

Over onze psychische gezondheid als zorgprofessional

'Zet eerst uw eigen zuurstofmasker op'



Antoinet Oostindiër, Niels Tinga

Drs. A. Oostindiër, psychiater, AerreA,¹
een GGZ-instelling specifiek voor
zorgprofessionals, Wormer

Drs. N. Tinga, psychiater, AerreA,
een GGZ-instelling specifiek voor
zorgprofessionals, Wormer



¹ <https://www.aerrea.nl/media/> (interviews, artikelen, podcasts).

SAMENVATTING

Onderzoek naar de prevalentie van psychische ziekten onder zorgprofessionals suggereert veelal een verhoogde prevalentie. In het bijzonder gedurende de opleiding maar ook gedurende hun werkzame leven is dit het geval. Een aantal risicofactoren bevordert het ontstaan van psychische ziekten: systemische factoren zoals bezuinigingen leiden tot omgevingsfactoren zoals een toename in administratie- en werkdruk door minder personeel en dit verstoort een gezonde werk-privébalans. Maar ook socioculturele factoren zoals een vermindering van (beleefde) status en zingeving alsmede een verhoogde veeleisendheid en klachtbereidheid van patiënten dragen hieraan bij. Interpersoonlijke factoren als een achtergrond waarin parentificatie speelt en de voorkeur voor eigenschappen zoals perfectionisme en zelfopoffering bij de selectie voor vervolgoopleidingen houden een cultuur in stand die gezonde grenzen in de weg staan, en daarmee bestaande psychische klachten onderhouden. Stigma ten aanzien van psychische klachten speelt ook een rol onder zorgprofessionals waarbij hun kennis ook een barrière kan vormen om adequate hulp te zoeken of te krijgen.

Inleiding

Als zorgprofessional werkt u dagelijks met patiënten die een heel uiteenlopende achtergrond kunnen hebben. Maar wat als uw patiënt ook zorgprofessional is? Kunt u zich dan direct relateren aan hem of haar en begrijpt u daardoor wat er speelt? Of komt dit juist 'te dichtbij' en ziet u belangrijke aspecten over het hoofd? Hebben zorgprofessionals ander ziektegedrag en komen sommige psychische ziekten meer of minder voor bij hen? En wat als u zelf hulp nodig hebt vanwege psychische klachten; is uw kennis dan in uw voordeel of juist niet? In de afgelopen jaren heeft zowel de WHO als de KNMG expliciet zelfzorg in hun gedragscode opgenomen, maar hoe geef je dat precies vorm?

In dit artikel bespreken we naast relevante literatuur op dit gebied ook de ervaringen uit onze eigen klinische praktijk, een GGZ-instelling gericht op zorgprofessionals, waar uitsluitend artsen, psychologen en, in mindere mate, andere beroepsgroepen worden behandeld. Om te benadrukken dat de hier beschreven situaties ook u en ons betreffen zullen wij deze zo veel mogelijk in de wij-vorm beschrijven.



LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:

- weet u meer over de prevalentie en incidentie van psychische problematiek onder zorgprofessionals;
- bent u zich bewust van eigen – mogelijke – kwetsbaarheden en de verschillende factoren die hierin een rol spelen;
- hebt u meer zicht op de klachtenpresentatie van de zorgprofessional;
- hebt u kennis over de rol van (zelf)stigma.



CASUS

Per e-mail meldt zich een vrouw aan, we noemen haar Lisa, ze legt haar verhaal zakelijk en kort uit, en vraagt of wij misschien iets voor haar kunnen betekenen. Ze denkt aan een kort coachingstraject, want ze is jaren eerder al eens in therapie geweest. Ze is gewoon aan het werk maar oude zaken spelen op. We vragen haar zich aan te melden, maar horen daarna maanden niets meer van haar.

Dan komt Lisa opeens in beeld met de vraag om een intake te plannen voor coaching, ze is niet bij de huisarts geweest voor een reguliere verwijzing.

Het betreft een 38-jarige GZ-psycholoog, moeder van twee kinderen van 6 en 3. Ze is getrouwd met een man die ook in de zorg werkt. Zij combineert een dag eigen praktijk met drie dagen werken bij een middelgrote GGZ-instelling, de plek waar ze ook haar opleiding deed.

Wanneer we haar spreken valt op dat ze alles zelf goed op een rijtje kan zetten en dit ook heel zakelijk uit de doeken doet. Lisa heeft eerder sombere episodes doorgemaakt, onder andere na de geboorte van haar tweede kind. En misschien ook wel toen ze 17 was en haar eindexamen niet

haalde. Misschien heeft ze dat van haar vader die vaak depressief was, maar gelukkig is het niet zo ernstig als bij hem. Verder heeft ze een lieve moeder, vindt ze. Dat het nu allemaal wat veel is om te combineren verbaast haar, normaal kan ze veel meer aan. Ze houdt alle ballen in de lucht maar haar man vindt haar somber, haar kinderen krijgen soms een snauw waar ze zich dan erg voor schaamt, en haar vriendinnen ...? Daar heeft ze even geen tijd meer voor. Verder irriteert alles haar overmatig, maar dat kan ze goed verbloemen. Haar werk gaat best goed, vindt ze zelf. Bovendien blijkt dat veel van haar collega's hetzelfde soort drukte en ook dezelfde soort klachten lijken te hebben, dus wat haar betreft is het nou ook weer niet zo bijzonder wat er speelt.

