

Goede hulp voor arts is niet eenvoudig, maar wel mogelijk

De verslaafde dokter

Cor A.J. de Jong, arts en psychotherapeut, hoogleraar verslaving en verslavingszorg, Radboud Universiteit Nijmegen, wetenschappelijk directeur Nijmegen Instituut voor Science-Practitioners in Addiction (NISPA)

Ingrid Dam, arts, ervaringsdeskundige

Hein A. de Haan, psychiater en eerste geneeskundige Tactus Verslavingszorg, forensisch psychiater, voorzitter Platform Eerste Geneeskundigen in de Verslavingszorg

Correspondentieadres:
c.dejong@acsw.ru.nl;
c.c.:redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De opvatting dat verslaving een ziekte is, wordt soms bewust bestreden

Dokters worden niet ziek. Dat is niet professioneel. En een verslaving past al helemaal niet in het plaatje van de arts als steun en toeverlaat. Toch hebben artsen die te vaak naar fles, poeders of pillen grijpen net als andere patiënten hulp nodig. Hoe de ene dokter de ander kan bijstaan.

De laatste jaren is veel geschreven over zieke dokters, ook in Nederland.¹ In het algemeen zoeken dokters laat hulp voor zichzelf. Vaak hebben ze geen eigen huisarts. Hoewel het fenomeen al lang bekend is, lijkt er niet veel te veranderen in dit gedrag.² Over verslaafde dokters is minder bekend. Mogelijk heeft dat te maken met het taboe bij artsen om verslaving als ziekte te beschouwen, zichzelf als verslaafd te kunnen zien of te erkennen dat een collega verslaafd is. Het resultaat is dat collega-artsen met een verslaving vaak niet adequaat worden geholpen. Doordat zij niet worden behandeld, lopen hun patiënten onaanvaardbare risico's.³ Als vanwege gebrek aan Nederlandse gegevens wordt uitgegaan van Amerikaanse en Canadese cijfers, ligt de prevalentie van verslaving bij dokters hier tussen de 9 en 12 procent.^{4 5}

Geen zwakke wil

Een verslaafde dokter komt niet gemakkelijk als zodanig naar voren. Veel ontwijkend gedrag bij artsen is hetzelfde als bij andere patiënten met een verslaving, sommige manoeuvres zijn typisch voor de beroepsgroep.^{6 7} Dokters die zelf ziek worden, hebben dezelfde behoefte aan troost, steun en geruststelling als 'gewone' patiënten, maar bij verslaafde artsen vinden collega's het vaak moeilijker om die basale aspecten van het dokteren op zich te nemen.^{8 9} Erkennen dat

verslaving een chronische ziekte is met een sterk neurobiologische achtergrond en niet uitsluitend een slechte gewoonte of een uiting van een zwakke wil, kan helpen om barrières in de hulpverlening weg te nemen. Verslaving is immers lange tijd buiten het domein van de geneeskunde gehouden: de opvatting dat verslaving een ziekte is, wordt soms bewust bestreden. Het zou de patiënt het excuus geven zelf niets te hoeven doen – een argument dat bij andere chronische aandoeningen eigenlijk nooit wordt gebruikt. Dokters die in de spreekkamer verslaafde dokters ontmoeten, vinden het niet gemakkelijk om de diagnostiek van stoornissen door het gebruik van psychoactieve stoffen goed uit te voeren, een behandeling te starten of de patiënt adequaat te verwijzen. De barrières die bij beide partijen bestaan om het over de ziekte te hebben, zijn systematisch te beschrijven aan de hand van drie D's: *delusion*, *denial* en *delay*.¹⁰ Adequaat hulpzoekgedrag van artsen wordt om te beginnen belemmerd door de waan (*delusion*) dat dokters niet ziek kunnen worden; een waan waaraan zowel patiënten als dokters voordeel hebben. Voor dokters biedt deze idee bescherming tegen te sterke identificatie met het lijden van de patiënt. De waan geeft het gevoel zelf onkwetsbaar te zijn: een garantie voor professionaliteit in situaties waar 'gewone mensen' van streek raken. De patiënt kan hoop ontlenen aan de waan dat de dokter onkwetsbaar is. Ziekten laten zich echter niet tegenhouden door waanideeën, ook niet als de dokter de signalen daarvan probeert te ontkennen (*denial*).

De waan van de onkwetsbare dokter en de ontkenning van ziekteverschijnselen resulteren in het uitstellen van het vragen om hulp (*delay*). Het risico is groot dat als de zieke dokter een collega consulteert, deze ook kampt met dezelfde drie vermijdingsmechanismen, waardoor adequate hulpverlening wordt geblokkeerd. De artsen zijn zo gevangen in elkaars web. Juist de aard van verslaving brengt met zich mee dat mensen – en zeker dokters – dan slachtoffer worden van de drie D's.

