterpreteerd worden als trouw zijn aan zichzelf. Uit zijn levensgeschiedenis komt naar voren dat hij al op jonge leeftijd zelfstandig moest zien te overleven. Hij lijkt daarin goed geslaagd totdat hij ziek werd.

Waarschijnlijk heeft hij als kind geleerd dat je toevertrouwen aan de zorg van anderen zinloos is omdat de ander niet thuis geeft. Ook in zijn huwelijk en werk laat hij zien dat hij de zaken liever alleen doet en zijn eigen gang gaat. Niet omdat hij zich niets aan anderen gelegen laat liggen maar omdat hij geleerd heeft dat een te sterke afhankelijkheid hem emotioneel schade toebrengt. In zijn identiteit is verankerd dat het bewaren van autonomie voorwaarde is om te kunnen overleven. In deze crisis is het begrijpelijk dat hij terugrijpt naar de enige overlevingsstrategie die hij kent, namelijk zorgen dat je niet afhankelijk wordt van anderen.

In dit licht kan het gedrag van patiënt wellicht begrepen en gerespecteerd worden. Reden om de betekenis van respect nader te verkennen.

Respect

'In respect wordt iemand herdacht'; 'Ik heb respect voor je moed'; 'We hebben zijn mening te respecteren': allemaal vormen om uit te drukken dat wij iemand erkennen in zijn wens, in zijn manier van leven, in zijn eigenschappen.

In respect worden de kwaliteiten van iemand gezien en erkend. Respect kan worden uitgedrukt in iets kleins maar

omvat de hele persoon. Ieder mens verlangt ernaar gerespecteerd te worden.

Respect bevestigt ons dat we de moeite waard zijn om gezien te worden⁷.

Wij moeten gezien worden door anderen (verbondenheid) om onszelf onder ogen te durven en te kunnen zien (autonomie). In crisissituaties is het tonen van respect erg belangrijk omdat dan de twijfel over eigen kwaliteiten zeer sterk is, het zelfbeeld staat immers op de tocht.

Respect tonen sluit aan op de empowermentbeweging, een stroming in de psychosociale hulpverlening die zich vooral richt op het versterken van de capaciteiten van de hulpvrager en niet zozeer op de problematische aspecten. Door zo de focus te verleggen naar wat er goed gaat en wat sterke eigenschappen zijn komt er bij de cliënt energie vrij om te gaan werken aan de eigen problemen.

Echter ook de zorgverlener dient gerespecteerd te worden. De zorgverlener die respect toont aan de patiënt in de betekenis van als uniek mens gezien worden, mag omgekeerd respect verlangen van de patiënt. Door respect te vragen van de patiënt laat ik zien dat ik hem en mezelf serieus neem.

Bij therapieontrouw is respect geven en vragen vaak de sleutel om de onderlinge strijd op te geven.

Verantwoordelijkheid

In het algemeen zijn zorgverleners zeer gemotiveerd om hun werk goed te doen. Doorgaans hebben zij dit beroep gekozen om de medemens in nood te helpen. Binnen hun beroepsopleiding hebben zij professionele kennis en vaardigheden verworven die nodig zijn om zieken te verzorgen. De praktijk leert echter dat de mening van patiënten over wat goed voor hen is niet altijd aansluit bij de opvattingen van de zorgverleners. Bij (persisterende) therapieontrouw is hiervan sprake.

Om tot een adequate samenwerking te komen ontstaat dan behoefte aan overleg want de zorgverlener kan de mondige patiënt moeilijk verplichten zijn zorg onvoorwaardelijk te accepteren. Hij heeft

de medewerking van de patiënt nodig.

Een (therapieontrouwe) patiënt is verantwoordelijk voor zijn eigen leven en gezondheid. De zorgverlener moet verantwoordelijkheid nemen voor goede zorg. Dat betekent voor de zorgverlener dat hij zijn beslissingen in de zorg voor therapieontrouwe patiënten niet mag motiveren vanuit het belang van de patiënt maar vanuit eigen professionele opvattingen.

Bij motiveren vanuit het belang van de patiënt is de boodschap in feite: 'Ik weet wat goed voor je is.' Daarmee neem je de verantwoordelijkheid van de patiënt over en neem je de patiënt en zijn persoon dus niet serieus. Deze houding kan de onderliggende motivatie zijn om een psychiatrisch consult aan te vragen voor een patiënt als in de voorbeeldcasus.

Verantwoordelijkheid nemen voor de eigen professionele zorg betekent zowel je professionaliteit als je eigen persoon serieus nemen en daarmee de grenzen van het eigen kunnen. Immers soms is het nodig om toe te geven 'met deze patiënt kan ik niet verder'.