Tijdens de aanvullende intake door een beeldend therapeut komt vooral de sombere kant van Lisa naar voren en kan ze verdrietig zijn. In sombere kleuren geeft ze haar toekomst weer en ze kan weinig hoopvol laten zien. Het is allemaal een kwestie van doorgaan en niet zeuren, waarbij ze steeds hogere eisen aan zichzelf gaat stellen om het vol te houden. Op de modi-vragenlijst scoort ze hoog op de modi 'willoze

inschikkelijke' en 'onthechte beschermer', naast de modus 'veeleisende ouder'. Tevens zien we op de schemavragenlijst hoge scores op de schema's 'meedogenloze normen', 'zelfopoffering' en 'emotionele verwaarlozing'. Op de BDI-II scoort ze met 28 hoog, maar vooral in de somatische en cognitieve domeinen. Ze is verrast door de hoge score en zegt zich niet direct te herkennen in een depressieve stoornis, dat lijkt haar eigenlijk wat te zwaar. Zelf denkt ze meer aan een burn-out, en ze wil voorkomen dat deze ernstiger wordt.

Prevalentie

Het vergelijken van prevalentiecijfers van zorgprofessionals met die van de algemene bevolking die recht doet aan onze eigen situatie in Nederland kent een aantal beperkingen. Zo is onderzoek uit andere landen niet altijd representatief voor onze situatie. Ook de manier waarop klachten worden gemeten (zelfrapportage of door middel van gestructureerde interviews) maakt vergelijken vaak lastig. Deze beperkingen in gedachten houdend bespreken we hieronder het meest recente onderzoek op dit gebied.

Een recente systematische review en meta-analyse naar suïcidaliteit onder artsen in met name Europese en Noord-Amerikaanse landen toont aan dat het risico om door suïcide te overlijden bij (vooral vrouwelijke) artsen fors hoger is dan in de algemene bevolking. Dit risico verschilt per specialisme.¹ In een cohort van Britse artsen dat twintig jaar werd gevolgd werden bijna twee keer zoveel psychische klachten gemeld (zowel bij zelfrapportage als in gestructureerde interviews) als bij Britse werknemers in het algemeen.² In een recente studie onder Britse klinisch psychologen gaf bijna twee derde (62,7%) aan op enig moment in hun leven een of meer psychische problemen te hebben ervaren. Bijna de helft van hen had twee of meer verschillende psychische problemen ervaren, en 12,2% drie of meer. De vorm van deze laatste studie (een oproep binnen de beroepsvereniging om deel te nemen aan zelfrapportage) kan overigens hebben geleid tot een selectiebias en deze bevindingen zijn dus niet zonder meer te generaliseren naar alle klinisch psychologen.³

In een Nederlands onderzoek onder artsen van een academisch medisch centrum werden op één meetmoment bij 29% van hen depressieve klachten en bij 24% van hen angstklachten gevonden die konden wijzen op het bestaan van een psychische stoornis.⁴ De beperkte zelfrapportagelijst die hierbij werd gebruikt (de BSI) maakt het interpreteren van deze cijfers ten opzichte van die uit de algemene bevolking (met een uitgebreid gestructureerd interview zoals de NEMESIS-studies) niet goed mogelijk, maar de gevonden scores waren wel hoger dan die in vergelijkbare normgroepen. In een andere systematische review van vijftien onderzoeken, grotendeels uitgevoerd in Westerse landen werden 20 452 onderzoeksdeelnemers, voornamelijk geneeskunde- en farmaciestudenten maar ook huisartsen en verpleegkundigen,

vergeleken met vergelijkbare normgroepen. In de onderzoeksgroepen werden significant meer angst-, burn-out-, depressieve klachten en zelfmoordgedachten gevonden.⁵

Het beeld dat wij als groep sneller naar drank en middelen grijpen om te ontspannen, lijkt breed te leven. Maar onderzoek naar verslaving onder artsen liet tot voor kort een wisselend beeld zien met zowel hogere als lagere prevalentiecijfers ten opzichte van de algemene bevolking.⁶⁻⁸ In een recente, goed uitgevoerde studie onder Nederlandse artsen bleek de prevalentie van alcoholverslaving niet af te wijken van die van een vergelijkbaar hoogopgeleide selectie van de bevolking. Een kanttekening hierbij is wel dat hoger opgeleiden überhaupt een hogere kans op problematisch alcoholgebruik hebben dan lager opgeleiden.⁹ Artsen bleken in deze Nederlandse studie echter wel vaker een verslaving aan kalmerende middelen te hebben dan de controlegroep.¹⁰ Vergelijkbaar uitgevoerde studies voor andere zorgprofessionals zijn niet voorhanden.

In onze praktijk blijkt middelengebruik veel voor te komen. Vaak zetten we deze middelen in om werkgerelateerde spanningen te bestrijden bij gebrek aan een meer constructieve coping. In Nederland bestaat voor artsen een speciale hulplijn voor verslaving om de drempel naar hulp te verlagen: ABS-artsen; die is echter niet voor andere zorgprofessionals beschikbaar en kan ook niet gebruikt worden voor andere psychische klachten. In onze praktijk zien we vaker terughoudendheid om verslavingsgedrag te benoemen uit angst voor de gevolgen, zoals verlies van werk. Dat zou kunnen verklaren waarom sommige artsen de stap naar een dergelijke speciale voorziening niet durven zetten terwijl er wel voldoende publiciteit aan wordt gegeven in verschillende vakbladen. Uiteraard kan verslavingsgedrag ook de behandeluitkomst negatief beïnvloeden wanneer hier niet expliciet aandacht aan wordt besteed of als het wordt ontkend. Kennis over hoe middelen worden ingezet door zorgprofessionals helpt om dit beter bespreekbaar te maken tijdens intake en behandeling.

