

JONGE HOOGOPGELEIDE VROUW MAAKT MEER KANS OP BEHANDELING

Tegenoverdracht arts beïnvloedt doorverwijzing

In de interactie met patiënten spelen bij de arts onbewust allerlei gevoelens en ervaringen mee. Dat is van invloed op het zorgtraject. Zodanig zelfs dat bepaalde typen patiënten meer – of juist minder – kans maken op doorverwijzing dan andere. Psychiater Lucas Schalk pleit voor bewustwording van deze ‘tegenoverdracht’.

Het is vakantie en ik kijk naar jongens die een dam in een beek bouwen. De waterstroom zoekt zijn weg tussen de verschillende niveaus. En terwijl ik daar wat zit te mijmeren over de waterdruppels die zich een weg banen – de een wat makkelijker dan de ander – valt me een vergelijking met ons zorgsysteem in. De waterdruppels die blijven hangen raken iets. Hebben alle druppels gelijke kansen om te stromen zoals ze willen? Hoe zit dat met onze dammen – tussen de eerste, tweede en derde lijn – en welke rol hebben wij als hulpverlener hierbij?

Tussen de vakanties door werk ik in een derdelijnskliniek waar (onder andere) complexe posttraumatische stressstoornis (PTSS) en dissociatieve stoornissen worden behandeld. Het valt me op dat een bepaalde groep veel beter vertegenwoordigd is dan de andere. De grootste groep in de spreekkamer is die van – kort door de bocht gezegd – jonge hoogopgeleide vrouwen. Het kan zo zijn dat juist deze groep de helaasheid van een combinatie van risicofactoren ondergaat, maar iets zegt me dat dit niet het hele verhaal is en dat we de rol van de hulpverlener niet moeten onderschatten.

Zorghordes

In een derdelijnskliniek komen de mensen die een paar zorg-hordes hebben weten te nemen en van de eerste naar de tweede naar de derde lijn zijn doorgestoten. Het nemen van een horde gaat niet vanzelf. Er komen mensen – professionals – aan te pas die de verwijzing regelen. Er moet een reden zijn om door te

verwijzen, en de professionals moeten voldoende gemotiveerd zijn om het zetje over de horde te organiseren.

Wat is daarbij helpend en wat is belemmerend? Laten we inzoomen op de hulpverlener die de verwijzing organiseert. Zoals gezegd een professional gewapend met richtlijnen, parate kennis over ziektebeelden, een goed werkend stelsel van normen en waarden, en een ontwikkeld rechtvaardigheidsgevoel. En daarnaast zijn wij professionals ook mensen die met gevoelens en eerdere ervaringen te dealen hebben. En met sociale codes en context.

Als we met andere mensen communiceren, herleven we daarbij ook oude ervaringen. Een manier om het complex van gevoelens dat een persoon bij ons oproept te beschrijven, is door gebruik te maken van het begrip tegenoverdracht. Overdracht is een begrip uit de psychoanalytische traditie en is kort gezegd een onbewuste reactie die bestaat uit gevoelens, gedachten, fantasieën over en door eerdere ervaringen van relaties, die in een nieuwe relatie weer worden geactiveerd. Tegenoverdracht is de vorm van overdracht van de hulpverlener; de reactie van de hulpverlener op de patiënt. Er bestaat positieve en negatieve tegenoverdracht.

Overdrachtsgevoelens

Als we het hebben over de jonge hoogopgeleide vrouwelijke doorverwezen personen in de derdelijnskliniek waar ik werk, kunnen we speculatief onderzoeken hoe het zit met de overdrachtsgevoelens van de verwijzende hulpverlener. Die zal ongetwijfeld prettige ervaringen hebben gehad met jonge en hoogopgeleide mensen, die immers een groot deel van zijn omgeving vormen. Deze ervaringen komen het nieuwe contact ten goede.