Verstrikt

De relatie tussen een zieke dokter en een geconsulteerde collega biedt dus een gereede kans op een collusie in een gezamenlijke waan, ontkenning en uitstel van diagnostiek en behandeling als resultaat. Beide zijn daar vaak zo in verstrikt dat ze congruente rollen gaan spelen. Die leiden ertoe dat zij niet veranderen. Bovendien houden dokter en collega er veelal een onaangenaam gevoel aan over. De professional (de

Een verslaafde dokter komt niet gemakkelijk als zodanig naar voren. Veel ontwijkend gedrag bij artsen is hetzelfde als bij andere patiënten met een verslaving, sommige manoeuvres zijn typisch voor de beroepsgroep.

beeld: iStockphoto



geconsulteerde collega) en de patiënt (de verslaafde dokter) spelen rollen in een serieus spel dat qua ernst is te vergelijken met de drama's van Shakespeare. Een definitie uit de Transactionele Analyse geeft die ernst goed weer: 'een spel is een proces waarbij tussen mensen iets wordt gedaan met verborgen motieven dat (1) buiten het volwassen bewustzijn omgaat, (2) niet expliciet wordt totdat de deelnemers plotseling hun gedrag veranderen en (3) erop uitloopt dat iedereen zich verward en onbegrepen voelt en de ander de schuld wil geven.¹¹ In het verleden zijn fraaie scripts beschreven voor diverse vormen van dit spel tussen therapeuten en patiënten in de verslavingszorg, zoals 'Jij bent echt een fantastische therapeut', 'Jij vertrouwt me ook al niet' of 'Nu je het me zo uitlegt, snap ik waarom ik zo doe'.¹² Bij twee dokters onderling zal het iets zijn als 'We kennen elkaar toch, we praten er niet meer over', 'Als dokters hebben wij dergelijke problemen niet', 'Ik zeg niks en jij vraagt niks', 'Laten we het informeel houden' of 'De leverfuncties hoeven we dit keer niet te laten prikken, toch?' Soms wordt bij de confrontatie met een verslaafde collega de relatie ook abrupt verbroken en is het spel uit. Een dergelijke afwijzing komt hard aan, zeker als er achter de rug van de betrokkene een melding is gedaan bij de Inspectie voor de Volksgezondheid.

Barrières

Het model voor gedragsverandering en motivatie bij verslavingsproblemen kan helpen bij het slechten van de barrières tussen de zieke arts en de geconsulteerde dokter.¹³ Dit model, dat in de praktijk waardevol blijkt, kent verschillende fasen. In de precontemplatiefase is het vooral de ander die het probleem van de betreffende persoon waarneemt. Het confronteren van de patiënt met de aard en ernst van de ziekte leidt in deze fase vaak tot verrassing en meestal tot verwerping van het idee dat er een probleem bestaat of dat verandering wenselijk zou zijn. De fase daarna, de contemplatiefase wordt gekenmerkt door ambivalentie bij de betrokkene. In deze 'ja, maar'-fase beweegt de patiënt heen en weer tussen 'zal ik het doen of zal ik het niet doen?' Een omslag vindt plaats als de patiënt besluit iets te ondernemen; de uitvoering vindt vervolgens plaats in de actiefase. De persoon kiest een strategie voor verandering en voert die uit.

Artsen kiezen vaak voor actie en zijn geneigd de overgang van de ene naar de andere fase over te slaan. Toch blijven zieke dokters én de geconsulteerde artsen vanwege *delusion*, *denial* en *delay*



Op www.medischcontact.nl vindt u bij dit artikel behalve de literatuurlijst ook verwijzingen naar zelfhulpwebsites met aanvullende informatie.

niet zelden juist in de precontemplatiefase zitten. Het zou hen helpen te erkennen dat ze in die fase zitten wat betreft hun rol van 'dokter als patiënt'. De eerste stap zou dan zijn om – in de contemplatiefase – een eigen huisdokter te zoeken en met die collega, liefst nog in de afwezigheid van ziekte, te bespreken wat het betekent om als dokter zelf patiënt te zijn. Dat helpt om in actie te komen als je op zeker moment wél ziek bent. Daarnaast zou het thema 'de dokter als patiënt' standaard deel moeten uitmaken van de geneeskundeopleiding.

Remmen


Kom je als dokter in de problemen en lukt het onvoldoende om daar met een eigen arts over

in gesprek te komen, dan is het mogelijk om aansluiting te zoeken bij de Anonieme Dokters (www.anonieme-dokters.nl) of, in het geval van een alcoholprobleem, bij de Anonieme Alcoholisten (www.aa-nederland.nl).