In de media wordt met enige regelmaat beschreven dat het aantal burn-outklachten onder zorgprofessionals toeneemt. Zo beschreef een enquête uitgevoerd onder jonge artsen in 2022 dat 25% burn-outklachten had, terwijl dit percentage in 2020 nog 14% bedroeg.^{11,12}

In zijn recente boek over burn-out is psychiater Christiaan Vinkers kritisch over dit soort cijfers omdat enquêtes te weinig specifiek zijn in het meten van de ernst van de klachten. Dit terwijl hij benadrukt dat een 'echte' burn-out, waarbij patiënten vaak rond de achttien maanden uitvallen, een zeer serieus te nemen beeld is dat verschilt van 'burn-outklachten'. Dat er geen DSM-classificatie bestaat voor burn-out is volgens hem verdedigbaar omdat er een sterke overlap is met de klachten van een depressieve of angststoornis.^{13,14}

Ook in onze klinische praktijk zien we dat we patiënten met een burn-out (zelfverklaard of vastgesteld door een huisarts of bedrijfsarts) die daardoor forse en langdurige beperkin-

gen hebben, vaak classificeren voor een depressieve en/of angststoornis. En net als in de casus beschreven past de term depressie niet altijd bij wat patiënten zelf beleven aan hun stemming; ze ervaren vooral de vitale kenmerken en cognitieve problemen. Daarnaast is de term burn-out een stuk beter geaccepteerd en wordt hierbij minder (zelf)stigma ervaren. Dat we uit de literatuur kunnen opmaken dat zorgprofessionals overwegend een verhoogde prevalentie van psychische ziekten laten zien, is in overeenstemming met het feit dat psychische beroepsziekten in absolute zin het vaakst voorkomen bij werknemers in de gezondheidszorg (kerncijfers beroepsziekten 2023) en het feit dat het ziekteverzuim het hoogste is in de zorgsector. In het eerste kwartaal van 2023 betrof dit 8,1% ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 5,7% (CBS) en ook in de voorgaande jaren was dit stelselmatig hoger (ARBO-balans). Gezien het recente overheidsbeleid in Nederland, waarin het aandeel werkenden binnen de gezondheidszorg niet zou mogen stijgen, is het dus van het grootste belang om zicht te krijgen op de oorzaken (en daarmee mogelijk preventiemogelijkheden) van psychische ziekte binnen deze beroepsgroep.¹⁵⁻¹⁷

CASUS (VERVOLG)

Ondanks haar verzoek om coaching wordt tijdens de intake ook voor Lisa zelf steeds duidelijker dat haar klachten ernstiger zijn dan ze zichzelf heeft voorgehouden. Zij spreekt alsnog haar huisarts en wordt verwezen voor specialistische GGZ-zorg binnen onze instelling. Zij classificeert voor een depressieve stoornis, recidiverend, matig tot ernstig, en een gegeneraliseerde angststoornis. Op basis van de SCID-5-P classificeert ze tevens voor (trekken van) een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Haar klachten kunnen begrepen worden in de context van een jeugd waarin vader door zijn depressies dermate beperkt was dat zij al op zeer jonge leeftijd zelfstandigheid moest tonen. Haar moeder had haar handen vol aan haar jongere broers en zusjes en daardoor nam zij ook voor hen de zorgtaken op zich. Gedurende een korte periode, toen zij ongeveer 10 jaar was, kreeg het gezin hulp van een gezinsverzorger met wie ze snel een goede band kreeg. Dit was de enige periode die ze zich kan herinneren tijdens haar jeugd waarin ze zich even zorgeloos voelde. De gezinsverzorger moest plotseling stoppen, en verdween uit haar leven zonder afscheid te nemen, het is haar nooit duidelijk geworden waarom. In de periode hierna kreeg zij voor het eerst sombere buien maar zij vertelde dit niet aan haar ouders. Deze depressieve episodes bleven zich herhalen gedurende haar adolescentie en studietijd, maar naar buiten toe liet zij hier niets van merken. Door zich op haar opleidingen te storten, en tijdens haar werk op de zorg voor anderen, vond zij een modus om haar eigen klachten naar de achtergrond te dringen. Ook de depressieve episode na de geboorte van haar tweede kind heeft

ze bestreden door zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. Momenteel speelt echter een reorganisatie die zoveel druk legt op Lisa en haar collega's dat ze hierdoor slecht is gaan slapen en door het vele piekeren opziet tegen de dag. Ook in haar eigen praktijk kan ze zich steeds minder goed concentreren. Een heteroanamnese met haar partner levert extra informatie op die het bestaan van de depressie en dwangmatige trekken definitief bevestigt.

