

ISSN 0168 - 9428

Te verwachten thema's in 2017-2018

Kinderurologie

Jeugd- en kinderpsychiatrie

Immunotherapie

Het diagnostisch proces

Microbiologie

Leefstijl

Hartfalen

Infectieziekten

Reeds verschenen

Nr. 1 – Vaccinaties

Nr. 2 – Oncologische dermatologie

Nr. 3 – Opvoedvragen in de spreekkamer

Nr. 4/5 – Ouderenzorg

Nr. 6 – Allergische aandoeningen

Verschenen in 2016

Nr. 6/7 – Chirurgie in de huisartspraktijk

Nr. 8/9 – Zeldzame ziekten

Nr. 10 – Bedrijfsgeneeskundige zorg



Bijblijven | 7/8 | Begeleidingsvormen voor de huisarts | 2017



Begeleidingsvormen voor de huisarts

Inhoud

Bijblijven, jaargang 33–2017
nummer 7/8

Begeleidingsvormen voor de huisarts

<i>E. J. van der Jagt · A. Haverkort</i> Redactioneel ten geleide	473
<i>V. M. W. J. van Lieshout</i> Supervisie: leren over mezelf	475
<i>M. van den Ende</i> (Begeleide) intervisie	487
<i>C. Valk</i> Just what the doctor ordered. Coaching als recept voor persoonlijke professionaliteit	498
<i>E. J. van der Jagt</i> Teamcoaching	506
<i>A. Bolhuis</i> Balintgroepen	515
<i>M. A. J. M. Loo</i> Loopbaanbegeleiding: APK (ver)ken jezelf	524
<i>J. Fokkema</i> Het visitatiegesprek	536
<i>H. P. Rode</i> Verslaving en artsen: van een toxische combinatie naar een superieur hulpprogramma	545
<i>S. van den Hil</i> Begeleiding bij dreigende overspannenheid, voorkomen van burn-out	556
<i>G. B. Roos</i> Vallen en weer opstaan: leren omgaan met fouten	571

Redactioneel ten geleide

E.J. van der Jagt · A. Haverkort

De persoon van de huisarts doet er toe in de spreekkamer. De aandacht voor de rol van de dokter in de arts-patiëntrelatie is de afgelopen decennia sterk toegenomen. In de huisarts-patiëntrelatie zijn open communicatie, ruimte voor patiëntparticipatie, actief luisteren naar de wensen van de patiënt, professionele verantwoordelijkheid nemen en grenzen stellen voorwaarden voor goede huisartsgeneeskunde. ‘De dokter als medicijn’ van eind vorige eeuw geldt nog steeds als het sterke punt van huisartsen. In de huisartsopleiding en in de nascholing kwam het accent steeds meer te liggen op kennis en vaardigheden in communicatie, samenwerking, professioneel gedrag en – de laatste jaren ook – medisch leiderschap. Daarbij gaat het erom inzicht te krijgen in eigen houding en gedrag, en het vermogen te ontwikkelen daarop te reflecteren.

De persoon van de huisarts doet er dus toe in de spreekkamer. Maar die persoon kan het ook zwaar te verduren krijgen. Een klacht van een patiënt, schuldgevoel over een verkeerde beslissing, onzekerheid over het benaderen van familie, een conflict met een collega, gedoe in de huisartsgroep, een matig functionerende doktersassistent, problemen in de privésfeer: het zijn allemaal factoren die het werk als huisarts negatief beïnvloeden. Erbij stilstaan hoe je als persoon met deze situaties omgaat is een eerste en noodzakelijke stap om goed te kunnen blijven functioneren als huisarts. Daarnaast is aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling, het blijven leren en je ontwikkelen in het vak, belangrijk om je daarin goed te blijven voelen.

Er zijn veel begeleidingsvormen ontwikkeld om (huis)artsen bij te staan in dit proces.

E.J. van der Jagt
Utrecht, Nederland
e-mail: ejvanderjagt@kpnmail.nl

A. Haverkort (✉)
Beuningen, Nederland
e-mail: andrehaverkort10@gmail.com

In deze aflevering van *Bijblijven* worden de verschillende vormen van begeleiding besproken en wordt aandacht gegeven aan enkele specifieke thema's die bij (huis)artsen spelen op het gebied van persoonlijk professioneel functioneren.

Victor van Lieshout bijt het spits af met een beschrijving van de geschiedenis van supervisie en de werkwijze bij individuele en groepssupervisie. Monique van den Ende vervolgt met een schets van wat intervisie inhoudt en welke vormen van intervisie doorgaans worden gehanteerd. Coaching komt aan de orde in de bijdrage van Cara Valk. De bijdrage van Liesbeth van der Jagt sluit daarop aan met haar beschrijving van teamcoaching. Ad Bolhuis schetst de historie en de werkwijze bij Balintgroepen. Monique Loo geeft aan hoe loopbaanbegeleiding in zijn werk gaat. En de werkwijze bij individuele visitatie wordt beschreven door Josca Fokkema.

Ten slotte worden voor drie probleemsituaties de mogelijkheden voor hulp beschreven: Hans Rode geeft aan welke hulp kan worden geboden aan huisartsen met een verslavingsprobleem. Simone van den Hil beschrijft de mogelijkheden voor begeleiding bij (dreigende) surmenage. En Gert Roos sluit dit themanummer af met een onderwerp dat velen, zo niet allen, van ons raakt: het omgaan met fouten en de hulp die daarbij ter beschikking staat.

Wij hopen dat u deze bijdragen met interesse leest en zo u wenst de weg naar deze begeleidingsvormen weet te vinden!

In verband met het aantal hoofdstukken (en daarmee ook het aantal pagina's) heeft de redactie besloten de nummers 7 en 8 als dubbelnummer van *Bijblijven* te laten verschijnen.

E.J. van der Jagt manager NHG Scholing Utrecht, gastredacteur *Bijblijven*.

A. Haverkort huisarts n.p., Beuningen.

Supervisie: leren over mezelf

Victor M.W.J. van Lieshout

Samenvatting

De lezer vindt in deze bijdrage wat supervisie is en hoe er gebruik van kan worden gemaakt door de huisarts, individueel of in een kleine groep. De geschiedenis van deze leervorm toont hoe deze van initiatieven in de jaren tachtig in de vorige eeuw uitgroeide tot een vast onderdeel in de beroepsopleidingen en dat er inmiddels in heel Nederland door het NHG geaccrediteerde supervisoren te vinden zijn. Supervisie is een leervorm waarbij ervaringen uit het werk van de beroepsbeoefenaar het uitgangspunt vormen en waarbij het leren gericht is op de persoon. Fragmenten uit sessies laten zien hoe nieuwe inzichten die zijn verworven in supervisie kunnen leiden tot nieuw gedrag of tot het maken van keuzes of het nemen van besluiten. Het doel van deze bijdrage is, dat de huisarts die zich oriënteert op leervormen die ontwikkeling en verdieping brengen in persoonlijk functioneren in het werk, genuanceerd wordt geïnformeerd over wat supervisie is en wat het beoogt. Ook komen aan de orde welke tijdsinvestering het vereist, wat het kan opleveren en waar supervisie te vinden is.

Inleiding

Leren tijdens het uitoefenen van een beroep kan gericht zijn op het vermeerderen van kennis (kennen), op het aanleren van (nieuwe) vaardigheden (kunnen), of op de persoon van de beroepsbeoefenaar (zijn). Het laatste geldt voor supervisie.

Drs. V.M.W.J. van Lieshout (✉)
Mook, Nederland
e-mail: victorvanlieshout@gmail.com

Supervisie is een leermethode waarmee men op basis van de eigen ervaringen meer inzicht kan krijgen in het persoonlijk functioneren. Niet de patiënt of het probleem staat centraal, maar de manier waarop de huisarts daarmee omgaat. Thema's zijn bijvoorbeeld omgaan met lastige situaties met collega's of patiënten, omgaan met grenzen, energiek blijven in het werk. In supervisie bepaalt de supervisant zijn eigen leerdoelen. De supervisor helpt de supervisant stil te staan bij de eigen gedragingen, gevoelens, vermogens, behoeften, normen en waarden. Daardoor vindt de supervisant zijn eigen antwoorden op zijn vragen. Supervisie is niet alleen bedoeld voor cliënten die in de problemen zitten, ook al zijn die uiteraard welkom. Het gaat vooral om het reflecteren op de manier waarop men het werk doet: om het onderzoeken van het persoonlijke professionele functioneren. (bron: Liesbeth van der Jagt)

Wat bij de huisarts in de spreekkamer en daarbuiten 'voorbijtrekt' aan mensen en situaties, omstandigheden en relaties, vraagt misschien wel bij uitstek om een leerbenedering waarin de persoon centraal staat. De haat-liefdeverhouding met de klok tijdens de consultvoering, de ingewikkelde samenwerkingsvormen die hand over hand toenemen in de eerste lijn en het hebben van een leven als privépersoon zijn belangrijke terreinen. Daarmee dient de huisarts persoonlijk rekening te houden om zich prettig te kunnen voelen bij het uitoefenen van het beroep, dat misschien wel dichterbij mensen staat dan enig ander. Daarin zichzelf te zijn en zichzelf nog meer en beter te leren kennen, zowel rationeel als gevoelsmatig, is het doel van supervisie.

Historie

De beroepsopleidingen voor huisartsen werden in de jaren zestig van de vorige eeuw in de steigers gezet en van begin af aan werden docenten zowel uit medische als uit gedragswetenschappelijke hoek aangetrokken. Daarmee werd gegarandeerd, dat naast de ontwikkeling van de medische onderwerpen binnen de huisartsgeneeskunde, de latere NHG-Standaarden, ook de niet-medische aspecten van het werk van de huisarts aandacht kregen, zoals gericht en systematisch werken in het consult, het hanteren van de huisarts-patiëntrelatie en het psychosociale handelen.

