

KLINISCHE LES

Verslaafde collega's

EEN BLINDE VLEK BINNEN DE BEROEPSGROEP?

Hans Rode, Marlies de Rond en Ingrid Dam

DAMES EN HEREN,

Zieke artsen zoeken laat hulp voor zichzelf. Vaak hebben ze geen eigen huisarts en schrijven ze zichzelf medicatie voor.¹ Een zieke, onbehandelde arts loopt een grote kans te disfunctioneren en vormt niet alleen een gevaar voor zichzelf, maar ook voor zijn patiënten, collega's en naasten.²

In deze klinische les richten we ons op verslaving onder artsen, met als doel de herkenning en behandeling ervan te bevorderen.

Er zijn geen prevalentiecijfers van verslaving onder artsen in Nederland. Wel laten Noord-Amerikaanse onderzoeken zien dat de prevalentie minstens zo hoog is als bij de algemene bevolking, variërend van 10-15%.^{1,2} De eisen die het vak stelt, gecombineerd met een zelfkritische houding, het ontkennen van nood- of waarschuwingssignalen bij de arts zelf en de neiging zichzelf te behandelen in plaats van hulp te zoeken, kunnen een verklaring zijn voor het middelenmisbruik door artsen.²

Artsen met verslavingsproblemen die op zoek zijn naar een behandeling, moeten een hoge drempel over: vaak schamen ze zich of ontkennen deels het probleem, een houding die gedeeld wordt door hun collega's. Soms vrezen ze hun goede naam te verliezen of ontslagen te worden en zijn ze bang voor sancties van arbeidsongeschiktheids- of zorgverzekeraars. Als ze al bij een collega durven aankloppen voor hulp, is de behandeling vaak suboptimaal; artsen onderling nemen soms genoegen met onvolledige anamnestiche informatie en wijken vaker dan bij niet-collega's af van protocollen en richtlijnen.³

Onderstaande casus beschrijft het ziektebeloop van een moedige arts die bereid is haar ervaringen te delen om hieruit lering te trekken. Deze klinische les gaat over de uitdagingen die artsen met een verslavingsprobleem en hun collega's op hun weg vinden en over de signalen die vaak wel opgepikt maar niet aangepakt worden. In de beschouwing laten we zien hoe u deze het hoofd kunt bieden.

CASUS

Ik ben 68 jaar, gepensioneerd arts. Ik ben alcoholist en vanaf mijn dertigste jaar was ik ruim 20 jaar overgeleverd aan de macht van alcohol en medicijnen (slaapmiddelen

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Utrecht.

Drs. H. Rode, arts, psychiater; dr. M. de Rond, gezondheidswetenschapper; drs. I. Dam, arts n.p.

Contactpersoon: drs. H. Rode (h.rode@fed.knmg.nl).

UITLEG

ABS-artsen

Het steun- en verwijspunt ABS-artsen is ondergebracht bij de Radboud Universiteit Nijmegen. De behandeling van artsen met een verslaving wordt uitbesteed aan gespecialiseerde verslavingsdeskundigen en verslavingsklinieken. ABS-artsen is bereikbaar op tel. 024-3611 175. Voor meer informatie zie www.knmg.nl/abs-artsen.

en tranquillizers). Het leven bracht mij niet datgene waar ik van droomde, alcohol zorgde ervoor dat ik mij beter voelde.

Vanaf het begin van mijn drankgebruik wist ik diep in mijn hart dat ik verkeerd bezig was. Toch kon ik er niet mee stoppen. De zucht naar drank was sterker dan ikzelf. Vrienden en familie gaven goede raad, op allerlei manieren; ik dronk er des te meer door en zocht ruzie. Ik ging stiekem drinken, bleef ontkennen. En het werd van kwaad tot erger. Ik begon ook overdag te drinken, zelfs tijdens het spreekuur. Ik begon spreekuren te verzuimen, belde af of hing midden in de nacht een briefje op de deur van de praktijk dat ik ziek was. Ik at slecht en maakte fouten met recepten schrijven.

Mijn huwelijk eindigde in een echtscheiding; later raakte ik door de drank mijn kinderen kwijt, toch dronk ik door. Als ik minder dronk, dan gebruikte ik meer – handenvol – medicijnen. Ik schreef de recepten zelf uit en bezocht diverse apotheken om niet op te vallen; zij leverden de medicijnen zonder commentaar.