Risicofactoren

Werken in de zorg kan veel zingeving en voldoening brengen, in het algemeen een beschermende factor tegen het ontstaan van psychische ziekten. Helaas geeft werken in de zorg ook risico's op het ontstaan van psychische ziekten die we specifiek in de zorg tegenkomen. Daarnaast zijn er onderhoudende factoren aan te wijzen die behandeling of spontane remissie bemoeilijken.¹⁸ Veelgenoemde oorzaken voor (over)belasting en het ontwikkelen van psychische klachten zijn de hoge administratieve lasten, de competitieve cultuur en een focus op het belang van patiënten boven ons eigen welbevinden. Aan de hand van een rapport van de *British Medical Association* uit 2019,¹⁹ waarin kwalitatief onderzoek werd gedaan onder artsen, kunnen we risico- en onderhoudende factoren met meer nuance indelen op een wijze die voor meerdere zorgverleners van toepassing is. Hierna bespreken we risicofactoren aan de hand van deze indeling.

Systemische factoren

Systemische factoren zijn gedefinieerd als veranderingen in werkstructuren die worden opgelegd door maatregelen van buitenaf. Deze zijn vaak gekoppeld aan bredere maatschappelijke ontwikkelingen zoals bezuinigingen vanuit de overheid of veranderingen in bekostigingssystemen. Het gebrek aan invloed op deze veranderingen en de inperking van de autonomie van zorgprofessionals die hier vaak het gevolg van is vormt een overkoepelende risicofactor. Ook in onze praktijk zien we hoe bevlogen zorgprofessionals langere tijd goed kunnen functioneren totdat een systemische verandering het evenwicht onderuithaalt. Een reorganisatie, zoals in de casus beschreven, leidt dan tot onderbezetting en toegenomen werkdruk waardoor een gezonde balans in werk en vrije tijd niet meer mogelijk is.

Omgevingsfactoren

Dergelijke systemische factoren leiden dus tot een verandering in omgevingsfactoren zoals het versoberen van faciliteiten (bijvoorbeeld passende werkruimte, een personeelsformatie die rekening houdt met ziekte en diensten) en een toename van administratieve druk en afname van rusttijd. De gevolgen van een hoog ziekteverzuim voor de achterblijvers die het werk moeten verdelen en de dienstroosters moeten opvullen met minder mensen, zijn groot. Een Australische studie onder specialisten in opleiding toont bijvoorbeeld aan dat een verhoogde werkduur (50 uur per

week of meer) leidt tot een verdubbeling van psychische klachten, waaronder suïcidaliteit.²⁰ Uit een eerder Brits onderzoek bleek de relatie tussen werkuren en psychische klachten complex, en was het totale aantal uren slaap dat een medisch specialist in opleiding kon krijgen het meest bepalend.²¹ In een Noord-Amerikaans onderzoek bleek dat medisch specialisten die minder dan 20% van hun tijd kunnen besteden aan het werk dat zij zelf het meest zinvol vinden, een tweemaal zo hoge kans hadden op het ontwikkelen van een burn-out.²² Ook in Nederland speelt dit: de discussienota 'Zorg voor de Toekomst' uit december 2020²³ benadrukt de hoge administratieve druk in ons land. Zorgprofessionals zijn volgens deze nota tot wel 40% van hun tijd kwijt aan administratie en een deel van die tijd besteden ze aan handelingen waar ze het nut niet van inzien. Door tekorten ontstaat er niet alleen schaarste in het aantal zorgprofessionals maar ook aan capabele ondersteuning. Gebrek aan leiderschap is een van de voornaamste redenen voor het vertrek van zorgpersoneel en wordt daarmee zowel een risicofactor als een onderhoudende factor voor uitval.^{24,25} Wanneer het verloop van zorgpersoneel zou verbeteren door beter leiderschap zou een deel van risicofactoren kunnen worden ondervangen. In Nederland heeft stichting IZZ bijvoorbeeld een interventie ontwikkeld die de communicatie tussen leidinggevende en afdeling helpt bevorderen en daarmee het ziekteverzuim met 41% vermindert, op de langere termijn zelfs met 68%.²⁶

Endemische factoren

Dat werken in de zorg belastend kan zijn weten de meeste zorgprofessionals, en in enige mate kiezen ze hier bewust voor. Deze endemische factoren zijn specifiek voor het werk in de zorg en worden dus vaak door zorgprofessionals geaccepteerd. Maar in combinatie met bovenstaande factoren vormen ze alsnog een risicofactor voor het ontstaan van psychische klachten. Zo speelt een toename van wetenschappelijke kennis en richtlijnen die ons helpen beter te behandelen, maar het bijhouden van deze kennis legt ook een grotere druk op zorgprofessionals en kan ze in toenemende mate onzeker maken over eigen kunde en kennis. Het werken in acute situaties wordt door de meeste zorgprofessionals ook gezien als een integraal onderdeel van het werk. Doordat we ons geregeld in de frontlinie bevinden van maatschappelijke crises, zijn wij echter kwetsbaarder voor de effecten hiervan. Rondom de COVID-pandemie werden bijvoorbeeld sterk verhoogde prevalentiecijfers van psychische klachten van met name (traumatische) angst en depressie gevonden onder zorgprofessionals.^{27,28} Ook in onze praktijk zagen we de gevolgen van de COVID-pandemie terug in de hoge mate van angststoornissen en PTSS die zijn ontstaan juist na deze periode. Wij hebben meerdere getuigenissen waarbij de eigen normen ten aanzien van goed zorgverlenerschap moesten worden overschreden om toch zo veel mogelijk mensen te redden. Dit leidt tot 'moral injury', gedefinieerd als een indringende ervaring waardoor de eigen opvatting van rechtvaardigheid