Het huisartsgeneeskundig consult is complex. Bij de patiënt spelen verwachtingen en emoties een rol, er is uitleg en motivering nodig. Meer dan de helft van de gepresenteerde klachten is niet somatisch van karakter, heeft geen somatische oorzaak of vraagt geen medische behandeling.

Voortdurend wordt van de huisarts een bijzondere alertheid verwacht om bij het luisteren naar en waarnemen van de patiënt de juiste keuzes te maken. Bij het maken van die keuzes is de medische opleidingsachtergrond niet toereikend en komt men er niet met alleen het gebruiken van een gestructureerde aanpak. Het

consult is dikwijls ingewikkeld vanwege de uiteenlopende wijzen waarop patiënten hun hulpvragen presenteren in de spreekkamer. Vaak ontstaat een moeilijk en ondoorzichtig interactioneel web tussen de huisarts en de patiënt, met de beste bedoelingen wederzijds, maar evengoed met onbegrip, irritatie en valkuilen. De opdracht om hierover regie te voeren, in dat ene consult of in de soms lange reeks contacten die de huisarts met de patiënt heeft, ligt bij de huisarts.

Huisartsgeneeskunde betreft niet alleen de individuele patiënt, maar gaat ook over het voeren van gesprekken met partners van patiënten, met vaders en moeders, kinderen en naasten.

Er ontstond een behoefte om naast het aanleren van kennis en vaardigheden door de huisarts in opleiding ook ‘het innerlijk’ van de dokter beter te leren kennen, met de bedoeling dit zichtbaar te maken in houding en gedrag en de huisarts zich daarvan bewust te laten worden. De dokter zelf als zijn/haar eigen instrument.

In de jaren vijftig van de vorige eeuw werd in de Verenigde Staten een werkvorm voor de opleidingen voor Social Work ontwikkeld, die supervisie werd genoemd. Deze werkvorm werd van lieverlee overgenomen door opleidingen voor psychotherapeut en maatschappelijk en pastoraal werkers in Nederland. Toen in de eerste helft van de jaren tachtig bij de beroepsopleidingen voor huisartsen de behoefte ontstond om de relatie tussen arts en patiënt meer inzichtelijk en begrijpelijk te maken, werd deze werkvorm, die werk en leren aan elkaar wist te koppelen, overgenomen in de huisartsenopleiding.

In Nijmegen was Willem Alting von Geusau de voortrekker van supervisie en bij de VU in Amsterdam nam Hans van der Voort initiatieven in die richting. Gaandeweg volgden ook andere beroepsopleidingen en vervolgens nam het NHG de opleiding tot (huisarts-)supervisor op zich.

Momenteel zijn supervisie of aanverwante leervormen, een onderdeel van het landelijk curriculum.

Verbatim, verhaal, verslag

De supervisant brengt een vraagstelling in die hij/zij in de supervisie wil onderzoeken. Een uniek instrument om de inbreng vorm te geven is het verbatim. De supervisant maakt een verslag van een consult in dialoogvorm:

ik zeg: ..., de patiënt zegt: ..., zoals de supervisant zich dat herinnert.

Tussen haakjes voegt hij/zij dan toe, wat niet werd gezegd, maar wat er wel (ook) was: beleving, ‘inner talk’, oordelen, emoties, gedachten, overwegingen, twijfels. Dit alles wordt genoteerd in de tegenwoordige tijd.

Een voorbeeld van een verslag (gedeelte):

Ik: ‘vertelt u het maar...’ (hmm, hij ziet er strijdlustig uit, al de tweede vandaag...)

Patiënt: ‘Ik heb weer last van mijn rug, de pillen helpen niet. Ik denk dat ik naar een specialist moet voor een foto of een scan.’ (kijkt mij recht aan, zo van: durf eens te weigeren).

Ik (streng): ‘U heeft ze dus wel ingenomen?!’ (oh jé, daar ga ik weer. Hè, bah...!)

In dit fragment openbaart zich de beleving die de huisarts heeft van de patiënt en tegelijk de aarzeling over de eigen benadering. Om dit tijdens supervisie te onderkennen en te bespreken, wordt van de deelnemers een hoge mate van onderling vertrouwen en oordeelvrij openstaan voor elkaar gevraagd. Dit te bevorderen is een belangrijke taak van de supervisor.

Omdat een huisarts een deel van de patiënten meerdere malen in de spreekkamer en bij visites in de thuissituatie ontmoet, kan er een intensieve arts-patiëntrelatie ontstaan.

Wanneer er een langlopende relatie van de huisarts met een patiënt bestaat, zoals in dit voorbeeld, is behalve het verbatim ook een andere werkwijze gebruikelijk om de leervraag te verwoorden. In de loop van weken, maanden, vaak jaren, is een relatie ontstaan, die complex kan zijn en waar de huisarts vraagtekens zet bij de kwaliteit ervan, de effectiviteit of de openheid. De relatie kan ‘verstopt geraakt’ zijn. Aan dit soort contacten doet het ‘verhaal’ als wijze van inbreng het meeste recht. Voor het schrijven van een verhaal gaat de supervisant er eens goed voor zitten, om zich zonder begrenzing of remming helemaal leeg te schrijven over deze patiënt.

‘Ik ken deze jongen nu al dertig jaar. Moet je mij horen: “deze jongen”, hij is intussen 34 jaar! Hij is zwakbegaafd en komt bij vlagen op het spreekuur en vraagt altijd naar mij. Ik vind dat goed, maar nu rijst het de pan uit en ik wil er voor hem zijn, maar weet geen oplossing voor zijn probleem waar hij nu mee komt: zijn vriendin heeft het uitgemaakt en nu komt hij tweetot driemaal per week. Het wordt steeds zwaarder voor me, of eigenlijk: *hij* wordt steeds zwaarder voor me. Word ik een dagje ouder? ...’

Kenmerkend voor verbatim en verhaal is, dat de inbrenger het actuele proces ervaart tijdens supervisie en door middel van reflectie meer te weten komt over eigen waarden en normen, over verantwoordelijkheid, voorkeur en afkeur, gedrag, gevoel en denken.

De inbreng die gepresenteerd is als verhaal wordt door de supervisor ‘bewerkt’: hij exploreert wat de huisarts voelt, denkt, wil en hoe hij handelt, en stimuleert hem tot een concrete formulering van de vraagstelling.

De wezenlijke kracht van het leerproces is het ontstijgen aan de casus, die nodig is om de leervraag te concretiseren en actualiseren. Via de casus ontdekt de inbrenger facetten van patronen, karaktertrekken, gewoonten, maar ook verlangens en de wil om meer duidelijkheid te krijgen over welke dokter hij/zij wil zijn: voor deze patiënt, maar ook als beroepsbeoefenaar in het algemeen.

‘Ik verwijt mezelf altijd, dat ik te veel risicomijdend ben en overmatig verwijs en voorschrijf. Tijdens supervisie werd ik uitgenodigd daar nu eens goed naar te kijken en “voorbij het verwijt” op zoek te gaan naar de betekenis van mijn gedrag.’

Om de lijn in het leren vorm te geven, wordt van de supervisant(en) gevraagd om een begin- en eindnota en reflectieverslagen te schrijven. Het helpt om door de weken heen bij de les te blijven, om te experimenteren met nieuwe inzichten, soms om te verwerken wat in de sessie duidelijk is geworden. Reflectieverslagen gaan niet alleen over wat de inbrenger naar voren bracht, maar ook over wat eventueel andere deelnemers ervan leerden.

Doel

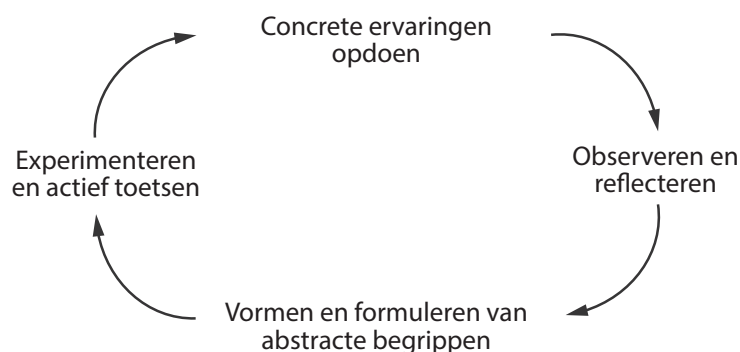
Bij supervisie gaat het om leren uit ervaring, om ervarend leren, om een proces waar de lerende zich in begeeft om vooral over zichzelf meer te weten te komen. Deze vorm van leren is persoonlijk en de supervisant staat zelf aan het roer van het leerproces.

De supervisant is degene die meer leert over zichzelf, over hoe denken, voelen en handelen zich verhouden. Tegelijk leert de supervisant een manier waarop vragen, die men zichzelf stelt, kunnen worden beantwoord en problemen kunnen worden opgelost. De supervisant ‘leert te leren’.

David Kolb heeft een model ontwikkeld, dat de procesgang in het leren weergeeft. Alting von Geusau en Runia (1993) schrijven hierover:

‘Kolb gaat uit van de dubbele betekenis van het woord “ervaring”. Hij wijst er op, dat ervaring zowel kan slaan op wat men innerlijk beleeft als op wat men aan gebeurtenissen meemaakt. De beide betekenissen zijn nauw met elkaar verweven, maar het is voor een juist realiteitsbesef van belang onderscheid te maken tussen wat men aan zichzelf en wat men aan de buitenwereld dient toe te schrijven. Tussen ‘innerlijke’ en ‘uiterlijke’ ervaring bestaat een voortdurende wisselwerking, iets waar men zich in hulpverleningssituaties niet goed genoeg van bewust kan zijn’ (pag. 10).