De praktijk was gevestigd in een gebouw van een kruisvereniging. Men wist daar van mijn drankgebruik, maar besloot dat het mijn verantwoordelijkheid was: ze hebben niets gezegd. De huisarts gaf mij in eerste instantie ook het gevoel dat het met mij niet zo erg was. Mijn man had mijn drankprobleem bij de huisarts gemeld; deze vroeg ernaar toen ik voor iets anders bij hem was, maar ik ontkende het en daarmee was de kous af.

Nadat ik mijzelf had aangemeld ben ik ruim 4 maanden op een detoxafdeling opgenomen geweest en daarna in vervolgbehandeling gegaan. Dat is even goed gegaan, maar na een operatie wegens een longcarcinoom raakte ik in een depressie, kreeg een angststoornis met paniekaanvallen en viel terug in alcoholgebruik. Het jaar dat toen volgde is een groot zwart gat. Ik dronk 24 uur per dag, heb nog wel praktisch gedaan, maar meer niet dan wel. Ik bleef depressief. Daar werd ik wel voor behandeld, maar ik vertelde niets over mijn verslaving. In die periode was ik kind aan huis op de EHBO-post, veel valpartijen en verwondingen die gehecht moesten worden. Dronken en wel werd ik behandeld en weer naar huis gestuurd.

Uiteindelijk, toen ik besepte dat ik hard op weg was dood

te gaan, heb ik mij gemeld bij een zelfhulpgroep voor alcoholisten. Dat is nu ruim 16 jaar geleden en ik heb van meet af aan geen alcohol meer gebruikt. Ook ben ik gestopt met de medicijnen. Voor angst- en paniekaanvallen volgde ik cognitieve gedragstherapie. Het '12 Stappen'-programma van de zelfhulpgroep heeft mij gemaakt tot wie ik nu ben: een gelukkige niet-drinkende alcoholist. Ik ben me ervan bewust dat ik een chronische ziekte heb en dat regelmatig bezoek aan de zelfhulpgroep mijn medicijn voor het leven is.

BESCHOUWING**HERKENNEN EN ERKENNEN VAN VERSLAVING BIJ COLLEGA-ARTSEN**

De arts uit deze casus heeft bij meerdere collega's misschien wel alarmbellen doen rinkelen, maar geen van hen heeft actie ondernomen. Ontkenning van verslaving vormt voor zowel de arts als de collega's een drempel om de confrontatie aan te gaan.³ Artsen weten vaak zelf niet welke goede behandelingsmogelijkheden er bestaan voor verslaving en gaan vaak onterecht uit van het stigma dat een arts met een verslaving – zelfs na behandeling – geen goede arts is.

De 'conspiracy of silence'-cultuur en het 'bystander effect' werden door collega's van de arts in deze casus in stand gehouden.⁴ Blijkbaar vinden we het moeilijk elkaar aan te spreken op ongezond en grensoverschrijdend gedrag, zeker als anderen er van weten en ook niet reageren. Waarschijnlijk zijn artsen bang zich een verklikker te voelen, zien ze de noodzaak onvoldoende in of denken ze dat een ander wel zal ingrijpen. Misschien hebben ze onvoldoende vaardigheden elkaar aan te spreken op een adequate manier en zijn ze bang voor repercussies of verstoorde verhoudingen op het werk.

Het is hierbij belangrijk te beseffen dat wij als artsen niet alleen een verantwoordelijkheid hebben voor de buitenwereld, maar ook voor elkaar. Een collega die ziet dat een andere arts-collega disfunctioneert, kan niet zomaar wegstijgen. Onze collega's verdienen beter. Het is nodig dat wij artsen de ernst van verslaving als chronische hersenziekte leren inzien en dat wij in de basisopleiding tot arts leren interveniëren op een verantwoorde en passende manier. Als u een verslaafde collega erkent als zieke arts die hulp nodig heeft, is het makkelijker in te grijpen en als artsen voor elkaar te zorgen. De tabel geeft voorbeelden van signalen die een aanwijzing kunnen vormen voor verslaving.⁵ Het zijn geen diagnostische criteria, wel kunnen zij helpen uw blik te scherpen.

