

Patiënten hebben rechten... en plichten

Dat de wet op de patiëntenrechten bestaat, is een goede zaak en het is belangrijk dat zowel de patiënten als de zorgverstrekkers haar kennen. Ze mag er echter niet toe leiden dat het accent in de relatie met de zorgverstrekkers eenzijdig op de rechten van de patiënt gaat liggen. Want dat zou wel eens in het nadeel van de patiënt kunnen spelen. Hoezo?

In *De professionele autonomie van de arts* heeft Tom Goffin het over “de juridische slinger van de arts-patiëntrelatie”: “een slinger met aan de ene kant de arts die op een paternalistische wijze bepaalt hoe de patiënt dient te handelen en langs de andere kant de patiënt die op een absoluut autonome wijze een bepaald behandelingsplan eist van de arts. In de ideale arts-patiëntrelatie hangt deze slinger in het midden tussen de arts en de patiënt” (Goffin, 2011). Naast de patiënt heeft ook de arts wettelijk vastgelegde rechten (KB nr. 78 van 10 november 1967). Die hebben onder meer betrekking op de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts. Het is in het voordeel van de patiënt dat de arts die wettelijk geregelde vrijheid heeft. Immers, het gaat om een ‘gedragsregel’ die bepaalt dat een arts, vanuit de bekommernis om de patiënt, vrij een medische behandeling kan kiezen voor een patiënt (Goffin, 2011) die vervolgens – uiteraard nadat de patiënt doeltreffend werd ingelicht en zijn toestemming heeft gegeven tot de behandeling (*informed consent*) – kan worden toegepast.

Plichten

Naast rechten hebben zowel de arts als de patiënt ook plichten. Die van de arts liggen onder meer vast in de eed van Hippocrates en de *Code van geneeskundige plichtenleer*. De code stelt in artikel 3: “De uitoefening van de geneeskunde is een bij uitstek menslievende opdracht; de geneesheer waakt in alle omstandig-

heden over de gezondheid van de enkeling en van de gemeenschap”. Ook uit de patiëntenrechten kunnen een aantal verplichtingen van de arts worden afgeleid, zoals verplichtingen met betrekking tot ‘kwaliteitsvolle dienstverlening’ en met betrekking tot ‘informatieverstrekking’.

Alhoewel de wet op de patiëntenrechten de indruk kan wekken dat de patiënt enkel rechten en

geen plichten of verantwoordelijkheden heeft, vermeldt de Memorie van toelichting bij de wet wel degelijk dat zij die hebben onder meer “door het in acht nemen van een gezonde leefstijl; tegenover andere patiënten door hun rechten als patiënt te respecteren; tegenover zorgverleners door het verlenen van medewerking door middel van het verstrekken van informatie en het in acht nemen van raadgevingen” (Goffin, 2011). Uit de Wet betreffende de rechten van de patiënt zelf kan een ‘medewerkingsplicht’ worden afgeleid.

Na voorafgaande vogelvlucht over het juridische kader, lijkt het in elk geval duidelijk dat er in de relatie arts-patiënt wederzijdse verplichtingen, verantwoordelijkheden en verwachtingen bestaan. Dat is overigens ook logisch aangezien een medische handeling slechts de grootste kans tot slagen heeft als zorgverstrekker en patiënt nauw samenwerken.

Language of rights

Onderstrepen dat de patiënt ook verplichtingen en verantwoordelijkheden heeft, is tegendraads in een westerse samenleving waar vandaag vooral een *language of rights* wordt gesproken: “The language of rights stresses the individual’s justified claim rather than the duty or virtue of the party refraining from interference or providing certain goods. As a symbolic expression of the principle of respect for persons, it blocks appeals to good consequences” (Childress, 1982). James Childress raakt daarmee de kern aan: als het accent door één betrokken partij eenzijdig op diens rechten wordt gelegd, is er geen sprake meer van wederzijds respect en meer nog, het positief eindresultaat komt in het gedrang.



Terwijl onderzoek aantoont dat in België de tevredenheid over de zorgverstrekkers erg hoog is (2008), wordt in het werkveld vastgesteld dat het vertrouwen in de arts soms plaatsmaakt voor respectloze mondigheid.