Figuur 1 Leren door reflecteren (leercirkel van Kolb)



Leren door reflecteren is door Kolb in een cirkel gezet, waarin het leren te leren tot uitdrukking wordt gebracht (fig. 1):

Het leerproces start bij het opdoen van een concrete ervaring die wordt ingebracht als casuïstiek, in verbatimvorm of verhaal. Gefaciliteerd door supervisor en – bij groepssupervisie – medesupervisanten gaat de inbrenger naar zichzelf kijken en reflecteert op de situatie, om te ontdekken wat bij hemzelf gebeurde: wat deed je, wat voelde je daarbij, hoe heb je daar gebruik van gemaakt of wat hield je tegen. Dit wordt verbreed, gethematiseerd. Nieuwe inzichten worden vertaald naar concrete voornemens en mee naar huis genomen om in het werk mee te experimenteren, wat leidt tot nieuwe concrete ervaringen. Het reflectieverslag helpt bij het vasthouden van de opgedane inzichten.

Het leerproces

De kern van supervisie is reflecteren.

Reflecteren doe je door terug te kijken op een consult of op een samenwerkingsrelatie of op een thema, bijvoorbeeld de manier waarop je werk en privé hebt ingericht.

Supervisor A stuurde een verbatim van een ‘onschuldig’ consult, dat volgens haar uit de hand liep. Eenmaal aan de beurt voorzag zij het van het volgende commentaar: ‘Ik erger mij enorm als ik uitloop. Dat gebeurt niet zo vaak, dus het kan ook zonder. Als het al vroeg in de ochtend gebeurt, verpest het mijn hele dag.’

Inbreng over een samenwerkingsrelatie:

‘Ik neem het mijn collega voortdurend kwalijk, dat hij niets van zijn gevoel laat zien, altijd rationeel is.’

Supervisant is een jonge moeder van drie kinderen en heeft op woensdag een vaste waarnemer. Woensdag is haar vrije dag.

‘Ik neem eigenlijk tegen mijn zin werk mee naar huis om in de ochtend te kunnen doen, het moet tenslotte gebeuren. Ik weet niet hoe ik mijn vrije dag moet afschermen.’

De drie voorbeelden zijn kenmerkend voor de start van het reflectieproces. Het is het grove materiaal waarin onbewuste wensen verpakt zijn, oordelen over een ander maar vooral zichzelf, blokkades voor gewenst en constructief gedrag, projecties van relevante opvattingen over zichzelf. Het bevat hoe dan ook mogelijkheden om nader te onderzoeken en dat is waarin de supervisor zijn/haar faciliterende rol ziet. De te verwachten neigingen van de collega-huisartsen in het groepje om oplossingen aan te dragen, de inbreng te leggen langs de lat van ‘ik zou het anders doen’ of zich te richten op die altijd zeurende patiënt, worden vriendelijk maar stellig omgebogen naar een onderzoekstimulerende attitude. De supervisor brengt het beeld in van een rotonde: er zijn meerdere afslagen, maar supervisie neemt de afslag ‘Reflecterend Onderzoeken’ en niet het ‘Oplospad’ of de ‘GoedFoutlaan’ of de ‘Patiëntenkade’. Dat brengt veiligheid voor de inbrenger, maar ook voor degenen die later aan de beurt zijn met hun inbreng. Wanneer men eenmaal de smaak te pakken heeft, stellen de deelnemers andere vragen aan elkaar, richten zich meer op de inbrenger en laten de eigen ‘belangen’ en inzichten los. De kans is groot, dat de inbrenger die met vragen kwam ook met vragen naar huis gaat, maar het zijn andere vragen, die leiden tot experimenteren met nieuw gedrag.

Met de supervisant die zich ergerde aan haar uitlopen in het consult gebeurde het volgende:

Het supervisiegroepje reageert verbaasd. Deze collega wordt met haar ervaring en als persoon als een geweldige huisarts beschouwd, die rust uitstraalt en evenwicht. Gedurende een half uur vindt er exploratie plaats, er wordt naar voorbeelden gevraagd, het is een geanimeerd gesprek, zonder dat er een oplossing komt. Het groepje weet dat dat ook niet de bedoeling is. In de volgende sessie vertelt inbrenger, dat het probleem van het uitlopen weg is. Zij vertelt, dat zij soms uitloopt, maar niet dan nadat zij ervoor heeft gekozen nu aan deze bepaalde patiënt extra aandacht te geven. Als dat in de tijd uit de hand dreigt te lopen, overlegt ze met de assistente.

De inbrengster, die klaagt over haar collega, schrijft:

‘Toen ik naar aanleiding van de supervisie besloot om een tijd lang alleen maar over de inhoud met hem te praten en niet voortdurend over de beleving, veranderde ons contact na een tijdje. Het werd ontspannen, er kwam humor, het werd luchtig, voor mij misschien nog wel meer dan voor hem. Blijkbaar had ik tot op dat moment een blokkerend effect op mijn collega? Hoe doe ik dat eigenlijk met mijn patiënten?!’

De inbrengster over de vrije woensdag komt reflecterend uit bij een oud thema:

‘Ik ben er niet blij mee, maar er is werk aan de winkel: ik moet in gesprek met mijn collega’s over de verdeling van de taken waar we geen van allen dol op zijn. Toch typisch dat ik dat allang weet en nu ontdek, dat ik het tegenhoud, omdat ik bang ben voor ruzie. Oh, wat vind ik dat moeilijk...’

Veranderingen in de beroepsgroep van de afgelopen decennia, zoals de omkering in de man-vrouwverhouding, het daarmee toegenomen aantal parttime werkende huisartsen en de enorme veranderingen in samenwerkingsvormen, hebben weinig veranderd aan de ‘doelstelling’ en de plek van supervisie in het (na)scholingspalet. Wel hebben de veranderingen invloed op de leerdoelen en inbreng door de supervisanten.

Supervisie is als werkvorm geschikt voor leren op het gebied van patiëntenzorg, maar ook voor leervragen bij onderlinge samenwerking en aangaande de balans werk-privé.

Veiligheid en onderling vertrouwen zijn voorwaarden. Tijdens de beperkte serie sessies (12–18) gebeurt er voor de deelnemers in het groepje heel veel. Soms hoort daar pijn bij en verwerking, vaak is er opluchting en bevrijding van schaamte. Daarmee kan het supervisieproces ook intiem zijn. Persoonlijk is het hoe dan ook.

‘Ik moet met regelmaat een visite doen bij een zware obesitaspatiënte. Het mag wel niet, maar ik zie deze patiënte als een lui en vadsig mens, dat weigert zelf iets te doen aan haar situatie. En ik maar sloven. Ik zie er huizenhoog tegenop om langs te gaan en ben doodmoe als ik er vandaan kom.’

Uit het verslag:

‘Tijdens supervisie werd ik geprikkeld om mij bij deze patiënte af te vragen hoe haar eigen beleving over haar situatie zou zijn. Toen ik dat aankaartte bij haar, ging er een wereld voor me open. Ze vertelde dat ze zich doodschamde

voor haar eigen lijf, veel klachten had en zich machteloos voelde door het eeuwige gevecht zonder resultaat. Ik had ineens met haar te doen.’

Met het inbrengen van een verbatim of een verhaal wordt de concrete ervaring vormgegeven en tijdens de sessie wordt de supervisant gestimuleerd tot reflectie: medesupervisanten en de supervisor stellen vragen om het beeld van de concrete ervaring te verdiepen, verbreden. Er ontstaat een nieuw beeld van de feiten, de eigen rol en het gedrag van de inbrenger worden toegevoegd als nieuw inzicht of krijgen een nieuwe betekenis. Mét deze verdieping ontstaan nieuwe mogelijkheden, waarmee de inbrenger met ander gedrag kan experimenteren.

Een supervisant vertelt aansluitend op een concrete casus waar we aan gaan werken tijdens de sessie:

‘Het gebeurt regelmatig, dat ik boosheid voel als een patiënt weer mijn advies niet heeft opgevolgd. Waar doe ik het eigenlijk allemaal voor?!’

In het verslag komt naar voren hoe de wisselwerking ‘innerlijk-outerlijk’ tot nieuw inzicht leidt:

‘Op zeker moment wordt duidelijk dat de patiënt niet de bron is van mijn frustratie. Ik dacht dat ik een advies gaf, maar ik zie nu dat het eigenlijk een eis is van mij aan de patiënt. Daarom ben ik gefrustreerd, omdat aan mijn eis voldaan moet worden. Ik zit hier tenslotte niet voor niks (lacht).

En dan: wil ik wel eisend zijn? Soms wel, denk ik. Maar handel ik daar dan naar? Of organiseer ik mijn eigen frustratie?!’

Alleen in supervisie of deelnemen aan een groepje

Er zijn drie gebieden te onderscheiden waarop het persoonlijk functioneren zich manifesteert:

1. de patiëntenzorg;
2. samenwerking met anderen;
3. de balans werk-privé.

De supervisant bepaalt op welk gebied hij/zij wil leren en de inbreng zal daarmee te maken hebben. Tijdens het supervisieproces wordt duidelijk welk persoonlijk

thema in het geding is en deze uitkomst is vaak verrassend en van tevoren niet te voorspellen. Het ontdekken van het thema is immers deel van het leerproces.

Reflecteren op een ervaring begint bij het zich openstellen voor alle aspecten die denkbaar zijn in het persoonlijk functioneren.

Men kan individueel of in een groepje deelnemen aan supervisie.

Bij de behandeling van een verbatim kan de supervisor ontdekken, dat hij/zij zelf verantwoordelijk is voor zijn/haar verwachtingen. Het geldt dan niet alleen de relatie met de patiënt uit het verbatim, maar evengoed de relaties met bijvoorbeeld de leden van de maatschap. Zo kan een opvatting als ‘degene die verantwoordelijk is voor mijn verwachtingen ben ik zelf’ de ruimte in de supervisiesessie aardig vullen. Elke deelnemer kan hiermee in gedachten al lerend aan de gang. En wanneer dat niet tijdens de sessie gebeurt, vindt dat evengoed wel daarbuiten plaats. In de reflectieverslagen zijn de resultaten daarvan terug te vinden en die worden dan weer besproken in de eerstvolgende sessie.

