Samenwerken als antwoord op polarisatie



‘vrijgevestigde psychologen omarmen complementaire zorg wat gemakkelijker’

Hoofdlijn:
Complementaire zorg neemt een steeds grotere plaats in bij de zorgkeuzes van mensen met psychische klachten. De samenwerking tussen reguliere en complementaire zorg in de ggz neemt daarbij toe, maar er is nog een flinke slag te slaan als het gaat om wederzijds vertrouwen en begrip. Polarisering in de maatschappij raakt ook de zorg: in beleid, wetenschap en dagelijkse omgang tussen zorgverleners uit verschillende paradigma’s. Door bewust te kiezen om te verbinden en samen op te trekken, kunnen we de zorg naar een hoger plan tillen.



Merel de Waard is antropologe en voorzitter van Stichting Expertise Centrum Energetische Geneeskunde, waar ze praktijk- en literatuuronderzoek doet naar energetische behandelvormen. Daarnaast werkt ze als energetisch traumatherapeut in haar praktijk Lied van de Merel en geeft ze les aan diverse instellingen.

In 2015 schreef ik een rapportage voor een huisarts. Niks bijzonders, ik verwees een cliënte naar hem door, met daarbij de opmerking dat ze bij mij onder behandeling was voor ondersteuning. De huisarts wierp er een korte blik op en draaide het papier vervolgens demonstratief door de versnipperaar. Dat is tien jaar geleden en er is gelukkig veel veranderd. Artsen en andere reguliere zorgverleners zijn nu nieuwsgierig, of weten zelfs al veel van complementaire zorg. Soms mag ik een cliënt helpen bij het afbouwen van medicatie. Soms waarschuw ik een arts dat een cliënt destabiliseert en wordt de medicatie opgehoogd.

Cliënten gaan steeds vaker naar een TCIM-therapeut (Traditional, Complementary and Integrative Medicine) voor traumabehandeling. Uit een onderzoek naar betekenisgeving rondom trauma en psychose in 21 cliëntverhalen uit de Verhalenbank Psychiatrie[1], bleek dat respondenten hindernissen ervaarden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) om tot een geïntegreerd traumaverwerkingsproces te komen. Dit zat hem voornamelijk in stigmatisering en te pessimistische inschattingen door ggz-behandelaren van hun mogelijkheden voor herstel. Ze vonden hulp buiten de ggz in steunende, niet-oordelende relaties met mensen uit hun omgeving, zelfstudie, peersupport en het alternatieve circuit.[1,2] Tijdens de focusgroepen die ik organiseerde voor mijn eigen onderzoek (*Ik zie wat jij niet ziet*) werd personeel in ggz-instellingen door respondenten beschreven als minder open voor de beleving van de patiënt en voor complementaire visies en therapieën dan vrijgevestigde behandelaren. Vrijgevestigde psychologen omarmen complementaire zorg wat gemakkelijker. Sommigen noemen zichzelf 'holistisch psycholoog' en combineren het beste van twee werelden met therapieën zoals NLP, Somatic Experiencing, Trauma Energetics, Schematherapie en EMDR.[2]

Omstreden complementair zorggebruik

Deze beweging naar meer openheid is er, maar er is nog wel een flinke kloof te overbruggen. Maar liefst 78 procent van de Nederlandse TCIM-therapeuten ervaart barrières in de samenwerking met reguliere zorgverleners (ggz en niet-ggz). Vooral een negatief beeld van TCIM bij reguliere zorgverleners werd genoemd als oorzaak.[3] De integratie van ggz en complementaire zorg loopt daarbij flink achter op die van de oncologie.[4] Uit een systematische review blijkt dat ggz-professionals nog vaak bang zijn dat een behandelvorm schade kan toebrengen aan de cliënt. Er is weinig vertrouwen in de wetenschappelijke basis, maar ook in de opleiding of praktijk van TCIM-therapeuten. Dit hindert een werkelijke betrokkenheid bij de zoektocht van een cliënt naar ondersteuning naast de reguliere ggz.[5]