Ongelijkwaardig

Opmerkelijk is dat zorgverleners vaak moeite hebben zowel met de patiënt die precies weet wat hij wil als met de patiënt die de verantwoordelijkheid voor alle beslissingen overlaat aan de zorgverlener onder het motto 'u weet het beste wat er moet gebeuren, u heeft ervoor geleerd'. Blijkbaar wordt het gesprek met de patiënt, zonder dat vooraf reeds stellingen zijn betrokken, het meest op prijs gesteld door de zorgverlener. Kan daaruit de conclusie worden getrokken dat in het overleg met de patiënt het onderhandelen over de juiste zorg of therapie het meest wordt geapprecieerd? Wij zijn daar niet van overtuigd. Het lijkt meer een ideaal of misschien wel een ideologie dat beide partijen in dialoog tot overeenstemming komen over de zorg die verleend wordt.

De machtsongelijkheid tussen zorgverlener (met name medici) en de patiënt is dermate groot dat er geen sprake is van een onderhandelingssituatie op basis van gelijkwaardigheid van partijen.

De behoefte om in dialoog met de patiënt tot beslissingen te komen is deels gebaseerd op de visie dat dit goed is voor de patiënt en heeft als zodanig weinig van doen met een gelijkwaardige onderhandelingsituatie, deels gebaseerd op juridische gronden (denk aan informed consent). In geval van slechte resultaten wordt dit als een gedeelde verantwoordelijkheid gezien. Het kan echter geen gedeelde verantwoordelijkheid zijn zolang de relatie tussen zorgverlener en patiënt ongelijkwaardig is.

Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die machtsongelijkheid te erkennen en er in zijn werk op gericht te zijn dat de patiënt zo veel mogelijk zelf controle houdt over zijn eigen leven.

Waarnemen

Zoals eerder gesteld kan therapieontrouw leiden tot een langdurige strijd tussen hulpverlener en patiënt. De hulpverlening zet zich met de beste bedoelingen in voor de patiënt en begrijpt niet dat de geboden hulp niet wordt geaccepteerd. De uitkomst van deze strijd is op zijn best dat de patiënt zich mokkend neerlegt bij de adviezen van de hulpverlener en op zijn slechtst dat de hulpverlener afhaakt en zegt 'zoek het dan zelf maar uit'.

Om uit deze strijd te raken zal een andere aanpak gevonden moeten worden. Daarvoor is nodig dat de zorgverlener zijn aandacht verplaatst van de ziekte naar de mens achter de ziekte én naar de eigen emoties. Om met de mens achter de ziekte contact te maken is empathisch vermogen van groot belang.

Empathisch zijn betekent dat je gevoelig bent voor de gevoelens van de ander, meeleeft met de ander. Het betekent niet dat je de verantwoordelijkheid van de ander overneemt en zijn problemen oplost. Empathie begint met het waarnemen van de ander. Waarnemen met ogen, oren en gevoel. Voor menigeeen is dat een uitermate moeilijke opgave.

Belemmeringen in de hulpverlener

Allereerst is er de belemmering door eigen

dagelijkse problemen, zoals een hoge werkdruk die je verhindert om volledig beschikbaar te zijn voor de ander.

In de tweede plaats is er de belemmering door een beperkte waarneming, vooral wanneer omstandigheden emotioneel aangrijpend zijn.

In de communicatie met anderen wordt er min of meer vanzelfsprekend van uitgegaan dat wat gezegd wordt klopt met wat gevoeld wordt en dat mensen zich overeenkomstig gedragen. Helaas is dat in situaties waarin heftige emoties spelen bijna nooit zo, aangezien verstand en gevoel dan meestal niet op één lijn zitten. Alleen afgaan op wat gezegd wordt is dan niet voldoende, zelfs niet primair het belangrijkste. Bij empathie gaat het erom waar te nemen wat iemand voelt én hoe dat gevoel wordt uitgedrukt in woorden of gedrag. Het verhaal moet zowel op het inhouds- als op het betrekkningsniveau worden verstaan⁸.

In de derde plaats vormt de culturele vorming een belemmering. De westerse cultuur bijvoorbeeld is primair gericht op rationele kennis: waarnemen met het verstand telt, waarnemen met gevoel niet. Verstandig zijn is een deugd terwijl gevoelig zijn nog altijd als een zwakte wordt gezien. Door gevoelig te zijn ben je kwetsbaar en dat past niet in een cultuur van zekerheden en verzekeringen. De dichter zegt wel dat 'ons gevoel wijzer is dan ons verstand' maar in het dagelijks leven wordt vooral het verstand geraadpleegd en worden de gevoelens achtergehouden.