Een huisarts kan ervaren, dat er patronen ontstaan in het werk die meer energie kosten dan ze opleveren. Een ervaring die leidt tot twijfels over het eigen functioneren, zonder dat duidelijk is waar het aan ligt, kan een reden zijn om daar door middel van supervisie duidelijkheid over te krijgen. Toenemende vermoeidheid die men in het werk oploopt kan wijzen op een ‘energielek’, waar men op eigen kracht onvoldoende zicht op heeft of kan krijgen.

Zulke situaties kunnen een zekere urgentie in zich hebben, een pas op de plaats kan geïndiceerd zijn om bijvoorbeeld een burn-out te voorkomen. Individuele supervisie is dan op zijn plaats.

Samen met collega's het avontuur aangaan om gedurende ongeveer een jaar het licht te laten schijnen op het eigen functioneren bij patiënten- of collegiaal contact of in de balans werk-privé kan een gevoel van opnieuw beginnen opleveren. Een thema opnieuw onder de aandacht brengen bij zichzelf en daar twee of drie collega's in mee laten kijken, kan een nieuw perspectief brengen. Persoonlijk leren duurt een leven lang, des te meer in een beroep waarin menselijk contact centraal staat. Dat veel huisartsen dit principe huldigen, toont zich in de toename van het aantal intervisiegroepen, die zich – soms tijdelijk of structureel met begeleider – als toetsgroep nascholen.

Resultaten

Dat het resultaat van supervisie niet is te voorspellen, is in de beginnende supervisiegroep geregeld alleen bij de supervisor bekend. Die weet daar echter mee om te gaan en zal de supervisanten stimuleren om zich te richten op het proces van onderzoeken en ontdekken, niet bijvoorbeeld op het kiezen van een oplossing of het verschaffen van tips en trucs.

Dat resultaten niet te voorspellen zijn, betekent echter niet dat ze er niet zijn.

In een studie van Voogd en Kuyvenhoven (2010) over onderzoek naar effecten van supervisie is ‘een ruime zoektocht in de literatuur uitgevoerd’ (pag. 7).

Zij hebben daarbij gekeken naar ‘verwachte effecten op het gebied van:

- blijvend reflecteren, doorgaand leren;
- beter persoonlijk functioneren(integratie van denken, voelen, handelen);
- beter professioneel functioneren(integratie van persoon, beroep en werksituatie) en beter vakinhoudelijk handelen. Het is belangrijk te weten in hoeverre ontwikkelde vaardigheden stabiele vaardigheden vormen die over een langere periode blijven bestaan (duurzaamheid of ‘sustainability’) en of ze al dan niet casus- of domeingebonden zijn (generaliseerbaarheid)’ (pag. 5).

De materie blijkt voor wetenschappelijk onderzoek weerbarstig van aard. Dat is ook niet verwonderlijk: leerprocessen zijn complex en voor een belangrijk deel persoonsgebonden. Dat supervisie zich kenmerkt door het bieden van maximale ruimte voor deze persoonsgebonden leerprocessen, versterkt dit gegeven.

De auteurs concluderen tot een aantal aanwijzingen:

- ‘Er zijn aanwijzingen dat reflectie-ervaringen en -onderwijs het leren in de praktijk bevordert, intensiveert en/of versnelt. In de literatuur zijn echter geen studies beschreven die effecten van reflectietraining of supervisie op langere termijn hebben getracht vast te stellen.
- Er zijn aanwijzingen dat supervisie de ervaren arbeidsbelasting verlaagt en leidt tot een groter zelfinzicht en toename van de persoonlijke effectiviteit (zoals grenzen stellen, omgaan met conflicten, uiten van emoties).
- Er zijn aanwijzingen dat een grotere vaardigheid in reflecteren samenhangt met sterkere vaardigheden op andere aspecten van professioneel gedrag, zoals het maken van een meer gedegen afweging bij morele dilemma’s, meer kennis van professioneel correct gedrag en meer aandacht voor medisch inhoudelijke en patiëntgebonden overwegingen bij medische beslissingen. Er zijn geen aanwijzingen voor generaliseerbaarheid van aangeleerde reflectieactiviteiten naar andere gebieden.
- Kunnen reflecteren hangt mogelijk samen met betere communicatieve vaardigheden, beter contact kunnen leggen met patiënten, beter gebruik maken van medische gegevens in een probleemlijst, een betere diagnostische accuratesse en het beter aanleren van nieuwe medisch-technische vaardigheden. Er zijn geen aanwijzingen voor generaliseerbaarheid buiten het gebied waarop de reflectieactiviteiten plaatsvinden’ (pag. 8 e.v.).

Resultaten blijven niet beperkt tot het succesvol behandelen van een verbatim of verhaal. Zoals de deelnemers met elkaar leren omgaan op een andere manier, namelijk meer onderzoekend en vanuit een volgende attitude in plaats van een leidende, zo is deze nieuwe manier van doen prima toepasbaar in menige arts-patiëntrelatie.

Supervisieaanbod

Supervisie wordt aangeboden in heel Nederland. Er is een netwerk van supervisoren, die speciaal voor het geven van supervisie aan de huisarts, individueel of in kleine groep, zijn opgeleid. Zij zijn geaccrediteerd door het NHG en zijn te vinden via de website van het NHG www.nhg.org of via de site: www.coachesvoormedici.nl.

Geraadpleegde literatuur

1. Grol, R. (red), Huisarts en Somatische Fixatie, Springer Media, 2e druk.
2. Alting von Geusau W, Lieshout V van. Supervisie voor huisartsen. Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, NUHI, intern document, 1983.
3. Alting von Geusau W, Runia E. De prijs van het aardig zijn. Utrecht: NHG-Publicaties; 1999.
4. Modernisering naar menselijke maat, Huisartsenzorg in 2022, Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV; 2012.
5. Staveren R van. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.
6. Voogd M, Kuyvenhoven M. Onderzoek naar de effecten van supervisie. Supervisie en Coach 2010;27(1):3–14.

Drs. V. M.W.J. van Lieshout psycholoog, was als gedragswetenschappelijk docent verbonden aan de Voortgezette Opleiding tot Huisarts (VOHA) van het Radboudumc te Nijmegen. Hij geeft nu nog supervisie en begeleidt intervisiegroepjes voor huisartsen. Is als een der Coaches voor Medici verbonden aan het NHG. Omgaan met dilemma's is een van zijn specialiteiten.

(Begeleide) intervisie

Moniek van den Ende

Samenvatting

Praten over problemen in het werk en steun ondervinden van collega's zijn mede de aanzet voor het ontstaan van intervisie. Deze bijdrage begint met de ontstaansgeschiedenis van intervisie, vervolgens wordt beschreven wat intervisie precies is en welke methoden er worden gebruikt. Wat levert het eigenlijk op? Ten slotte komt aan de orde wat er is nodig om een goedlopende intervisiegroep te vormen.

'Hoe je kijkt bepaalt wat je ziet.' Marten Bos

Er komt veel op je af als dokter. De patiëntenzorg, samenwerking met collega's, het begeleiden van een assistententeam, verantwoordelijkheid voor je praktijk en/of managementtaken die je moet uitvoeren. Door het ontstaan van grotere gezondheidscentra en huisartsen die bij elkaar in één pand gaan zitten (HOED), vraagt dit andere vormen van samenwerken en leiderschap.

Niet alleen competenties, zoals arts-patiëntcommunicatie en samenwerken, maar ook persoonlijke opvattingen, waarden en drijfveren hebben invloed op het functioneren in het werk. Het is belangrijk deze ervaringen te delen en zich bewust te zijn van het eigen functioneren, hoe je als persoon in het vak zit.

Een manier om zichzelf te spiegelen, blinde vlekken te ontdekken en andere inzichten op te doen is via intervisie.

'In mijn praktijk is het momenteel heel onrustig, er komt veel op mij af', vertelt Marja tijdens een intervisiebijeenkomst. 'Een van mijn beste assistentes is langdurig ziek geworden, we lopen achter met de administratie en

M. van den Ende (✉)
Duivendrecht, Nederland
e-mail: mtvandenende@live.nl

binnenkort is er de audit voor de praktijkaccreditatie. Ik heb het gevoel dat ik er alleen voor sta.’

Het ontstaan van intervisie

Rond 1950 begeleidde Michael Balint, psychiater-psychoanalyticus en zoon van een huisarts, onder andere groepen huisartsen in Londen. In deze groepen stond de arts-patiëntrelatie centraal en daarbij ging het vooral om de rol van de dokter.

In 1956 verscheen zijn boek *The Doctor, his patient and the illness*, waarin hij zijn ervaringen met deze huisartsengroepen beschreef. Dit boek heeft ook op het functioneren van huisartsen in Nederland veel invloed gehad [1]. Eind jaren vijftig, begin jaren zestig nam al 10 % van de Nederlandse huisartsen deel aan een zogenoemde balintgroep met een (psychiater-)psychoanalyticus als begeleider [1, 2].

Langzaamaan ontwikkelden het gebruik en de methode van intervisie zich. Inter-visie komt voort uit een tweetal theoretische bronnen: de oplossings- en adviesge-richte benadering vanuit organisatieontwikkelingstheorieën en de groepsdynamica en uit de reflectiegerichte supervisietraditie.

Eind jaren tachtig was intervisie nog vooral gericht op het oplossen van proces-matige en taakgerichte problemen.

Het NHG richtte begin jaren negentig de werkgroep-Balint op en behartigde en promootte op deze manier de balintmethode als een intervisiemodel voor huisart-sen.

Er verschenen meer publicaties over reflecteren op werkgerelateerde problemen [3, 5].