Vier voorbeelden. Eerste voorbeeld: het is typisch dat vandaag liefst niet meer van 'therapie-trouw' wordt gesproken of van *compliance* als we het hebben over de patiënt die al dan niet de therapie volgt. Men verkiest nu *adherence* omdat dit minder paternalistisch klinkt. Nochtans is de verantwoordelijkheid van de patiënt er niet minder groot om: de therapie volgen is de verantwoordelijkheid van de patiënt en het is in zijn eigen belang. Nochtans doen talrijke patiënten dat niet en dat is soms gevaarlijk (Goetz, 2010). Tweede voorbeeld: als de relatie tussen patiënt en zorgverstrekkers een te juridische perceptie krijgt, bestaat het risico dat de arts uit voorzorg eerder de voor hem meest veilige remedie voorstelt in plaats van de beste remedie voor de patiënt. Derde voorbeeld: in het ontstaan van veel ziektes speelt levensstijl een belangrijke rol. Het is een bekend beeld: een patiënt aan de ingang van een ziekenhuis met in zijn ene hand de baxterhouder met infuus en in zijn andere een sigaret. Het is bekend dat een gedragsverandering niet evident is, maar ze is en blijft de verantwoordelijkheid van de patiënt. Tot slot nog een vierde voorbeeld: ook al zijn de patiëntenrechten misschien nog te weinig bekend, toch nemen patiënten steeds vaker een defensieve houding aan. De toenemende agressie en intimidatie (2012) tegenover zorgverstrekkers zijn daar een uiting van. Terwijl onderzoek aantoonde dat in België de tevredenheid over de zorgverstrekkers erg hoog is (2008), wordt in het werkveld vastgesteld dat het

Wie van de patiënt een klant maakt, maakt van de zorgverstrekker een verkoper en van de gezondheidszorg business en dat is niet in het belang van de patiënten.

vertrouwen in de arts soms plaatsmaakt voor respectloze mondigheid. Er wordt toenemende verbale agressie vastgesteld. Een patiënt moet zich realiseren dat een arts, wanneer hij zich bedreigd voelt, het recht heeft om te weigeren een patiënt nog verder te behandelen (Macklin, 1993).

Patiënt ≠ klant

Dat het accent vandaag overwegend op de rechten van de patiënt ligt, meer dan op zijn plichten en verantwoordelijkheden, is wellicht ook toe te schrijven aan het toenemende *consumerism* in onze westerse samenleving (Castells, 2009), die steeds meer wordt gestuurd door een markteconomische dynamiek. Ook het overheidsbeleid is geleidelijk aan een functie geworden van marktwaarden waardoor "het individu en zijn eigenbelang op de troon komen te zitten" (Kruiter en Blokker, 2012). Dit laat zich ook voelen in de geneeskunde, met ziekenhuizen die vaak als het verlengde van de overheid worden gezien en waar de patiënt de rol van een klant aanneemt en de dokter die van een leverancier van een dienst. In die verhouding heeft de arts geen specifieke autoriteit, de rechten liggen bij de koper die beslist al dan niet tot de aankoop over te gaan (Haug and Lavin, 1983).

In 2003 adviseerde de Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid aan de minister van Volksgezondheid om, waar mogelijk, de patiënt tot

cliënt in de zorgsector te bevorderen en ervoor te zorgen dat deze "een klantrelatie krijgt, zoals dit ook in andere sectoren van de samenleving het geval is" (2003). De gezondheidszorg is echter geen vrije markt van vraag en aanbod, maar een door de overheid zwaar gecontroleerd en gereguleerd aanbod waarin het marktdenken niet op zijn plaats is. De patiënt een consument of een klant noemen, roept onwerkelijke verwachtingen op en het is juist eigen aan de arts-patiëntrelatie dat de arts meer is dan een leverancier van een dienst, maar iemand die betrokken is bij de hulpbehoevende mens tegenover hem. Wie van de patiënt een klant maakt, maakt van de zorgverstrekker een verkoper en van de gezondheidszorg business en dat is niet in het belang van de patiënten.