Dan de hulpverleners die in de kliniek werken; zij spelen ook een belangrijke rol. Zij doen behandelingen die onderzocht zijn

Professionals zijn ook mensen met gevoelens en eerdere ervaringen



bij de beschreven groepen, ze zijn er goed in en ze willen ermee doorgaan. Het behandelen van deze groep is ook uitdagend op een intellectueel niveau, wat uitnodigt er vooral mee door te gaan. Wij als behandelaren zullen de verwijzers eerder aanmoedigen om dergelijke personen naar ons te sturen, zodat we ze kunnen blijven behandelen. De verwijzers leren dan al doende dat de aandoening die we in de derdelijnskliniek behandelen niet alleen vaker voorkomt bij de jonge hoogopgeleide vrouw, maar ook dat deze daar met graagte en succes behandeld wordt. Dat kan een goede reden zijn om door te blijven verwijzen.

Mondig

Tegenovergesteld aan bovenstaande positieve gevoelens staan de negatieve tegenoverdrachtsgevoelens. De hoogopgeleide persoon is meestal mondig en niet alleen in staat om een appel te doen op de hulpverlener, maar ook om deze te mobiliseren. Dat kan bijvoorbeeld door contact te blijven zoeken en op andere manieren druk uit te oefenen. En dat kan – naast een gevoel van urgentie – ook negatieve tegenoverdrachtsgevoelens geven als weerzin. Ook dit kan de reden zijn voor een doorverwijzing, om van dit gevoel af te komen.

En wie heeft niet stiekem weleens gewenst dat er een einde kwam aan de stroom patiënten? In de hoogmoed waarin we kozen voor het vak van hulpverlener hadden we de fantasie deze stroom te kunnen indammen, wat al snel onmogelijk bleek. Deze onmacht kan worden afgedekt door hem simpel-

weg te ontkennen, bijvoorbeeld door het probleem van de volgende zieke persoon te verschuiven naar een ander zorg-echelon.

Discriminatie

Los – maar niet helemaal – van tegenoverdrachtsgevoelens komt discriminatie voor. In 2015 gaf bij een enquête in opdracht van het Trimbos-instituut 82 procent van de panelleden aan discriminatie te hebben ervaren. Discriminatie zal er ook aan bijdragen dat bepaalde groepen niet verwezen worden. In de kliniek nemen we maar zelden mensen op met een niet-westerse achtergrond.

De vraag waar de mensen met complexe PTSS en dissociatiestoornissen en een niet-westerse achtergrond blijven, is niet eenduidig te beantwoorden. Zij zullen mogelijk ook een ander verklaringsmodel voor hun klachten hanteren en bij andere hulpverleners terecht komen. En ook spelen taalbarrière en andere interculturele interpretatieproblemen een rol. Dat zijn rationalisaties die de ervaring van de panelleden van het Trimbos niet wegnemen; discriminatie speelt een rol en verdient meer aandacht.

Tot slot moeten we ter nuancering van de centrale rol van de verwijzende professional de kant van de organisatie en de patiënten niet vergeten. De organisatie richt zich bijvoorbeeld op een bepaalde doelgroep, zoals een bekend merk dat ook doet. En aanbod creëert vraag. Er zijn ook klinieken gespecialiseerd in het behandelen van personen met een forensisch en juridisch kader. Hier worden dan weer meer laagopgeleide mannen met agressie gezien dan jonge hoogopgeleide vrouwen.

Bewustwording

Hoe kunnen we dit meenemen in onze dagelijkse praktijk? Als we ons beperken tot de overdrachtsgevoelens die bij verwijzers spelen, zijn onderzoek en bewustwording een goede eerste stap. Als we onszelf of elkaar onderzoeken op deze processen, kunnen we ons bewust zijn van de positieve en negatieve complexen van gevoelens en ervaringen die personen in ons oproepen. Hoe zit het met discriminatie in ons verwijssysteem? Vervolgens kunnen we deze reflecties meewegen in het zo rechtvaardig mogelijk toewijzen van de schaarse zorgmiddelen. Wellicht komen bij ons dan ook andere onderbelichte groepen in beeld, zoals de oude, laagopgeleide niet-westerse man met complexe PTSS of dissociatieve klachten, die daar waarschijnlijk net zo graag vanaf wil als de hoogopgeleide vrouw. ■

contact

l.schalk@fivoor.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De gebruikte bronnen vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.