

Lijden en kwetsbaarheid

Jaap van der Stel

De afgelopen jaren heeft de psychische zorg zich goed ontwikkeld, maar tegelijkertijd is er veel verwarring over doelen en werkwijzen. In technisch opzicht kunnen we steeds meer en het is te verwachten dat we over 25 jaar alweer een stuk verder zijn. Werkers worden goed opgeleid en hun kennis wordt op peil gehouden. Tegelijkertijd is er veel ongenoegen bij cliënten of patiënten en hun organisaties. Die onvrede uit zich op verschillende manieren, waardoor het moeilijk is om dit in een paar kernpunten samen te vatten. De aandacht is vaak zodanig gefixeerd op hun aandoening, dat ze zich als persoon genegeerd voelen. Maar wellicht is toch wel de essentie het onderhuidse gevoel dat hun lijden wordt genegeerd.

Op zich is dit niet verwonderlijk. In de afgelopen decennia is de focus er sterk op gericht geweest om problemen op te lossen. Vandaar een oneindige reeks interventies, die inmiddels voor een groot gedeelte op hun effectiviteit zijn onderzocht. Als die dingen allemaal en altijd werken, is er eigenlijk ook niets aan de hand. Maar we zitten ermee dat er in de geneeskunde, inclusief de psychiatrie en verslavingszorg, talloze patiënten zijn die niet voldoende van hun klachten afgeholpen kunnen worden. Dat heeft verschillende oorzaken. De diagnostiek kan niet goed geweest zijn, de interventie is 'op zich' wel effectief maar niet voor deze persoon in deze situatie, de interventie is niet goed uitgevoerd of de patiënt werkt niet goed mee. Hoe het ook zij, er zijn legio patiënten die niet verlost worden van hun lijden.

Wellicht ligt hier wel een kernprobleem van de moderne geneeskunde. Deze is zo gefixeerd op het oplossen van problemen, en de professionals zijn er zo goed voor gekwalificeerd, dat ze vaak met linkerhanden staan tegenover het menselijk lijden. Dit geldt vooral voor de specialistische zorg. Niet zozeer voor de huisartsen, van wie je mag verwachten dat zij er wel tot op het allerlaatste moment zijn voor hun patiënten. Bij huisartsen zijn patiënten nooit 'uitbehandeld'; zij verbreken niet

Dr. dr. J. van der Stel (✉)
Leiden, Nederland
E-Mail: jaapvanderstel@gmail.com

het contact als blijkt dat zij in klinisch opzicht niet veel meer kunnen doen. Dit gebeurt wel, in heel veel gevallen, in de psychische gezondheidszorg. Daar is natuurlijk veel voor te zeggen: de zorg is duur en wachtlijsten zijn taboe. Maar toch is dat vreemd: je zou de stelling kunnen verdedigen dat de psychische zorg bij uitstek gespecialiseerd is of zou moeten zijn in het omgaan met lijden. En dat mogelijk de psychische zorg pas begint, wanneer het scala van mogelijke interventies niet succesvol is gebleken.

Ik moest hieraan denken toen ik onlangs een kort artikel las in het tijdschrift *JAMA*, geschreven door twee Amerikaanse artsen (Epstein en Back 2015). Hun stelling is dat patiënten lijden, maar dat de specialistische zorg, als je daar kritisch naar kijkt, haar rug daarvan heeft afgekeerd. Althans, als het lijden echt ruimer wordt opgevat dan het geïsoleerde probleem dat in de handboeken of richtlijn gekoppeld is aan een oplossing. We zijn zo zeer gefixeerd op diagnostiek en behandelen, dat wij niet meer zien dat we daarmee maar een klein deel van het lijden kunnen opheffen.

De auteurs hebben hiervoor een, volgens mij, adequate remedie. In de eerste plaats: zorg ervoor dat je je naar het lijden toewendt en het erkent, in plaats van dat je je terugtrekt of het probleem wegschuift met een doorverwijzing. Dat laatste kan altijd nog plaatsvinden, maar doe het dan wel in een context waarin er alle aandacht is voor het lijden. Het veronderstelt uiteraard dat de behandelaar zich wel bewust is van zijn onvermogen. Maar het tonen daarvan, je als professional kwetsbaar opstellen, helpt een patiënt meer dan wanneer je dit negeert. Het is vreemd het te moeten vaststellen, maar in onze tijd is het een aparte kunde geworden om authentiek te zijn, emotioneel aanwezig en betrokken. Het vergt dus net zo goed opleiding en training, als het beheersen van al die interventies.

In de tweede plaats stellen ze voor om te leren hoe behandelaren samen met hun patiënten weer het contact kunnen krijgen met wat voor patiënten belangrijk is. Wat is voor hen betekenisvol en maakt hun leven waardevol? Wellicht ligt in de aandacht voor deze aspecten wel de sleutel tot een succesvolle zoektocht naar een voor *deze* patiënt bewezen effectieve interventie. Het veronderstelt écht kunnen luisteren naar wat de patiënt beweegt en/of hem helpen daarmee in contact te komen.

Ik verwacht niet dat de psychische gezondheidszorg, waaronder uiteraard de verslavingszorg, op dit vlak zo slecht scoort. Maar toch, als we kijken naar de talloze handleidingen en richtlijnen van bijvoorbeeld het kenniscentrum Resultaten Scoren, dan zullen we daar weinig terugvinden over de vraag hoe je adequaat kunt omgaan met het persoonlijk lijden van de patiënt. En als ik het bij het rechte eind heb, is dat heel ernstig. Dan hebben wij niet meer in de gaten wat vakmanschap behelst. Vakmanschap gaat in laagjes (Van der Stel 2015). Oog hebben voor onze eigen kwetsbaarheid en hoe we daaraan betekenis kunnen geven, ernaar kunnen handelen, is daar een belangrijk onderdeel van.

Literatuur

Epstein, R. M., & Back, A. L. (2015). Responding to suffering. *JAMA*, *314*, 2623–2624.

Stel, J. van der (2015). Vakmanschap gaat in laagjes. Discura: <http://www.discura.nl/auteurs/dr-dr-jaap-van-der-stel/vakmanschap-gaat-in-laagjes>.

Dr. dr. J. van der Stel is lector ggz bij Hogeschool Leiden, senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest en adviseur beleid bij Brijder-Parnassia.