Ongeveer 60 procent van de Nederlandse cliënten in de complementaire zorg vertelt hun arts niet over hun TCIM-gebruik.[6] Ook in andere landen is er weinig openheid: in Zweden geldt dit voor 48 procent van ggz-patiënten. Gezien de hoge aantallen mensen die gebruik maken van TCIM naast de reguliere ggz, is dat nogal wat. Volgens WHO-cijfers leek dat in 2017 nog erg weinig: 4,6 procent van ggz-patiënten in hoge inkomenslanden maakte toen gebruik van TCIM. Hoe ernstiger de klachten, hoe meer dat percentage echter opliep, tot wel 22,5 procent voor mensen met gedragsproblematiek.[7] Recente cijfers over het TCIM-gebruik door ggz-patiënten in Nederland zijn er niet, maar uit de Marktmonitor blijkt dat maar liefst 34 procent van alle ondervraagde Nederlanders (niet uitgesplitst naar ziek of gezond) in de afgelopen 12 maanden een TCIM-therapeut heeft bezocht en dat 43 procent van de TCIM-therapeuten in die periode een toename heeft ervaren in het aantal nieuwe cliënten.[3] Deze cijfers in beschouwing genomen, lijkt het erop dat complementaire zorg een belangrijke rol speelt in de behandeling van mensen met ggz-problematiek.

Het negatieve beeld dat bij reguliere zorgverleners bestaat over TCIM en TCIM-therapeuten komt niet uit het niets. Ook nu het werkveld beter is gereguleerd met geaccrediteerde opleidingen, beroepsverenigingen en klachtencommissies, is er nog steeds sprake van malafide praktijken van zelfbenoemde therapeuten die niet onder een kwaliteitscontrole vallen. In het programma Boos van Tim Hofman werd een therapeut terecht aan de kaak gesteld die reguliere zorg bij kanker afraadde en desinformatie verspreidde.[8] Het viel me op dat er met zoveel nuance en welwillendheid op werd gereageerd door de arts die aanschoof tijdens de uitzending van Eva Jinek.[9] Ze legde uit hoe TCIM wel kan worden geïntegreerd op een goede manier. Terecht, want 93 procent van de TCIM-gebruikers is tevreden.[3] In Nederland biedt 92 procent van alle ziekenhuizen TCIM aan in de één of andere vorm[6], in Duitsland wordt TCIM steeds meer gebruikt en in Zweden geldt dat voor 62 procent van bijna 500 psychiatrische afdelingen.[4] >



Toch blijft de samenwerking tussen vrijgevestigde TCIM-therapeuten en de ggz achter. Dit wordt niet een-op-een veroorzaakt door een gesloten houding van artsen. Je kunt je voorstellen dat reguliere zorgverleners voorzichtig zijn met TCIM-therapeuten als er nog steeds gevallen voorkomen waar mensen bij de arts worden 'weggepraat'.

Polarisatie werkt door in de zorg

Hoe is de kwaliteit van een behandelvorm te meten, als je (nog) niet volledig kunt vertrouwen op een wetenschappelijke onderbouwing en als een flinke groep mensen, zowel cliënten als (niet bij een beroepsvereniging aangesloten) therapeuten, de wetenschap zelfs helemaal afwijst? De opmerking van journalist en presentator Tim Hofman over de verbinding van de kwaktherapeut met het Forum voor de Democratie vond ik tekenend. Hij zei dat anti-institutionalisme een rol speelt bij een deel van de bevolking, waardoor wetenschap in diskrediet wordt gebracht.[9] Ik merk dat in mijn praktijk ook. Vooral bij cliënten, maar ook bij sommigen van mijn therapeut-cursisten. Ik vind dat een gevaarlijke ontwikkeling en breng het altijd ter sprake. Het is belangrijk dat ook TCIM-therapeuten goed in de gaten blijven houden wat er wel en niet waar is. Er is veel te zeggen over de eenzijdige manier van wetenschappelijk onderzoek doen in de gezondheidszorg, maar daar wordt ook binnen die gezondheidszorg al jaren over nagedacht en gesproken. Practice-based evidence, kwalitatief en narratief onderzoek, en aandacht voor cliëntbeleving en positieve gezondheid zijn voorbeelden van manieren waarop deze eenzijdigheid wordt aangepakt. Er is dus geen goede reden om alle wetenschap zonder meer overboord te zetten.