Vervolgens kwam intervisie in een stroomversnelling terecht. In het kader van het NHG-congres in 1999 over communicatie en attitude in de arts-patiëntrelatie verschenen er publicaties over dit onderwerp [6, 7]. De herkenning van problemen bij collega's werd als een relevante leerervaring gezien [8]. De afgelopen tien jaar verschenen er meer boeken op de markt waarin aandacht is voor de verschillende intervisiemethoden [4, 10–12].

In de jaren negentig werd begeleide intervisie in veel huisartsopleidingen een onderdeel van het curriculum. In de driejarige opleiding werd, en wordt, dan in het ene jaar groepssupervisie gegeven, en in een ander jaar begeleide intervisie. Tegenwoordig is er een grote groep huisartsen die deelneemt aan een intervisie-groep. Onder pas afgestudeerde huisartsen is het gebruikelijker als vervolg op de opleiding een intervisiegroep op te starten. Daarnaast niet onbelangrijk: het levert toetspunten op.

In 2012 wordt de expertgroep Coaches voor Medici (CvM) opgericht.¹ CvM komt voort uit de NHG-supervisorengroep en zij richten zich voornamelijk op het geven van begeleide intervisie en supervisie in de medische sector.

Wat is intervisie?

‘Anke vraagt zich af hoe het toch komt dat zij zo van slag kan raken wanneer een patiënt boos op haar wordt als zij niet meegaat in zijn wens. Ze vraagt zich af waar dit vandaan komt.’

Intervisie is in groepsverband op een gestructureerde, methodische wijze reflecteren op zichzelf en het werk. Het doel is het handelen van de professional te verbeteren door zicht te krijgen op de eigen rol, het eigen gedrag en de eigen stijl van werken. En zo te komen tot nieuw handelen en de daarbij horende acties.

De term intervisie wordt nogal eens gebruikt voor activiteiten als casuïstiekbespreking of werkoverleg. Het is belangrijk de term intervisie te reserveren voor bespreking van persoonlijke professionele vragen die te maken hebben met de integratie van de persoon in het beroep.

Intervisie is bewust veranderen [10]. Het gaat dus niet om het oplossen van elkaars problemen, maar om inzicht te krijgen in het eigen functioneren. Vragen over persoonlijk functioneren staan dan ook vaak centraal. Je helpt elkaar bij het ontdekken en expliciteren van persoonlijke opvattingen en te reflecteren op en verbeteren van de professionaliteit. Waar ben je goed in, wat zijn jouw kernkwaliteiten, wat vind je lastig, waar loop je tegenaan, in welke patronen blijf je hangen, welke impliciete overtuigingen heb je en wat zijn je valkuilen?

Naast de traditionele probleemgerichte intervisie komt er de laatste jaren meer aandacht voor de oplossingsgerichte intervisie [11]. Traditionele intervisiemethoden richten hun focus op het probleem.

Anke vraagt zich af hoe het toch komt dat de boosheid van een patiënt haar zo raakt. Waar heeft dit mee te maken? Door het probleem te analyseren en inzicht te krijgen in haar eigen functioneren, kan ze acties ondernemen om hier anders mee om te gaan.

¹ Professionele begeleiders zijn te vinden op www.coachesvoormedici.nl. Coaches voor Medici is een netwerk van artsen en psychologen door het hele land met een gecertificeerde supervisie-coachingsopleiding, zoals de NHG-kaderopleiding supervisie & coaching, exclusief werkzaam voor de medische sector.

Het oplossingsgerichte model richt de focus op wat er goed gaat, wat (beter) gewerkt heeft en dus herhaald kan worden en wat is geprobeerd.

Heeft Anke ook situaties meegemaakt waarin ze niet van slag raakte als een patiënt boos werd? Wat dacht ze toen en wat heeft ze toen precies gedaan?

Het doel van deze intervisievorm is versterking van (het besef van) de *eigen* professionaliteit van de inbrenger [11]. Het oplossen van problemen is vervangen door het paradigma van het bouwen aan oplossingen [12].

‘Ik heb het gevoel dat ik er alleen voor sta’, zegt Marja. Ze geeft aan dat het haar allemaal te veel wordt en dat ze zich ergert aan haar collega, die altijd op tijd naar huis gaat, terwijl er zoveel werk ligt. De groepsleden proberen een beeld te krijgen van de praktijksituatie door hierover open vragen te stellen. Daarnaast vragen zij door hoe zij het ervaart, waar haar gevoel vandaan komt dat zij er alleen voor staat en wat haar overtuigingen zijn om te handelen zoals ze nu doet.

De groepsleden helpen Marja door open vragen te stellen en te analyseren wat er precies gebeurt, en wat haar eigen aandeel is in de hiervoor genoemde situatie.

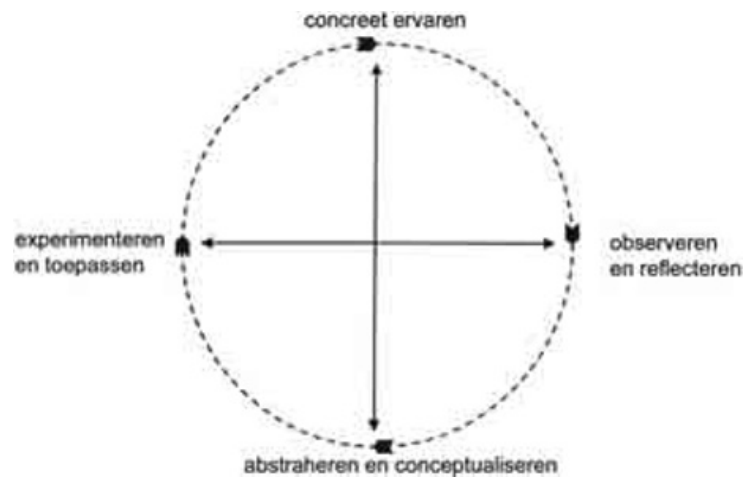
Reflecteren is een wezenlijk onderdeel van intervisie. Het is bewust stilstaan bij en terugkijken op eigen ervaringen en handelen om daar vervolgens van te kunnen leren. Het onbevooroordeeld analyseren van een situatie en de rol van de eigen persoon staan hierbij centraal. De groepsleden kunnen hierbij helpen door open vragen te stellen, feedback te geven en vanuit hun eigen perceptie en ervaringen een andere kijk op de zaak te geven. Via reflectie wordt iemand zich bewust van de werkwijzen, de keuzes die worden gemaakt en de oordelen die worden geveld.

Intervisie is dus een op reflectie gericht leerproces [3, 4].

Met elkaar wordt een leercirkel doorlopen. Een van de bekendste modellen is die van Kolb (fig. 1): een concrete ervaring wordt ingebracht, door de situatie te schetsen, of door middel van een verbatim of een video. Vervolgens wordt met elkaar aan de hand van helpende vragen, zonder oordelen en invullingen, geanalyseerd wat het probleem is. ‘Wat speelt er allemaal mee?’ Na deze reflectiefase is de volgende stap de abstractievorming. ‘Waar gaat het in de kern om?’. ‘Wat wil ik gaan omzetten in een plan?’ Deze vragen leiden tot actief experimenteren. ‘Wat ga ik proberen om mijn gedrag te veranderen?’

Tijdens de volgende bijeenkomst vindt er een terugkoppeling plaats en vertelt de inbrenger hoe het verlopen is, of ze er verder mee is gekomen, en wat het haar heeft opgeleverd. Zo komt ze weer een stapje verder in haar leerproces.

Figuur 1 Leercirkel van Kolb



Verschillende intervisiemethoden

In een beginnende intervisiegroep is het belangrijk een basisstructuur aan te leren en deze consequent toe te passen. Het zorgt voor focus, structuur en resultaat. Door de methodische aanpak gaat de kwaliteit van intervisie omhoog. Na verloop van tijd kan er meer geëxperimenteerd worden met verschillende methoden. Afhankelijk van de aard van de inbreng, kan er dan gekozen worden voor een andere methode. Ook wordt er in sommige groepen dan niet altijd meer strikt volgens een methodiek gewerkt. Het is afhankelijk van waaraan de groep behoefte heeft. De ene groep vindt het prettig houvast te hebben en te werken volgens een bepaalde methode, de andere groep heeft baat bij wat losser omgaan met de verschillende methoden en daar het beste uit te halen.

Hierna is een aantal gebruikelijke intervisiemethoden beschreven.

De basisintervisiemethode

Met behulp van deze methode kunnen vrijwel alle werkervaringen besproken worden. Hierbij werkt de groep aan de hand van een heldere structuur aan het verdiepen van een inbreng. De fasen liggen vast. De groep concentreert zich op de vraag van de inbrenger. Doel is gezamenlijk een advies te vinden voor een werksituatie en het formuleren van een actieplan. De overige intervisiemethoden zijn gebaseerd op dit model.

Fase 1: inventarisatie; ieder formuleert zijn inbreng kort en bondig. Er wordt een keuze gemaakt uit de inbrengen.

Fase 2: analyse; groepsleden stellen open, informatieve vragen om de situatie en de vraag te verhelderen. Dit doen ze zonder in te vullen, of met suggestieve vragen te komen. Er worden ook nog geen oplossingen aangereikt. Hierdoor ontstaat inzicht in belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van het probleem.

Fase 3: adviesronde; alle groepsleden geven om de beurt hun advies, de inbrenger hoort ze aan. In deze fase is er ruimte om tot creatieve, alternatieve adviezen te komen.

Fase 4: actieplan; inbrenger reageert op de adviezen, welke spreken het meest aan? De inbrenger maakt een actieplan en bekijkt of het uitvoerbaar is. Wat neemt hij zich voor en welke adviezen wil hij op korte termijn ten uitvoer brengen?

Fase 5: evaluatie; alle groepsleden geven aan wat ze geleerd hebben van de bijeenkomst. Vooruitblik op de volgende bijeenkomst.