De luchtvaart kent een groep piloten die collega's met (dreigende) verslavingsproblemen hulp bieden: het antiskid-team. De naam is afgeleid van het antiskid-systeem dat voorkomt dat een vliegtuig bij het remmen gaat slippen. Het team verwijst snel en adequaat naar dokters die affiniteit hebben met de specifieke doelgroep. De leden confronteren de betreffende collega die – op goede gronden – een verslavingsprobleem lijkt te hebben en begeleiden hem vervolgens naar de arts met wie het team samenwerkt. Tijdens en na de behandeling houdt het team contact met de patiënt.

Het zou dokters in Nederland sieren als zij naast zelfhulp ook zouden regelen dat er een groep dokters is die collega's snel en adequaat hulp kan bieden. Artsen die signaleren dat een collega te veel drinkt, zouden dit moeten kunnen melden bij een medisch antiskid-team dat ernaar streeft dat die collega, zogezegd, gaat remmen zonder onderuit te gaan. Een initiatief daartoe is bij deze genomen door de auteurs; dat wil zeggen dat zij alle drie beschikbaar zijn voor consultatie.

De eerstvolgende stap is om hier het Platform Eerste Geneeskundigen in de Verslavingszorg bij te betrekken. De collega's van dit platform zouden aanspreekpunt kunnen zijn voor signalerende collega-artsen en de verslaafde dokter in de regio van de verslavingszorginstelling waar de platformartsen werken. Deze dokters kennen hun collega's in andere regio's, die mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling buiten de regio van de verslaafde arts kunnen bieden.

Vervolgens zou er net als in Amerika, Australië en Spanje ook in Nederland moeten worden toegewerkt naar een formeel programma voor de detectie en behandeling van verslaafde dokters.¹⁴ Dergelijke Physician Health Programs zijn veelbelovend als het gaat om effectiviteit en daarmee nuttig voor de betreffende arts en zijn omgeving.^{15 16} Een onderzoek onder 904 dokters die in behandeling waren bij zestien verschillende programma's in Amerika laat zien dat driekwart van hen vijf jaar na de start van de behandeling het goed doet en weer aan het werk is.¹⁷ 

SAMENVATTING

- Dokters denken soms dat ze niet ziek zullen worden.
- Als patiënt krijgen dokters daardoor niet altijd de hulp die ze nodig hebben.
- Een geconsulteerde arts geeft niet altijd optimale zorg aan een zieke collega.
- Bij verslaving zijn deze wederzijdse barrières voor het geven en ontvangen van adequate hulp extra sterk aanwezig.
- Verslaafde artsen zouden snel hulp moeten kunnen krijgen van specialisten in de verslavingsgeneeskunde. In dit artikel wordt een voorstel gedaan voor de organisatie hiervan.
- Er moet snel een gezondheidszorgprogramma voor verslaafde dokters worden ontwikkeld.

beeld: Getty Images



Referenties

1. Lens P Zieke dokters. Utrecht, Van der Wees, 1999.
 2. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179(6): 302-5.
 3. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol* 2008; 43(2): 198-203.
 4. Flaherty JH, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents and physicians: recent advances in the treatment of addictive disorders. *Psychiatr Clin N Am* 1993; 16: 189-95.
 5. Single E, Brewster JM, MacNeil P, Hatcher J, Trainor C. The 1993 General Social Survey II: alcohol problems in Canada. *Can J Publ Health* 1995; 86: 402-7.
 6. Helen W. A Road Less Traveled. *Ann Intern Med.* 2003; 138(12): 1004-5.
 7. Brooke D. The Addicted Doctor: Caring Professionals. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166: 149-53.
 8. Horn MO. The Other Side of the Bed Rail. *Ann Intern Med.* 1999; 130(11): 940-1.
 9. Bateman C. The drug-addicted doctor-who dares to care? *S Afr Med J.* 2004; 94(9): 726-7.
 10. Rogers, T. Barriers to the doctor as patient role. A cultural construct. *Aust Fam Physician* 1998; 27(11): 1009-113.
 11. Joines V. Similarities and Differences in Rackets and Games. *Transactional Analysis Journal* 1982; 12: 280-3.
 12. Levine S, Stephens R. Games Addicts Play. *Psychiatric Quarterly* 1971; 45: 582-92.
 13. Miller WM, Rollnick S. Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering. *Ekklesia*; 2005.
 14. DuPont RL, Skipper GL, Carr G, Gendel M. The structure and function of physician health programs in the United States. *J Subst Abuse Treat* 2009; 36: (in press).
 15. Marshall EJ. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. *Occup Med (Lond)* 2008; 58(5): 334-40.
 16. Gastfriend DR, . Physician substance abuse and recovery: what does it mean for physicians-and everyone else? *JAMA* 2005; 293(12): 1513-5.
 17. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ* 2008; 337:a2038.
- ??