'ongeveer 60 procent van de Nederlandse cliënten vertelt hun arts niet over hun TCIM-gebruik'

Mensen komen met steeds hogere verwachtingen bij de dokter: als je ziek bent, hoort hij/zij/die je beter te maken. Gebeurt dat niet, dan wordt dat ervaren als een direct falen van het systeem of de arts zelf.[10] Mensen met zo'n verhaal krijg je als TCIM-therapeut in de praktijk en daar heb je een weloverwogen antwoord voor nodig. Dat antwoord kan weliswaar de erkenning bevatten dat er bij de TCIM-therapeut vaak meer ruimte is voor wat in het reguliere circuit niet altijd kan: meer tijd, aandacht, bedding, experimentele of natuurlijke behandelvormen. Het antwoord kan nooit zijn dat de reguliere zorg overboord moet. Natuurlijk zou het mooi zijn als de TCIM-therapeut vanuit de basisverzekering wordt betaald. Een wens die door cliënten (7 op de 10 van de ondervraagden in de Marktmonitor) en therapeuten (ongeveer 20%) wordt gedeeld.[3] Het zou echter een afschuwelijk drama zijn als de reguliere zorg zodanig in diskrediet wordt gebracht, dat de financieringskraan (verder) wordt dichtgedraaid. In Europa ben ik daar minder bang voor, maar we mogen waakzaam blijven. Aan de andere kant van de oceaan is er al een minister van gezondheid die het met de waarheid niet zo nauw neemt.[11]



‘het antwoord kan nooit zijn dat de reguliere zorg overboord moet’



Betrouwbare partners bouwen bruggen

Hoe werk je samen in een gepolariseerde samenleving? Reguliere zorgverleners geven steeds meer ruimte aan TCIM-therapeuten. Hoe kunnen we die het beste benutten? Een thematische analyse van de resultaten van een onderzoek naar ervaringen met TCIM in de ggz-context liet zien waar TCIM-therapieën volgens respondenten het meeste konden bijdragen: emotieregulatie en innerlijke kalmte; creatieve expressie en emotionele verwerking; invloed van de therapeutische setting. Ook werden individuele aspecten en ambivalente effecten genoemd: het hangt van veel dingen af of iets voor jou werkt.[12] Dat impliceert maatwerk, maar ook bescheidenheid over wat je met een therapie daadwerkelijk kunt doen. Je werkt altijd in een team met andere zorgverleners, ook als er (nog) geen communicatie mogelijk is. ‘Aanvullend’ en ‘integratief’ zijn geen lege woorden. Als je refereert aan bovenstaande thema’s als focus van je therapie is je hulp goed in te passen en loopt niemand elkaar in de weg.

Naast aandacht voor de plek van je vakgebied ten opzichte van de allopathische zorg, is betrouwbare communicatie natuurlijk een *sine qua non*. Lees vooral nog eens de COCOZ-kaarten door en wees consequent in de toepassing ervan.[13,14] Volg scholingen over communicatie en samenwerking voor je PsBK- en MBK-punten, bespreek de moeilijke casussen in je intervisie. Je kunt zelfs nog verder gaan: deel je klaslokaal met regulier zorgverleners. Ga naar reguliere symposia en nodig reguliere zorgverleners uit om mee te doen met complementaire cursussen. Ik noemde al de interesse van psychologen voor complementaire traumamethodes. Bij mij zitten geregeld psychologen en verpleegkundig specialisten in de klas. Ook bij de opleiding Healing Touch zitten verpleegkundigen en complementaire therapeuten bij elkaar in de groep. De leergang Spirituele crisis en GGZ heeft geïntegreerd leren als speerpunt en richt zich met nadruk op een diversiteit aan zorgverleners in en om de ggz. Op zo’n plek, waar je elkaar ontmoet, samen dezelfde opdrachten maakt en dezelfde processen doormaakt, ontstaat echte samenwerking.

Zo ‘groei je samen op’, je leert dezelfde dingen, verheldert misverstanden, brengt kennis met elkaar in verband en hopelijk overeenstemming. Laten we doorgaan met onze transparantie, verantwoordelijke gedrag en controleerbaarheid via beroepsverenigingen; hoeveel het soms ook kost in termen van tijd en geld. Aan het eind van de rit wacht werkelijke integratie, een veel fijner werkklimaat voor zowel reguliere als complementaire zorgverleners en de best mogelijke zorg voor de patiënt/cliënt. De ruimte is er, de weg ook. We hoeven hem alleen maar samen te bewandelen. ■

Meer informatie: **energymedicine.eu/geaccrediteerd-traject-energetisch-traumatherapeut/, academieintegratievezorg.nl/, academiegeesteswetenschappen.nl/spirituele-crisis-ggz/**

Je vindt de gedeeltelijke bronvermelding op pagina 58 en de volledige bronvermelding op vnig.nl bij het betreffende artikel. Abonnees kunnen daar inloggen.