aan het kantelen wordt gebracht; een geschokt vertrouwen door zelf te handelen of juist niet te handelen. Voorbeelden zijn: het moeten werken zonder beschermingsmiddelen met de angst je eigen naasten te kunnen besmetten, niet aanwezig zijn bij IC-patiënten die ontwaken uit sedatie omdat er onvoldoende personeel voor aanwezig was en als opleiding ingezet worden om taken en verantwoordelijkheden over te nemen waar je niet bekwaam voor bent. Ook het online begeleiden of behandelen van patiënten, omdat face-to-face contacten niet mogelijk waren, hebben bij veel GGZ-medewerkers gevoelens van onveiligheid en machteloosheid opgeleverd. Dit werd ten tijde van de pandemie volgehouden uit plichtsbesef en loyaliteit. Na afloop gingen wij pas de angst voelen passend bij de situatie waar we toen in verkeerden. Wanneer wij hiervoor hulp gingen zoeken was dit vaak met de aarzeling of we 'recht hadden' op deze klachten en daarmee ook recht op hulp. Hierbij spelen schaamte en schuld over het eigen handelen maar ook wederom loochening van de klachten waardoor een uitstel ontstaat in aanmelding en hulp, het zogenoemde *patient's delay*. Dit soort uitgestelde effecten zijn voornamelijk weinig onderzocht in weerwil van kennis over dit fenomeen bij oorlogsveteranen met vergelijkbare klachten. Toch heeft de aandacht die er gedurende en tijdens de COVID-pandemie was voor zorgprofessionals in de frontlinie er mogelijk voor gezorgd dat (zorg om) het welbevinden van onze beroepsgroep weer meer in de maatschappelijke aandacht is komen te staan.

Socioculturele factoren

Socioculturele factoren zijn bijvoorbeeld de (beleefde) afname van status en zingeving en toename van veeleisendheid en klachtbereidheid van patiënten. Doordat de afgelopen jaren het kostenaspect van de zorg steeds uitgebreid wordt belicht in de politiek, terwijl de waarde van de zorgsector voor de maatschappij veel minder wordt benoemd, beleven steeds meer zorgverleners een verminderde maatschappelijke waardering. In combinatie met toegenomen werkdruk leidt dit tot minder werkplezier en een verminderd gevoel van betekenisgeving van het werk.

Een klacht of tuchtzaak is opvallend vaak de uiteindelijke druppel om zich bij onze praktijk aan te melden. Hiermee verband houdend is het meemaken van (traumatische) calamiteiten ook een ernstige risicofactor in onze beroepsgroep. Wij merken dat onze patiënten die hiermee te maken krijgen vaak een gebrek aan ondersteuning ervaren, enerzijds doordat ze de weg naar hulp niet goed kunnen vinden, anderzijds door een gebrek aan specialistische behandelmogelijkheden die de doelgroep adequaat kunnen bedienen. Hierbij speelt (zelf)stigma ook een grote rol. Er worden wel programma's aangeboden zoals *peer support*, maar de beschikbaarheid van en de toeleiding naar deze vorm van zorg is vaak nog gebrekkig, zo blijkt uit de vele ervaringsverhalen die wij optekenen in onze praktijk.

Interpersoonlijke factoren

Interpersoonlijke factoren zoals het uitblijven van steun of zelfs ervaringen van vernedering of pesten als gevolg van een hiërarchie waarin kwetsbaarheid negatief wordt bestempeld spelen een rol. Loyaliteitsconflicten ontstaan snel wanneer een zorgprofessional overweegt zich ziek te melden. In onze praktijk zien we dat patiënten die zich bij ons komen melden vaak lang hebben gewacht omdat zij hun collega's en hun eigen patiënten niet in de steek willen laten. Dit resulteert vaak in meer klachten en langere uitval van werk wanneer zij uiteindelijk deze stap gezet hebben. Ook hier speelt het eerdergenoemde *patient's delay* een rol.

Onder deze factoren valt ook de hoge mate van parentificatie die wij constateren op grond van de biografische gegevens van onze patiënten. Onder parentificatie verstaan wij het opgelegd krijgen van zorgtaken binnen het gezin (op instrumenteel en/of emotioneel vlak) terwijl dit niet passend is voor de leeftijd. Dit kan heel impliciet en ogenschijnlijk vrijwillig gebeuren en wordt ook vaak zo ervaren door de volwassen geparentificeerde zorgprofessionals. Geparentificeerde kinderen lopen meer kans op depressie en angst vanuit een automatisch en onbewust patroon waarbij ze makkelijker beantwoorden aan de wensen van anderen dan dat ze rekening houden met hun eigen wensen.²⁹ Zij die kiezen voor een beroep in de zorg vanwege zorgtaken voor een familielid met psychische ziekten hebben vanwege hun verwantschap in sommige gevallen ook een genetisch verhoogd risico op het zelf ontwikkelen van psychische problematiek.³⁰