Meneer dokter is out

De hedendaagse trend naar *egalitarianism* (Freidson, 1986) waarbij geen automatisch respect meer wordt opgebracht voor rollen, functies, personen... beïnvloedt eveneens de arts-patiëntrelatie. Onze samenleving wordt nog steeds gekenmerkt door tradities, maar minder dan voorheen wordt een traditie bijna als vanzelfsprekend van de ene generatie op de volgende overgedragen (Campbell, 1996): 'meneer dokter' is out. Net zoals professoren, leerkrachten en politici, moeten artsen en andere zorgverstrekkers respect voortaan hier en nu 'verdienen, elke dag'. Het is een soort reactie tegen het (doorgaans goedbedoeld) paternalisme dat inderdaad ook in de geneeskunde voelbaar was. Terwijl patiënten nog steeds mirakels verwachten van de artsen, mogen deze laatste niet langer voor god spelen. De patiënt is de baas over zijn lichaam en zijn waarden.

Dit brengt ons terug bij het door Tom Goffin geschetste beeld van de slinger waarmee dit artikel begon. Als voorstander van *patient empowerment* vind ik het essentieel dat de patiëntenrechten worden gehanteerd op het moment dat ze bedreigd worden. Maar de slinger hoort in het midden en niet in één van beide uitersten. De patiëntenrechten mogen niet eenzijdig de arts-patiëntrelatie domineren en gebruikt worden om de verantwoordelijkheid van de patiënt in het zorgproces te maskeren. Want dat is niet in het voordeel van de patiënt zelf. Immers, in de medische zorg vallen rechten en behoeften niet noodzakelijk altijd samen. De arts-patiëntrelatie vergt vertrouwen en wederzijds respect, die leiden tot *shared decision making* (Oshima Lee and Emanuel, 2013).

Respect hebben voor de medemens is een boodschap voor iedereen: voor de zorgverstrekkers tegenover de patiënt en evenzeer voor de patiënt en zijn omgeving tegenover de arts en andere zorgverstrekkers.

Meer info?

Over het onderzoek van Edgard Eeckman: patientzijn.wordpress.com/author/doctoraat
Volg Edgard Eeckman ook op twitter: #eekman

Bibliografie

- 2003. Van patiënt tot klant. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- 2008. Gezondheidsenquête België 2008.
- 2012. Intimidatie in de zorg: Een gegeven? 4 ed.: Vereniging van Artsen Automobilisten.
- CAMPBELL, C. 1996. Detraditionalization, Character and the limits to Agency. In: HEELAS, P., LASH, S. & MORRIS, P. (eds.) *Detraditionalization*. Cambridge: Blackwell.
- CASTELLS, M. 2009. *Communication Power*, Oxford, Oxford University Press.
- CHILDRESS, J. F. 1982. *Who Should Decide? Paternalism in Health Care* New York, Oxford University Press.
- FREIDSON, E. 1986. *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- GOETZ, T. 2010. *The decision Tree: Taking control of your health in the new era of personalized medicine*, New York, Rodale.
- GOFFIN, T. 2011. *De professionele autonomie van de arts: De rechtspositie van de arts in de arts-patiëntrelatie*, Brugge, Die Keure.
- HAUG, M. & LAVIN, B. 1983. *Consumerism in medicine: challenging physician authority* Beverly Hills, Sage Publications
- KRUITER, A. J. & BLOKKER, E. 2012. *In Ons Belang: Pleidooi voor Publieke Waarden*, Amsterdam, Van Gennep.
- MACKLIN, R. 1993. *Enemies of Patients* Oxford, Oxford University Press.
- OSHIMA LEE, E. & EMANUEL, E. J. 2013. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *New England Journal of Medicine*, 368, 6-8. ■

EDGARD EECKMAN,
WETENSCHAPPELIJK MEDEWERKER
COMMUNICATIEWETENSCHAPPEN VUB,
DOCTOREERT OVER DE ARTS-PATIËNTRELATIE,
DIENSTHOOFD COMMUNICATIE UZ BRUSSEL



© Amout Fierens (cartoonist)

De arts-patiëntrelatie vergt vertrouwen en wederzijds respect.

chrul