Het aanspreken van uw collega kunt u het beste samen met een andere collega doen. U kunt bijvoorbeeld de staf- of maatschapsvoorzitter, of een collega uit een ander gremium hiervoor benaderen. Er zijn gelukkig goede richtsnoeren te vinden die hierbij behulpzaam zijn, bij-

TABEL Signalen van verslaving bij artsen

vroege signalen	signalen in de probleefase	signalen in de eindfase
toename van negatieve gedachten, gevoelens en gedrag	woede-uitbarstingen op het werk	intoxicatie op het werk
toename lichamelijke klachten, vermoeidheid en ziekte	klachten van patiënten en stafleden	uiterlijke veranderingen passend bij een chronische aandoening
verminderd contact met vrienden en familie	professionele desinteresse	medische fout of ongeluk
spanning in het gezin, conflicten, ontrouw	afspraken afzeggen, vaker absent	extreme persoonlijke isolatie
minder goed gekleed en verzorgd	klinische vaardigheden nemen af	suïcidale uitingen of pogingen
afname van betrouwbaarheid aangaande afspraken en dergelijke	voortgangsevaluaties worden slechter	suïcide
ongezonde coping met probleemsituaties	medicijngebruik* op eigen voorschrift	
meer tijd aanwezig op het werk	ruikt naar alcohol tijdens werk	
	huiselijk geweld, echtscheiding	

* In het bijzonder psychoactieve middelen.

voorbeeld het artikel 'Spreek elkaar aan!' en het 'Model-protocol disfunctionerende huisartsen'.^{6,7} Bespreek en monitor het disfunctioneren en het vermoeden van verslaving op grond van de waargenomen feiten en de verantwoordelijkheid voor elkaars werk en de patiëntveiligheid.

De verslaafde arts zal zich waarschijnlijk schamen uit angst afgewezen, veroordeeld en gestigmatiseerd te worden. Het is dan ook belangrijk de verslaafde arts te steunen door empatisch te benadrukken dat het een moedige en goede stap is hulp te zoeken en dat verslaving onder artsen vaak voorkomt en goed behandeld kan worden.

Na ziekmelding en vervanging van de verslaafde arts is het vaak nodig de bedrijfsarts in te schakelen als intermediair tussen behandelaar, werkvloer en de zieke collega. Als de collega zijn verslaving blijft ontkennen en de patiëntveiligheid in het geding is, is overleg met of melding aan de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) aangewezen.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING: HOE PAK IK HET AAN?

Het is de vraag of het verstandig is zelf een verslaafde collega te behandelen. In de praktijk blijkt het moeilijk om uit een conflict van plichten en belangen te blijven als u een nauwe – werkgerelateerde – band heeft met de arts-patiënt. Het vergt training en ervaring om professionele richtlijnen, anonimiteit, distantie en een gezonde dosis empathie en transparantie voor arts-patiënten te handhaven.³

Vaak is er ook sprake van psychiatrische comorbiditeit. Van de verslaafden heeft 40-60% stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen of ADHD.⁸ Daarom raden wij af een collega te behandelen en adviseren wij dit over

te laten aan gespecialiseerde artsen (verslavingsartsen en -psychiaters). Deze kunt u inschakelen via de bedrijfsarts of ABS-artsen (zie verder).

EEN STEUNPUNT VOOR ARTSEN MET VERSLAVINGSPROBLEMEN

In maart 2011 heeft de KNMG het steunpunt 'ABS-artsen' opgericht (zie uitlegkader).⁹ 'ABS' staat voor 'abstinentie' en is tegelijkertijd een aanduiding voor 'antiblokkeersysteem'. Het steunpunt heeft als doel voor verslaafde artsen een veilige haven te vormen, van waaruit zij een optimale behandeling kunnen krijgen. Ook wil de KNMG hiermee de professionaliteit van artsen en de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid optimaliseren.

Het ABS-programma is geïnspireerd op Physician Health Programs (PHP's) in Noord Amerika. Deze PHP's zorgen enerzijds dat disfunctionerende of zieke artsen een optimale, vertrouwelijke begeleiding of behandeling krijgen en weer veilig kunnen werken zonder veel imagoschade. Anderzijds kunnen ze disfunctionerende artsen die zich niet of onvoldoende laten helpen, beperken in de uitoefening van hun beroep. Daarmee vormen ze een veilige haven voor behandeling maar hebben ze ook een stok achter de deur voor artsen die worstelen met ontkenning en ontwijking.