Dat de prevalentie van psychische ziekten onder medische studenten verhoogd is, zoals eerder beschreven, kan het gevolg zijn van deze pre-existente factoren naast de hoge studielast die deze opleiding met zich meebrengt en de hiërarchische structuur waarin dit gebeurt. Vermeldenswaardig is een Noord-Amerikaanse studie waar geneeskundestudenten voor aanvang van hun opleiding een betere psychische gezondheid rapporteren dan gematchte controles en tijdens de opleiding juist significant meer psychische klachten laten zien bij zelfrapportage.³¹ Nader onderzoek is nodig om onderscheid te maken tussen welke elementen van de opleiding ziekmakend zijn, en welke pre-existente factoren tot expressie komen binnen de opleiding. Wij zien vaak dat zorgprofessionals een groot deel van hun identiteit en daarmee mogelijk zelfs hun bestaansrecht en zingeving ophangen aan hun beroep. Hierdoor gaan zij maar door, ook al ervaren ze klachten, en melden zij zich vaak laat aan voor hulp. Als ze zich melden is de volgende hobbel of zij zich daadwerkelijk ook nog geheel of gedeeltelijk ziek melden. De impact op het zelfgevoel maar ook op de collega's die achterblijven is groot. Een langdurige uitval bedreigt vervolgens het vermogen om in de toekomst weer aan het werk te komen als registraties gaan verlopen. Dit vormt vervolgens weer een risicofactor voor verhoogde schuld- en schaamtegevoelens en zelfs voor suïcidaliteit. De moeilijkheid om ons zelf goed te monitoren en het feit dat we bijvoorbeeld dysforie of anhedonie niet beleven als teke-

nen van een depressie, maken de diagnostiek lastig. Zorgprofessionals overschatten in het algemeen hun eigen vermogens op dit vlak, en afweermechanismen zoals overdekken door het tegendeel of rationaliseren en loochenen fungeren daarbij als hulpmiddel om door te gaan op dezelfde weg in plaats van stil te staan bij de onderliggende kwetsbaarheden. Onze ervaring in de praktijk is bovendien dat wij zorgprofessionals juist door bekendheid met de diagnostiek en de criteria de neiging hebben tot onderrapportage. Zelfrapportage-meetinstrumenten zijn daardoor ook niet altijd betrouwbaar.

Voorts spelen rigiditeit, perfectionisme en de hoge mate van toewijding om in opleiding te komen, waardoor selectie optreedt in toeleiding naar een zorgverlenend beroep.³² De collega die overmatig zorgvuldig is en altijd bereid is een dienst over te nemen wordt sneller in opleiding gevraagd. Hierdoor blijft een cultuur in stand waarin grenzen herkennen en erkennen juist wordt ontmoedigd of bemoeilijkt en dit vormt een instandhoudende factor voor psychische ziekten.

Risicofactoren binnen de GGZ

Het rapport 'GGZ uit de knel'³³ toont dat de afbouw van personeel in 2015 heeft geleid tot langere wachtlijsten die nog steeds bestaan. Het tekort aan personeel in de GGZ zal naar verwachting nog oplopen. Dat de kosten voor de GGZ in de afgelopen jaren fors zouden zijn gestegen zoals vaak wordt beweerd, en daarmee bezuinigingen noodzakelijk zijn, wordt volgens dit rapport niet gestaafd door feiten. Er is juist sprake van een discrepantie in de toename van psychische klachten in de bevolking en een budget dat hierbij achterloopt. Deze en andere specifieke omstandigheden binnen de GGZ maken dat bovengenoemde risicofactoren nog sneller kunnen optreden.

CASUS (VERVOLG)

Er wordt gezamenlijk een behandelplan opgesteld waarbij de keus wordt gemaakt voor deelname aan een groepstherapie op basis van de Affectfobie-methode (AFT). Dit wordt gecombineerd met een individueel traject van beeldende therapie omdat Lisa heeft ervaren dat ze tijdens de intake met de beeldend therapeut beter toegang had tot haar onderliggende emoties dan tijdens gesprekken. Lisa wimpelt eventuele barrières die gaan om het vrijmaken van de benodigde tijd voor therapie aanvankelijk weg. Als haar start in de groep naderbij komt blijkt ze echter nog niet met haar leidinggevende besproken te hebben dat haar rooster moet worden aangepast. Haar plan om tijdelijk minder patiënten in de eigen praktijk te behandelen heeft ze om verschillende redenen ook nog niet in gang gezet. In een evaluatie met de regiebehandelaar en de beeldend therapeut, die inmiddels wel een behandelrelatie heeft weten aan te gaan, wordt aan de hand van het beeldende werk inzichtelijk hoe sterk de angst is voor veroordeling vanuit haar omgeving, en hoe ze zichzelf voelt falen door te

kiezen voor de therapie die ze nodig heeft. Daarbij speelt ook dat ze het nog steeds moeilijk vindt om in de patiëntrol te stappen. Tijdens een gesprek met Lisa en haar partner blijkt zij thuis bijna als vanzelf nog veel taken op zich te nemen ondanks de wil van haar partner om hier meer in over te nemen. Lisa kan moeilijk verdragen dat haar partner genoeg neemt met een lagere standaard dan zij zelf hanteert (bijvoorbeeld in huishoudelijke zaken), en besluit het dan toch zelf te doen ondanks haar zeer beperkte energie.