Een vierde belemmering voor empathie zijn de professionele uitgangspunten en methodieken van hulpverleners. Geprotocolleerde hulpverlening laat weinig ruimte voor empathie. De zekerheden die protocollen en methodieken de hulpverlener bieden werken averechts voor mensen die iedere zekerheid hebben verloren. Met het afnemen van anamnese-lijsten bereik je de mens niet die geen grond meer onder de voeten heeft.

Een vijfde soms heel krachtige belemmering voor het waarnemen met alle zintuigen zijn angsten. Angst voor de eigen emoties rond dood en lijden, angst om de eigen kwetsbaarheid als hulpverlener te laten zien, angst om herinnerd te worden aan eerdere pijnlijke ervaringen. Voor het gesprek met een ernstig zieke moet je moed verzamelen en wie voelt geen schroom bij een bezoek aan een terminale patiënt. In verbonden zijn en kunnen loslaten wordt de balans van de hulpverlener geraakt.

Betekenisgeving

Empathie krijgt vorm in de betekenis die aan de waarneming wordt gegeven. Om tot communicatie te komen kan de hulpverlener niet blijven staan bij waarnemen. Hij zal zich ook bewust moeten worden van de betekenis die hij aan zijn waarneming verleent.

Eenzijds zal de hulpverlener bewust tot zich door laten dringen in welke emotionele toestand een patiënt verkeert en hoe die patiënt daarmee omgaat. Anderzijds zal de hulpverlener zich tegelijkertijd bewust moeten zijn van zijn eigen gevoel in de situatie. Daar waar de hulpverlener onvoldoende de emoties van de patiënt weet te onderscheiden van die van zichzelf, of omgekeerd eigen emoties in de situatie te zeer wil overdragen aan de patiënt, gaat het mis.

In het eerste geval neemt de hulpverlener het leed van de patiënt over. Dat kan niet de bedoeling zijn. In het tweede geval legt hij zijn normen over hoe je met leed om moet gaan op aan de patiënt. Een veel voorkomend voorbeeld hiervan is de vermaning: het is goed om er veel over te praten.

Uit contact

Door zich emotioneel op de ander te oriënteren én door zich in te leven in wat het leed voor de ander betekent, is het een geweldige opgave om niet meteen te vervallen in gedrag dat erop gericht is het leed weg te nemen. Je wilt niet dat de ander lijdt en als dat zo is wil je het liefst bezig zijn om dat lijden te verzachten, zelfs als daarvoor geen middelen meer zijn.

Zo vermijd je leed en durf je niet onder ogen te zien dat een dergelijk leed jou óók raakt. Door je zo te gedragen kijk je langs de lijdende mens heen, laat je hem in de steek.

In emotioneel zwaar beladen situaties zullen patiënten direct merken als de hulpverlener met zijn gevoel of gedachten al ergens anders is (uit contact gaat), ondanks het gebruik van passende woorden.

Check

Empathie wordt uitgedrukt in de empathische reactie. De empathische reactie geeft uitdrukking aan de gevoelens van de patiënt of schept ruimte om die gevoelens te vertolken. De reactie naar de patiënt uit de voorbeeldcasus kan bijvoorbeeld zijn: 'Ik begrijp niet goed wat er aan de hand is, maar zie ik het goed dat u boos bent over hoe u door ons behandeld wordt, of is er iets anders?'

Het is van belang dat de hulpverlener checkt of hij de gevoelens van de patiënt goed aanvoelt. Op die manier laat de hulpverlener zien wat hij heeft waargenomen én geeft hij de patiënt de gelegenheid die waarneming te corrigeren en zijn verhaal te doen.

Empathisch reageren omvat niet alleen woorden maar ook gedrag. Bijvoorbeeld: het behandelteam praat niet meer over de patiënt zonder hem bij het gesprek te betrekken. Bij therapieontrouw is dit een belangrijk uitgangspunt. Adviezen of oplossingen voor problemen aandragen is geen empathische communicatie.

Erkenning

Voor de patiënt betekent empathie erkenning, beperken van eenzaamheid, respect voor en meer grip op eigen gevoelens. Dit als zodanig is herstelbevorderend. Op zoek naar erkenning voor wat is doorgemaakt vragen chronisch zieken soms tot vervelens toe aandacht door te blijven praten over het lot dat hen trof. De erkenning van het verdriet en de woede stoppen de zelfvernietigende

krachten die deze emoties met zich meebrengen.

Bij therapieontrouw ontbreekt verbondenheid tussen patiënt en zorgverlener. Wanneer de patiënt in staat is empathie te ontvangen wordt het contact hersteld en kunnen emoties gedeeld worden. Pas dan ontstaat er ruimte voor het constructieve gesprek met respect voor het verlangen van de patiënt om in vrijheid keuzes te kunnen maken én met respect voor de inzet en bezorgdheid van de zorgverlener.