De Amerikaanse programma's zijn zeer effectief: 85% van de verslaafde artsen is 5 jaar na de start van de behandeling nog abtinent en aan het werk. Slechts 14% heeft tussentijds een terugval gehad. Daarmee zijn PHP's veel effectiever dan behandelingsprogramma's voor niet-medici, bij wie de terugvalpercentages rond 50% liggen in het eerste jaar.¹⁰ De aanpak die de PHP's zo succesvol maakt, is in Nederland nog niet vanzelfsprekend. In Noord-Amerika krijgen de artsen die willen blijven wer-

LEERPUNTEN

- **Bij artsen komt verslaving minstens zo vaak voor als bij de algemene bevolking (10-15%).**
- **De behandeling van artsen met een verslaving kan zeer succesvol verlopen: 85% is na behandeling abtinent en aan het werk.**
- **Het is voor artsen moeilijk om zelf hulp te zoeken door ontkenning, stigma, angst voor repercussies en onbekendheid met het traject.**
- **Verslaafde artsen vormen niet alleen een gevaar voor zichzelf maar ook voor hun patiënten, collega's en naasten.**
- **Artsen moeten collega's met verslavingsproblemen eerder en beter confronteren en hen op weg helpen naar een succesvolle behandeling.**
- **Bij het steun- en verwijspunt ABS-artsen kunnen artsen met verslavingsproblemen terecht voor diagnostiek, assessment en monitoring.**

ken, naast een optimale behandeling en begeleiding ook een monitoringscontract waarin ze 5 jaar lang gecontroleerd worden op middelengebruik. Daarnaast zijn ze allemaal lid van een zelfhulpgroep, hebben een mentor op het werk en staan ze soms onder toezicht van de medische registratiecommissies. Waarschijnlijk dragen dit strakke regime, samen met de mogelijkheid om met eer het artsenvak uit te oefenen, bij aan het succes van PHP's. Ruim 25 artsen hebben zich tot nu toe gemeld bij ABS-

artsen. Ze komen vertrouwelijk in contact met een verslavingsarts of -psychiater die diagnostiek uitvoert, een adviesplan maakt en de arts-patiënten doorverwijst naar een netwerk van verslavingsdeskundigen en -klinieken. Het steunpunt ABS-artsen behandelt dus niet zelf maar evalueert het beloop gedurende en na de behandeling van de arts-patiënten. In de toekomst wordt dit uitgebreid conform de aanpak van PHP's.

Ook familieleden of collega's bellen met ABS-artsen. Zij worden geholpen om de betreffende arts zelf contact te laten opnemen met ABS-artsen. In de toekomst zullen wij via een netwerk van 'vertrouwensartsen' en interventieteams de gemelde arts motiveren tot het zoeken van hulp.

Dames en Heren, een verslaving kan iedereen overkomen, ook artsen. Het is belangrijk dat wij als beroeps-groep het gesprek met verslaafde collega's aangaan en hen helpen bij het vinden van goede hulpverlening. Op deze manier lopen artsen zelf en hun patiënten het minste risico en kunnen onze collega's weer snel aan de slag.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 21 februari 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A5718

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK**

LITERATUUR

- 1 De Jong CAJ, Dam I, De Haan HA. De verslaafde dokter. Goede hulp voor arts is niet eenvoudig, maar wel mogelijk. Med Contact. 2009;64:284-6.
- 2 Mossman D, Farrell HM. Physician impairment: When should you report? Current Psychiatry. 2011;10:67-71.
- 3 Kaufman M. When the patient is a doctor. Ont Med Rev. 1998;(October):50-51.
- 4 Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. Health (London). 2012;16:3-18.
- 5 McGovern MP, Angres DH, Leon S. Characteristics of physicians presenting for assessment at a behavioral health center. J Addict Dis. 2000;19(2):59-73 .
- 6 Kooij S, Verstappen W. Spreek elkaar aan! Disfunctioneren blijft zelden onopgemerkt. Medisch Contact. 2012;67:144-6.
- 7 [Http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren.htm](http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren.htm), geraadpleegd op 1 mei 2013.
- 8 Blaauw E, Roozen H. Handboek forensische verslavingszorg, 1e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012. p 26.
- 9 Crommentuyn R. Hulpprogramma nuttig voor verslaafde arts. Med Contact. 2011;66:464-7.
- 10 Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. BMJ. 2008;337:a2098.