Barrières en stigma

Naast publiek stigma is zelfstigma een van de belangrijkste barrières om psychische hulp te zoeken. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat door zelfstigma het zoeken naar hulp wordt uitgesteld, meestal uit schaamte en de overtuiging dat het niet de bedoeling is om zelf ziek te zijn, en de angst om tijd van andere zorgprofessionals te ‘verspillen’. Verder spelen zorgen met betrekking tot de vertrouwelijkheid en de daarmee gepaard gaande angst voor schade aan de professionele reputatie. Men weet ook vaak niet waar men veilig terecht kan. Wat helpt om deze barrières te overwinnen is een compassievolle, niet-stigmatiserende houding bij de zorgprofessionals bij wie ze aankloppen en flexibiliteit ten aanzien van afspraken.^{34,35} Kennis van deze mechanismen en ze benoemen helpt in onze ervaring. Vaak zijn zorgprofessionals al elders geweest maar voelden zij zich daar niet gehoord en serieus genomen. Hierbij speelt zeer waarschijnlijk ook de neiging om eigen klachten te normaliseren en bagatelliseren een rol. In onze praktijk zien we een grote schroom om openlijk hun ziekte te bespreken met collega's. Wij noemen dit uitdrukkelijk 'ziekte' om hen te helpen in dit proces. Wanneer zij uiteindelijk wel openheid van zaken durven te geven ervaren zij vervolgens ook niet altijd begrip van hun collega's. Er zijn zelfs aanwijzingen dat wanneer zorgprofessionals burn-outklachten ontwikkelen, het stigma ten aanzien van psychische klachten bij hen juist toeneemt in plaats van dat ze hier meer begrip voor krijgen.³⁶ Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan bij hoge werkdruk: doordat meer collega's met klachten rondlopen lijken deze universeel en versluiert dit de noodzaak om hulp te zoeken, de kans op stigmatisering neemt toe en de barrière wordt steeds groter. Dit laat onverlet dat bepaalde barrières zoals een hoge werkdruk, onregelmatig werken en overwerk ook tot de realiteit behoren van werken in de zorgverlening. Zorgprofessionals die bij ons in behandeling komen ervaren dat zij meer begrip ontvangen voor hoe ingewikkeld deze klem is ten opzichte van de reguliere GGZ-zorg. Met name in groepstherapieën waarin alle deelnemers zorgprofessionals zijn, vindt men meer herkenning voor deze specifieke werkomstandigheden. Dit pleit voor het breder aanbieden van zorgaanbod specifiek gericht op zorgprofessionals. Ook in de algemene bevolking is het stigma op psychisch lijden nog steeds groot. De onduidelijkheid en het gebrek aan kennis bij leken met betrekking tot wat er aan de hand is en het gevoel dat we bij psychische problematiek zelf een belangrijke

oorzaak van het probleem zijn geven veel reden tot schaamte en zelfverwijt. Onder zorgprofessionals is die schaamte nog groter. (Zelf)stigma heeft ook te maken met het gevoel dat wij als zorgprofessionals zelf geen klachten mogen ontwikkelen. Wij zijn de *zorgverlener* en niet de *zorgvrager*. Aan de andere kant van de tafel moeten zitten is voor ons extra lastig. Hierdoor treden afweermechanismen als verdringen, vermijden, rationaliseren en loochenen in werking. Daarnaast is er de diepgewortelde en vervolgens door de opleiding verder gestimuleerde zelfopoffering een factor die ons parten speelt. Parentificatie als onderdeel van zelfopoffering maakt dit nog een groter probleem. Het gaat steeds om het – deels onbewuste – gevoel niet te mogen vragen maar vooral of zelfs uitsluitend te mogen geven.

CASUS (VERVOLG)

Door Lisa actief te ondersteunen met systeemgesprekken en door een plan te maken hoe zij haar klachten op een passende manier kan bespreken met haar bedrijfsarts en leidinggevende kan zij alsnog starten in de groepstherapie. Ondanks haar reserves ervaart ze veel herkenning en put ze ook hoop uit de verhalen van andere groepsgenoten. Al snel besluit ze zich gedeeltelijk ziek te melden omdat ze zich steeds meer gewaarwordt dat ze in haar huidige patroon steeds meer klachten krijgt en ze dit moet doorbreken. Dit is iets wat eerder onbespreekbaar was.

Conclusie en aanbevelingen

Aangezien zorgprofessionals een belangrijke rol vervullen in het maatschappelijke domein, zij een bovengemiddeld hoog ziekteverzuim kennen en daarbij een eigen set van risicofactoren hebben die ze kwetsbaar maakt voor psychische ziekten is het nodig om kennis over deze doelgroep verder te vergroten door middel van meer gericht wetenschappelijk onderzoek. Omdat zij ook een hoge barrière ervaren om passende hulp te krijgen is het noodzakelijk deze zo veel mogelijk te identificeren en weg te nemen, bijvoorbeeld door laagdrempelige consultatie aan te bieden. Juist de aard van de zorgprofessional kan maken dat hij of zij meer oog heeft voor het welzijn van een ander dan voor het eigen welzijn. Momenteel lijken opleidingen en werkomgevingen dit aspect eerder te bevorderen dan te verminderen. Net zoals we in een vliegtuig instructies krijgen om eerst ons eigen zuurstofmasker op te zetten voordat we een ander helpen is het noodzakelijk om zorgprofessionals aan te leren dat zij eerst adequaat met hun eigen gezondheid omgaan.

Tot slot

Een veelgehoorde uitspraak tijdens de behandeling van zorgprofessionals is dat zij graag eerder een manier hadden gevonden om een goede balans te vinden tussen werk en privé. Ze hebben meestal lang gezocht naar passende hulp.