Wederkerigheid

Bij goede zorg gaat het niet alleen om de professionele kennis, empathie en inzet maar ook om wederkerigheid. Die wederkerigheid moet van therapieontrouwe patiënten worden gevraagd. Ergo, in de betrokken relatie met de patiënt moeten het verhaal en de gevoelens van een patiënt worden gehoord én de gevoelens van de zorgverlener met betrekking tot het gedrag van de patiënt moeten met de patiënt worden gecommuniceerd. Als de zorgverlener dat doet en de patiënt daarvoor openstaat, ontstaat wederkerigheid in de zorgrelatie. Is dat niet het geval dan is voor de zorgverlener de grens bereikt.

Doorbraak

Verantwoording nemen betekent dan dat je erkent dat je de zorg moet stoppen. Soms betekent deze stellingname een doorbraak. In de beschreven casus is het contact hersteld toen de zorgverleners oog kregen voor het feit dat zij te weinig rekening hielden met de autonomie van de patiënt en tegelijkertijd van hem verlangden dat hij zich realiseerde wat zijn gedrag voor anderen betekende. Hij kon na dit gesprek tegen de zorgverlener zeggen: 'Ik heb het voor u wel heel moeilijk gemaakt.'

Nauwelijks kans

In de praktijk blijkt dikwijls hoe moeilijk het is empathie te geven én respect voor jezelf als zorgverlener te vragen als je werkt in een context waarin collega's en leidinggevenden met weinig respect omgaan met jouw problemen in de zorgverlening. Hoe vaak wordt niet bij problemen gezegd: 'Dat hoort nou een-

maal bij je vak.’ Daarmee is impliciet gezegd: ‘Jij bent niet bekwaam genoeg’ of ‘Jouw problemen zijn niet interessant voor mij.’ Dat schept een onveilige situatie in het team waardoor reflectie op eigen functioneren nauwelijks kans krijgt.

Veel zorgverleners in het ziekenhuiswezen raken vroeg of laat burn-out en moeten daardoor tijdelijk hun werk staken. Vaak wordt de conclusie getrokken: ‘Het is ook wel erg zwaar werk.’ Dat is een dooddoener omdat daarmee niet gekeken wordt waar de zorgverlener werkelijk mee zit. Dergelijk zwaar werk kan alleen van een zorgverlener gevraagd worden als ook aandacht en zorg voor de zorgverlener in voldoende mate aanwezig zijn. Intercollegiale zorg is voorwaarde voor een gezond hulpverleningsklimaat.

Goede zorg

Goede zorg is die zorg die gegeven wordt vanuit een empathische houding in verbondenheid met de patiënt. Zorg

waarbij de zorgverlener verantwoordelijkheid neemt voor de eigen zorg én de verantwoordelijkheid van de patiënt voor diens leven en gezondheid respecteert. Dit impliceert dat de zorgverlener bij therapie-ontrouw zijn eigen zorg ter discussie durft te stellen en tevens verlangt van de patiënt dat hij serieus genomen wordt.

Goede zorg komt pas tot zijn recht als niet slechts sprake is van voldoende professionaliteit en oog voor de beperkingen van de patiënt, maar als óók ruimte kan en mag worden gevraagd voor de grenzen van de zorgverlener. En dat die grenzen serieus worden genomen zowel door patiënten als door collega's en leidinggevenden. Meer aandacht voor de grenzen van patiënten en hulpverleners is een belangrijk middel ter verbetering van de zorg. Hier ontstaat namelijk een nieuwe gezamenlijkheid om te zoeken naar oplossingen in een vaak complexe problematiek.

1. Zie Ter Meulen in: Autonomie in de zorg voor chronisch zieken, uitgave Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek.
2. Zie Junt Bergsma in: Deze langdurige ziekte mijn leven, uitgave Reed Business Information, ISBN 9035222121.
3. Zie Bouwkamp en De Vries in: Handboek psychosociale therapie, uitgave de Tijdstroom, ISBN 9052560724.
4. Zie Ter Meulen in: Autonomie in de zorg voor chronisch zieken, uitgave Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek.
5. Uit: Overgave en strijd, auteurs Ken en Treya Wilber, uitgave Karnak, ISBN 9052560724.
6. Naam van patiënt is gefingeerd.
7. Herman Meininger in: Zorgen met zin, uitgave SWP, ISBN 9066654562.
8. Zie Watzlawick e.a. in: De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie, uitgave Bohn Stafleu van Loghum, ISBN 9090012186.