De incidentmethode

De incidentmethode wordt vaak door beginnende groepen gebruikt. Het is een strak gestructureerde methode, wat zeker in het begin houvast geeft en helpt om overzicht te houden en resultaat na te streven. Het voorkomt dat het gesprek afglijdt naar een casuïstiekbespreking of uitwisselingen van ieders ervaringen. De methode is geschikt voor het behandelen van een *concrete, actuele situatie (een incident) die een sterke emotie heeft opgeroepen bij de inbrenger*. Het kan gaan om een recente gebeurtenis of een vraagstuk dat nog opgelost moet worden. Door het stellen van verkennende vragen, proberen de groepsleden een beeld te vormen van de emotie die de situatie bij de inbrenger opriep. Vervolgens delen ze hun eigen ervaringen en ideeën met elkaar. De inbrenger krijgt op deze manier zicht op alternatieve mogelijkheden voor gedrag in de ingebrachte situatie.

De roddelmethode

De inbrenger gaat na de fase van vraagverheldering buiten de kring zitten. De groepsleden wisselen met elkaar uit wat zij denken dat de achtergrond is van de vraag, de mogelijke oorzaken en oplossingen. Door te ‘roddelen’ kan de kern van het vraagstuk meer zichtbaar worden.

‘De groep bevraagt Anke over een concrete situatie, gericht op wat er precies gebeurde en hoe zij het beleefde. Als de situatie en haar vraag voor iedereen duidelijk zijn, besluit de groep samen met Anke om de roddelmethode toe te passen. Anke gaat buiten de kring zitten met haar rug naar de groep en zal noteren wat haar opvalt. De groep bespreekt op een respectvolle manier wat hun visie is op het probleem, wat er mogelijk aan de hand is en probeert tot de kern van het probleem te komen. En komt vervolgens tot oplossingen en adviezen.’

‘Anke komt terug in de groep en koppelt terug wat haar geraakt heeft, welke inzichten dit haar gegeven heeft en welke oplossingen en adviezen zij meeneemt. Zij neemt zich voor dit de komende tijd te gaan proberen.’

Het is een effectieve methode die kan bijdragen aan het ‘verruimen van iemands kader’ [13] en leidt vaak tot onverwachte inzichten [9]. De roddelmethode is geschikt voor een meer ervaren groep, waarin veel onderling vertrouwen en veiligheid zijn. Belangrijk is dat de toonzetting respectvol en concreet is en gaat over het gedrag van de inbrenger in die situatie.

De balintmethode

De balintmethode is gericht op *inzichtelijk maken van eigen blinde vlekken en op het onderkennen van de gevoelsmatige kant van problemen*. Het is een werkwijze waarvoor de intervisiegroep moet kiezen. Er moet altijd iemand zijn die het proces begeleidt. De intervisiegroep stelt gezamenlijk vast wat de eigenlijke vraagstelling is van de inbrenger en kijkt naar de invloed en het eigen aandeel van de inbrenger in de casus. Het is een heel gestructureerde stapsgewijze werkvorm. Er is een strakke scheiding tussen de verschillende stappen. Bij iedere stap legt de begeleider uit wat er van eenieder wordt verwacht en waarom. Vervolgens geeft hij de groepsleden de tijd om zich voor te bereiden op of na te denken over de stap die komt. Hij sluit elke stap af en maakt een overgang naar de volgende stap. Alle groepsleden zijn actief betrokken bij de uitwerking van de casus, omdat ieders eigen ervaringen worden ingebracht.

De socratische methode

De socratische methode is een sterk gestructureerde intervisievorm, waar de inbrenger *geconfronteerd wordt met eigen overtuigingen*. De methode onderscheidt zich van andere methoden door de *nadruk op visieontwikkeling* in plaats van op probleemoplossing of advisering. Deze methode is vooral geschikt als het om een complexe inbreng gaat en/of om een dilemma waar de inbrenger niet uitkomt. Een goede begeleiding van iemand die ervaring heeft met deze methode is essentieel.

Begeleide of onbegeleide intervisie?

‘Een groep net afgestudeerde huisartsen is een intervisiegroep begonnen. Ze kennen elkaar van de opleiding en een aantal van hen zijn goede vriendinnen. Ze zijn een paar keer bij elkaar geweest en hebben hun ervaringen als startende huisartsen uitgewisseld. Het is vooral erg gezellig. Tijdens de bijeenkomsten wordt druk door elkaar gepraat. Er is veel herkenbaar. Bij het inbrengen van problemen wordt vooral met elkaar meegeleefd. Er is weinig structuur en de bijeenkomsten verlopen enigszins chaotisch.’

Vooraf bij beginnende groepen is de aanwezigheid van een professionele begeleider van groot belang. De begeleider bewaakt het gesprek, heeft oog voor het proces en houdt de structuur in de gaten. Hij zorgt ervoor dat de inbrenger ook ‘probleemeigenaar’ blijft.

De begeleider maakt zichtbaar wat er in het hier en nu gebeurt tussen de deelnemers, door dit te benoemen en het effect ervan te laten ervaren. Daarnaast bevordert hij de gezamenlijke reflectie, door te bespreken hoe het ingebrachte thema speelt voor de andere deelnemers en wat zij ervan meenemen. De begeleider heeft tevens een voorbeeldrol in de wijze van vragen stellen: het stellen van open, niet-suggestieve vragen, zonder oordeel, maar nieuwsgierig naar het gedrag of de beleving van degene die een probleem inbrengt. Daarnaast kan hij de groep laten kennismaken met de verschillende intervisiemethoden en laten ervaren hoe de ingebrachte problemen op deze manier meer uitgediept worden.

Goede intervisie vraagt dus om diepgang.

Er zijn intervisiegroepen die ervoor kiezen altijd met een professionele begeleider te werken, om diepgang te behouden en om te voorkomen dat het na verloop van tijd meer ‘gezellig bijpraten’ wordt. De begeleider moet er wel voor waken dat hij niet te betrokken raakt en blinde vlekken ontwikkelt.

Langer bestaande intervisiegroepen kiezen er ook wel voor om zonder begeleiding door te gaan. Toch kan de behoefte ontstaan er op een gegeven moment weer een professionele begeleider bij te vragen, zodra men merkt dat de structuur en diepgang aan het verdwijnen zijn en het meer een gezellig clubje wordt. Dit kan voor een aantal sessies zijn, als een soort ‘opfriscursus’, of bijvoorbeeld op regelmatige basis één tot twee keer per jaar.

Ook mogelijk is intervisiecoaching. Hierbij werkt de begeleider meer als coach. Een intervisiecoach faciliteert een intervisiegroep van meet af aan om zelfstandig te leren van en met elkaar over het eigen functioneren. Daartoe wordt het eigenaarschap van het leerproces neergelegd bij de leden van de intervisiegroep. De begeleider streeft ernaar dat de groep na ongeveer een jaar van begeleiding zelfstandig kan doorgaan [13].

Wat zijn belangrijke voorwaarden voor een goedlopende intervisiegroep?

- *Groepsgrootte en duur.* Een groep bestaat idealiter uit vijf tot maximaal acht deelnemers. Gemiddeld komt men zes keer per jaar bij elkaar. Een intervisiebijeenkomst duurt twee tot tweeënhalf uur.
- *Afspraken.* Het is belangrijk om vooraf duidelijke afspraken te maken over praktische zaken zoals frequentie en duur van de bijeenkomsten, aan- en afwezigheid. Waar men bij elkaar komt: om de beurt bij iemand thuis of op een vaste locatie in een rustige omgeving.
- *Verantwoordelijkheid.* Alle deelnemers zijn verantwoordelijk voor het groepsproces en het resultaat. Dit betekent actief en serieus meedoen in de groep. Creëren van een goed en veilig leerklimaat is daarvan ook een onderdeel. Zoals het uitspreken van verwachtingen ten aanzien van intervisie, het signaleren en ter sprake brengen van bijvoorbeeld spanningen in de groep of een eventueel gevoel van onveiligheid.
- *Gevoel van vertrouwen en veiligheid.* Het is belangrijk dat er een sfeer van openheid en vertrouwen is. Men moet zich veilig voelen om persoonlijke zaken te kunnen inbrengen en erop kunnen vertrouwen dat men niet veroordeeld wordt. Een belangrijke regel is dat hetgeen besproken wordt binnenskamers blijft.
- *Gelijkheid.* In de intervisie is er geen sprake van hiërarchie. Een leidinggevende in de groep of groepsleden van verschillende disciplines kunnen zorgen voor onveiligheid. Maar ook deelname van artsen uit eenzelfde praktijk of vakgroep kan belemmerend werken om open en vrij problemen in te brengen. Een eventuele begeleider heeft geen hiërarchische positie maar is voorwaardenscheppend.
- *Aanwezigheid.* Intervisie is niet vrijblijvend. Deelnemers gaan een verbinding aan met de groep. Aanwezigheid en continuïteit verhogen de kwaliteit in de groep naast vertrouwen en veiligheid.
- *Feedback en reflectie.* Tijdens de intervisiebespreking geven deelnemers feedback aan de inbrenger, ze houden de inbrenger een spiegel voor. Voorwaarde is dat men de feedbackregels kent. Discussies moeten worden vermeden, het gaat niet om gelijk of ongelijk krijgen. Bij intervisie moet men feedback kunnen geven en bereid zijn feedback te ontvangen.
- *Storingen gaan voor.* Wanneer er (heftige) gebeurtenissen op het werk of privé spelen die iemand in beslag nemen, wordt er ruimte gegeven om dit te uiten. Hierbij is het aan de persoon zelf om dit verder te bespreken met de groep of dat hij het alleen maar wil medelen, zodat de groep op de hoogte is van wat er speelt.
- *Aandacht hebben voor elkaar.* Aan het begin tijd nemen om uit te wisselen hoe het met eenieder gaat. Vanuit de hectiek van een werkdag of thuissituatie is het goed om even te ‘landen’. Sommige groepen spreken af om met elkaar te eten, voordat de intervisie start.