Wanneer deze balans langdurig is verstoord kan het herstel ook lang duren, met alle gevolgen van dien. In een volgend artikel, waarin we deze casus blijven vervolgen, staan we stil bij de verschillende behandelvormen die in onze ogen het beste aansluiten bij zorgprofessionals, welke preventieve maatregelen genomen kunnen worden en de rol van ervaringsdeskundigheid. ■



Themadag *Stress in de GGZ* op 17 november 2023. Ga via de QR-code naar de website voor meer informatie en inschrijving.

Literatuur

1. Duteil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019;14(12):e0226361.
3. Tay S, Alcock K, Scior K. Mental health problems among clinical psychologists: Stigma and its impact on disclosure and help-seeking. *Journal of Clinical Psychology* 2018;74(9):1545-55.
4. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MHW, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2012;12:292-8.
5. Onyishi M, Talukdar D, Sanchez R, et al. Prevalence of clinical depression among medical students and medical professionals: A systematic review study. *Archives of Medicine* 2016;8(6):9.
10. Geuijen P, Schellekens A, Schene A, et al. Substance use disorder and alcohol consumption patterns among Dutch physicians: a nationwide register-based study. *Addiction Science & Clinical Practice* 2023;18(1):4.
14. Vinkers CH. [Burn-out: an elusive concept]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2021;165:D5581.
18. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed? *Journal of Mental Health* 2011;20(2):146-56.
24. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings* 2017;92(1):129-46.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyxpert.nl.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of ander soortige financiële relaties die betrekking hebben op dit onderwerp.

EINDTOETS

1. In de casus maakt Lisa de stap om haar klachten breder te bespreken en zich ziek te melden. Wat kan de therapeut nu concluderen?
 - De barrière op hulp aanvaarden is nu weggenomen en vormt geen probleem meer.
 - De barrière op hulp aanvaarden is tijdelijk verminderd, maar moet een aandachtspunt blijven tijdens gesprekken.
 - De manager en bedrijfsarts lijken begripvol en kunnen worden betrokken in de behandeling.
2. Door de vergrijzing in Nederland zien veel zorgprofessionals meer ouder wordende patiënten die doorgaans meer complexe ziektebeelden hebben. Waar is hier sprake van?
 - een endemische risicofactor
 - een omgevings-risicofactor
 - een systemische risicofactor
3. Wat wordt beschouwd als een overkoepelende risicofactor voor het ontstaan van psychische ziekten in de zorg?
 - competitieve cultuur
 - focus op het belang van patiënten
 - systemische factoren
4. Bekijk via de QR-code de Australische studie over specialisten in opleiding en hun werkduur. Wat bleek uit deze studie?




- Een lagere werkduur heeft geen invloed op psychische klachten.
- Een hogere werkduur leidt tot een lichte toename van psychische klachten.
- Een werkduur van 50 uur per week of meer leidt tot een verdubbeling van psychische klachten.

5. Lees, via de QR-code, de samenvatting op pagina 5 van. Wat wordt genoemd als een van de voornaamste redenen voor het vertrek van zorgpersoneel?



- gebrek aan capabele leidinggevers
- hoge administratiedruk
- veranderingen in bekostigingssystemen

6. Wat werd gevonden met betrekking tot psychische klachten onder zorgprofessionals tijdens de COVID-pandemie?
 - een afname van psychische klachten door betere ondersteuning
 - geen verandering in prevalentiecijfers van psychische klachten
 - verhoogde prevalentiecijfers van psychische klachten
7. Wat is een van de belangrijkste barrières voor zorgprofessionals om psychische hulp te zoeken, zoals beschreven in het artikel?
 - angst om tijd van andere zorgprofessionals te "verspillen"
 - gebrek aan kennis over waar ze veilig terecht kunnen
 - overmatige werkdruk en onregelmatige werktijden
8. Wat wordt genoemd als een socioculturele factor die van invloed is op zorgverleners?
 - bezuinigingen in de zorg
 - toegenomen werkdruk
 - veeleisendheid en klachtbereidheid van patiënten
9. Lees, via de QR-code, de samenvatting op pagina 24 van het Trimbos rapport "GGZ uit de knel" en beantwoord de volgende vraag. Wat is de relatie tussen de groei van het GGZ budget en de jaarprevalentie van psychische stoornissen in het afgelopen decennium?

 - De groei van het GGZ budget houdt gelijke tred met de prevalentie van psychische stoornissen.
 - De groei van het GGZ budget is veel hoger dan de prevalentiecijfers van psychische klachten rechtvaardigen.
 - Er is een discrepantie tussen de relatief lage groei van het GGZ budget en de relatief hoge toename van de prevalentie.
10. Casusvraag:

U wordt online benaderd door een medisch specialist met als aanmeldklachten een gespannen en gejaagd gevoel. Er speelt van alles op het werk en thuis, het is te veel voor hem om te beschrijven. Wanneer u hem benadert voor een afspraak krijgt u eerst geen reactie. Als u hem later rechtstreeks benadert, excuseert hij zich, het is druk en een afspraak plannen wordt nu lastig vanwege personeelsgebrek, hij moet 2 collega's waarnemen. Hij meldt kort en zakelijk dat het nu ook wel gaat met de klachten. Wat moet u doen?

 - U biedt aan zijn huisarts te bellen met zijn toestemming, deze heeft u al een verwijzing gestuurd.
 - U probeert alsnog een intakegesprek te plannen, gezien het risico op ernstige psychische klachten door genoemde factoren.
 - U respecteert dit, en u laat hem weten dat hij alsnog bij u terecht wanneer het weer oploopt.