Wat levert intervisie op?

‘De andere kijk op mijn probleem heeft mij geholpen om uit de impasse te komen waar ik in zat. Door mijn gedrag te veranderen, merkte ik dat mensen meer begrip hadden voor mijn situatie en meedachten hoe we hieruit zouden kunnen komen. Door in te zien wat mijn aandeel was, kreeg ik ruimte om het op een andere manier bespreekbaar te maken met veel meer effect.’

‘Ik voelde mij enorm gesteund door mijn collega’s. Ik vond het spannend om mijn probleem in te brengen en was bang dat ik door de mand zou vallen en geen goede dokter zou blijken te zijn. Tot mijn verrassing werd mijn ingebrachte probleem door meerdere collega’s herkend.’

‘Ik ben minder aan het “redderen” en kijk nu veel meer samen met de patiënt hoe we eruit kunnen komen.’

Aandacht en steun van collega’s worden vaak als eerste genoemd. Ook de herkenbaarheid van het probleem. Bemerken dat dezelfde thema’s een rol spelen, ook al is iedereen verschillend en gaat men er anders mee om. Het gevoel er niet alleen voor te staan. In het werk levert het meer werkplezier op. Beter grenzen kunnen aangeven en meer de regie te nemen. Betere samenwerking met collega’s. Een betere balans tussen werk en privé.

In Nederland is nog nauwelijks valide onderzoek gedaan naar de effecten van intervisie. Uit de weinige onderzoeken die er zijn, blijkt dat het meer werkplezier oplevert, meer regie in de spreekkamer, betere communicatie met collega’s en een duidelijker beeld van de loopbaan.

Toetspunten

Bij begeleide intervisie verzorgt de professionele begeleider de accreditatiepunten. Bij de onbegeleide intervisie is dat alleen mogelijk als er een erkend kwaliteitsconsulent (EKC-er) in de groep zit, die de punten kan aanvragen.

Literatuur

1. Balint Nederland. Geschiedenis. Website van de landelijke Balint vereniging in Nederland 2017. Beschikbaar via: <http://www.balintnederland.nl/index.php/balint-nederland/geschiedenis>. Geraadpleegd op: 2 mei 2017.
2. Osselen E van, Helsloot RSM, Werf GTh van der, Zalinge EAB. De dokter als medicijn: zeventig jaar timmeren aan de arts-patiëntrelatie. *Huisarts Wet.* 2016;4:176–9.
3. Hendriksen J. *Intervisie bij werkproblemen*. Soest: Uitgeverij Nelissen; 2003.
4. Hendriksen J. *Handboek Intervisie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom/Nelissen; 2009.
5. Dokter HJ, Verhage F. *De dokter als medicijn. Ervaringen in het werk met groepen huisartsen*. Utrecht: NHG; 1991.
6. Themanummer arts-patiëntrelatie. *Huisarts en Wetenschap* 1999;42(12).
7. Alting von Geusau W, Runia E. *De prijs van het aardig zijn*. NHG-publicaties nr. 5. Utrecht: NHG; 1999.
8. Benthem G. Intervisie onder begeleiding: Positieve ervaringen in Limburg. *Huisarts en Wetenschap* 2005;48(2):962–63.
9. Pronk P. Groeien in je vak door intervisie. *De Dokter* 2012;20:20–2.
10. Bellersen M, Kohlmann I. *Praktijkboek intervisie*. 2e druk. Deventer: Kluwer; 2013.
11. Neeleman M. *De drietrapsmodel. Een oplossingsgericht intervisiemodel*. 2009. Beschikbaar op: www.oplossingsgericht.nu/.../Herman-Prust-intervisie-model-HP-10.doc. Geraadpleegd op: 2 mei 2017.
12. Bannink F. *Positieve supervisie en intervisie*. Amsterdam: Hogrefe; 2012.
13. Beek B van de, Schaub-Jong M de. *Intervisie leren. Een methode voor professionele ontwikkeling*. 2e druk. Amsterdam: Boom Uitgevers; 2017.

M. van den Ende Coach en huisarts, Duivendrecht.

Just what the doctor ordered*

Coaching als recept voor persoonlijke professionaliteit

Cara Valk

Samenvatting

‘De arts kan zelf tot verbetering van zijn handelen komen.’ Dit is de grondgedachte bij coaching. Individuele coaching is voor een huisarts dan ook bij uitstek geschikt om regie te nemen over zijn professionele ontwikkeling. In een samenspel met de coach werkt de huisarts aan zelfgekozen doelen en verwerft de kwaliteiten of vaardigheden die hij daarvoor nodig heeft. In deze bijdrage schets ik de theorie en praktijk van coaching. Daarbij wordt helder hoe een huisarts samen met de coach zijn professioneel handelen onderzoekt, focust op de gewenste verandering en deze kan realiseren. Ik benoem veelvoorkomende thema’s bij huisartsen en laat zien wat de opbrengst kan zijn van individuele coaching. Tot slot sta ik stil bij de factoren die coaching als begeleidingsvorm effectief maken.

Coaching en zelfregie

Rond 1850 duikt coaching als begeleidingsvorm voor het eerst op in Engeland. De begeleider die een student door zijn examens leidde, werd coach genoemd [2]. Later kwam de term via de sport het bedrijfsleven in en tegenwoordig zijn professionele coaches op tal van gebieden actief, bijvoorbeeld in lifecoaching, jobcoaching en loopbaancoaching [3]. Alle vormen van coaching hebben gemeen dat zij doel- en resultaatgericht zijn. De grondgedachte is dat degene die gecoacht wordt in potentie alles in zich heeft om problemen en uitdagingen waarvoor hij zich gesteld ziet aan te kunnen. De coach helpt de gecoachte om te verhelderen waaraan hij precies wil werken, zelf gewenste doelen te formuleren en deze op eigen kracht

*Engels gezegde met als betekenis: *Exact wat nodig is* [1].

Drs. C. Valk (✉)
Nijmegen, Nederland
e-mail: info@valk-ontwikkeling.nl

te bereiken. Dit is ook de essentie van huisartscoaching: de huisarts komt met een vraag aan de coach, maar neemt zelf de regie over zijn ontwikkelingsproces. Hierbij gaat het altijd om werkgerelateerde vragen. Huisartscoaching is dan ook te omschrijven als een doel- en resultaatgerichte begeleidingsvorm die de huisarts de mogelijkheid biedt om zijn professioneel functioneren met betrekking tot zelfgekozen doelen te verbeteren.

Persoonlijke professionaliteit

Huisarts is een complex en veeleisend beroep. Persoonlijke factoren en de manier waarop de huisarts met zijn deskundigheid inspeelt op situaties in de werkpraktijk bepalen zijn professionaliteit. In de opleiding heeft de arts hiervoor een stevige basis gelegd, zowel medisch inhoudelijk als wat algemene competenties betreft. Het werken in de praktijk vraagt echter een voortdurend bijblijven zowel vakinhoudelijk als in persoonlijke ontwikkeling. Daar waar frictie of spanning ontstaat tussen persoon, professionele rol en werksituaties liggen de coachingsvragen van huisartsen. Soms ervaart een huisarts deze rond heel specifieke taken, zoals ‘ik wil leren om mijn feedback aan de POH constructiever te geven’ of is er een concrete aanleiding zoals een klacht van een patiënt. Maar vaker is de reden om met een coach in zee te gaan meer algemeen: gevoelens van onvrede waarmee de huisarts al wat langer rondloopt, signalen van overbelasting, terugkerende conflicten of de behoefte eens met een buitenstaander te sparren over het managen van de praktijk. Het is een misvatting dat coaching alleen zinvol is bij problemen. Soms vindt een huisarts het gewoonweg prettig als er eens een onafhankelijke deskundige meekijkt om zijn functioneren te optimaliseren.

Starten met coaching

Coachingsvragen van huisartsen dienen zich dus aan vanuit spanning of fricties binnen de persoonlijke professionaliteit. De ontwikkeling die een huisarts in een coachingstraject doormaakt is dan ook primair gericht op het verbeteren van zijn persoonlijk professioneel handelen. Dit betekent, dat zowel instrumentele kennis en vaardigheden onderwerp van coaching kunnen zijn, als persoonlijke factoren zoals opvattingen, waarden, eigenschappen. De eerste stap is helder te krijgen waarom precies de huisarts bij de coach komt en welke vragen richting zullen geven aan het coachingstraject.

‘Zo, nu heb ik al mijn mails waar ik steeds maar niet aan toekom uitgeprint. Hier...’ Rob zet een grote tas gevuld met papier op tafel. ‘Ik weet niet waar ik moet beginnen. Ik kom al tijd tekort voor mijn dagelijkse patiëntgebonden administratie. Zeg jij maar eens hoe ik door deze berg heen moet komen!’ Hij wijst naar de stapel die voor ons ligt.

De huisarts gaat onder begeleiding van de coach op zoek naar startvragen. Goed kijken en luisteren hoe de huisarts over zichzelf en zijn ervaringen in de situatie

spreekt, vragen stellen en aangeven wat opvalt, vormen in deze fase de belangrijkste taak van de coach. In dit samenspel zal de coach een appel doen op de huisarts in eigen woorden duidelijk te krijgen waar het om gaat. Het resultaat is dat de huisarts zelf vragen formuleert die hem aanzetten om tot de gewenste uitkomsten van coaching te komen. *Help mij eens door deze berg heen!* wordt: *Hoe kan ik effectiever met mijn tijd omgaan? Hoe kan ik mijn energie beter reguleren?*

Exploreren en uitwerken

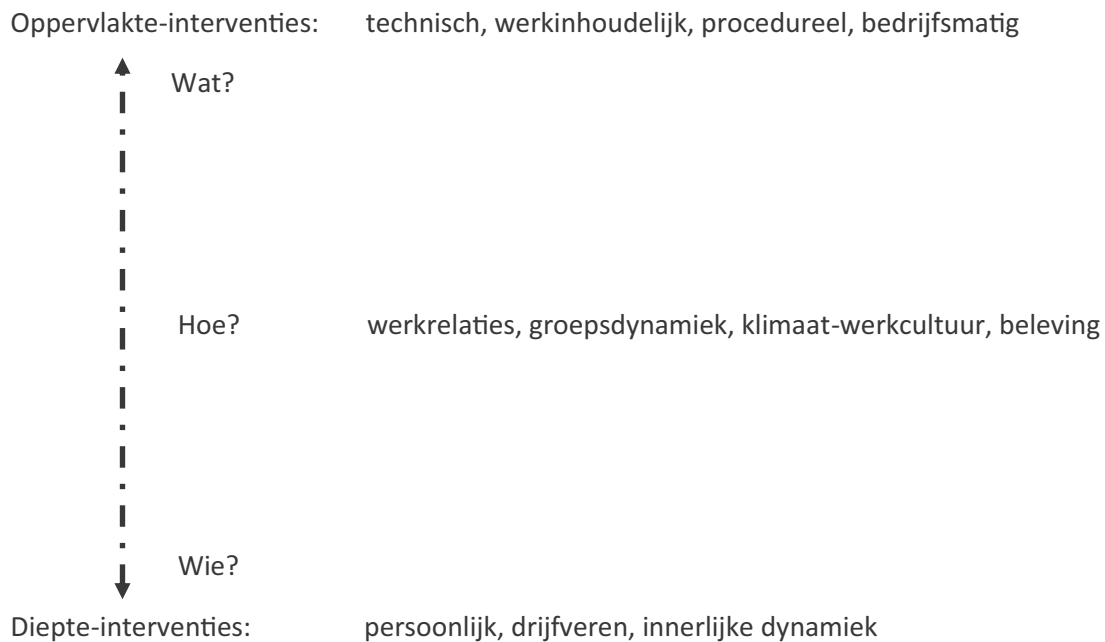
Vervolgens gaat de huisarts samen met de coach nauwgezet kijken naar zijn vragen en de ervaringen die hij in dit verband heeft. De coach reikt hiervoor methodische hulpmiddelen aan. Het is zijn expertise om samen met de huisarts te kijken welke passend en zinvol zijn om mee te werken. Hierbij hoort ook de vraag of het nodig is om breed te kijken of juist smal. Huisarts Rob twijfelt: hij wil concrete handvatten, maar hij heeft ook het gevoel dat hij blinde vlekken heeft. Daarom besluit hij samen met de coach eerst breed te kijken. Dit doen zij met behulp van een concept voor energiemangement [4].

‘Nu ik goed naar mijn werkweek heb gekeken, zie ik dat ik niet alleen te weinig prioriteiten stel, maar ook dat ik nauwelijks nog plezier beleef aan de contacten met collega’s en assistentes. En ik realiseer me nu pas: mijn humor is weg! We zijn in onze praktijk vooral bezig met nieuwe projecten, leefstijl, positieve gezondheid, preventie huiselijk geweld, noem maar op. Allemaal belangrijk, maar er is nooit rust en die neem ik ook niet voor mezelf. Tja, en als het dan weekend is, dan móet ik sporten, ik beleef dat meer als een “moetje” dan als vrije tijd.’

Tijdens de exploratiefase wordt helder waardoor de huisarts problemen ervaart en welke sterke punten hij al in huis heeft. Ook wordt duidelijk dat de huisarts op verschillende gebieden – fysiek, mentaal, emotioneel – handvatten kan vinden die hem helpen bij timemanagement en bij het op peil houden van zijn energie.

Samen met de coach gaat hij kijken waaraan hij precies wil werken en wat hij wil bereiken. De coach blijft in deze fase de vragende en spiegelende gesprekspartner; soms confronterend, maar altijd ondersteunend. Hij heeft een scala aan concepten, methoden en interventies tot zijn beschikking, waarmee de huisarts gewenste inzichten en vaardigheden kan ontwikkelen. De vraag uit het voorbeeld om effectiever met tijd om te gaan kan instrumenteel benaderd worden door in te zoomen op werkwijze, plannen, delegeren en dergelijke. Maar ook een persoonlijke of relationele benadering is mogelijk. Daarbij verheldert de huisarts de invloed van zijn overtuigingen, beleving van werkrelaties, drijfveren en mogelijke innerlijke belemmeringen. Fig. 1 laat zien wat het bereik van coaching kan zijn.

Of de benadering nu meer instrumenteel dan wel persoonlijk is, elke benaderingswijze leidt tot concrete voornemens voor de dagelijkse praktijk. Hier ligt een belangrijke expertise van de coach. Deze is erop gericht bij de huisarts capaciteiten aan te spreken waarmee hij de door hem gewenste verandering kan realiseren.



Figuur 1 Bereik van coaching (naar: Haan en Burger [5])

Ervaringen opdoen

Als helder is waaraan de huisarts wil werken en wat zijn doelen zijn, is het belangrijk ervaringsgericht te werken aan de nieuwe voornemens. Huisarts Rob gaat aan de slag met prioriteiten stellen en plannen. Door waardeverheldering tijdens een coachingssessie, is hem duidelijk geworden hoe hij zijn prioriteiten wil stellen. Nu volgen het plannen en organiseren in de dagelijkse praktijk. Zijn eerste huiswerk ‘plannen’ en hiermee ervaringen opdoen, vallen hem tegen:

‘Het werkt voor mij niet om mijn administratie strak te plannen. Ik heb er dan op dat moment geen zin in, zoek iets anders en kom er dan toch vaak niet aan toe. Dat geeft opnieuw frustratie.’

Op grond van ervaringen kunnen oplossingen gezocht worden die passen bij de persoonlijke stijl en behoeften van de huisarts. In het geval van Rob wordt het de keuze voor een flexibele structurering. Hij blokt wekelijks drie uren vrije ruimte in zijn agenda en houdt een persoonlijke werklijst bij met prioriteiten in kleur. Zo kan hij kiezen hoe hij de drie uren benut en voelt hij gedurende de week voldoende speelruimte om te kiezen wat goede momenten zijn voor zijn administratie.

Ervaringen opdoen, uitproberen en deze terugkoppelen tijdens de coachingssessies is dus belangrijk om tot veranderingen te komen die kans van slagen hebben. Een huisarts heeft er niets aan om met tools of oplossingen aan de slag te gaan die niet bij hem passen en daardoor op de langere termijn niet beklijven. Vaak is enige tijd nodig om oude gewoonten die niet meer werken los te laten, nieuw gedrag uit te proberen en eigen te maken. Ook bij Rob blijkt dit het geval voor het reguleren van fysieke energie:

‘Het lukt me nu eindelijk om een paar kilometer te wandelen voor ik naar bed ga. Ik merk dat ik me ’s ochtends fitter voel. Dat heeft even geduurd, maar nu ik het echt ga voelen, lukt het me ook beter om me ertoe te zetten. In het weekend kan ik me meer uitleven in het sporten, maar gek genoeg voel ik die prestatiedruk niet meer zo sterk als voorheen, ik heb er gewoonweg meer plezier in!’

Thema's

In elke fase van de loopbaan van huisartsen staan thema's als time- en energiemanagement op de voorgrond, net als conflicthantering. Er zijn echter ook verschillende accenten herkenbaar: de balans werk-privé is een levendig thema bij jonge artsen met gezinnen. Bij praktijkovernames – zowel in de vroege als in de late loopbaan – is onderhandelen een veelvoorkomend thema. Werkplezier en zingevingsvragen spelen voor veel huisartsen in de tweede helft van hun loopbaan een rol: hoe houd ik mijn werk interessant, vanuit welke waarden wil ik nu echt huisarts zijn? En in de laatste fase: hoe bouw ik af naar een afscheid van mijn praktijk? De ervaring leert ook dat huisartsen graag willen sparren over medische besluitvorming en dilemma's. Soms is dat niet de startvraag, maar komt die bovendien, doordat de huisarts tijdens het coachingstraject regelmatig stilstaat dan gewoonlijk en zo de gelegenheid ervaart om hiernaar te kijken. Dan kan het coachingstraject uitgebreid worden.

Vaak ontdekken huisartsen tijdens een coachingstraject een onderliggende loopbaanvraag zoals: wil ik me specialiseren, blijf ik algemeen werken, past deze praktijk in deze buurt nog bij hoe ik huisarts wil zijn? Als een huisarts dit wil uitzoeken, dan is loopbaancoaching aangewezen. Sommige coaches specialiseren zich in thema's zoals strategie en onderhandelen bij praktijkovernames, re-integratie bij burn-out of in een specifieke vorm van coaching zoals loopbaancoaching. Als blijkt dat een huisarts vooral behoefte heeft aan versterking van zijn vermogen om te leren van zijn werkervaringen of aan meer afstemming tussen persoon en beroep, kan hij kiezen voor supervisie. Hierin onderzoekt hij meer en systematischer dan tijdens coaching zijn persoonlijke houding en gedrag in uiteenlopende werksituaties. Op basis daarvan maakt hij keuzes voor het al of niet veranderen van zijn professioneel handelen. Eventueel kiest hij dan – om bepaalde veranderingen te realiseren – alsnog voor coaching.

Effecten van coaching

Na een coachingstraject rapporteren huisartsen doorgaans dat zij nieuwe inzichten hebben opgedaan en dat zij handvatten hebben gekregen om hun gedrag of zaken in hun praktijk te veranderen. Hierdoor ervaren zij minder problemen of voelen zij zich meer bekwaam. Ook al vervallen sommigen, zonder dat zij dat willen, in oude patronen, zij signaleren het en kunnen hun nieuw verworven vaardigheden

inzetten om de gewenste verandering blijvend te realiseren. Huisarts Rob uit het voorbeeld verwoordde het als volgt:

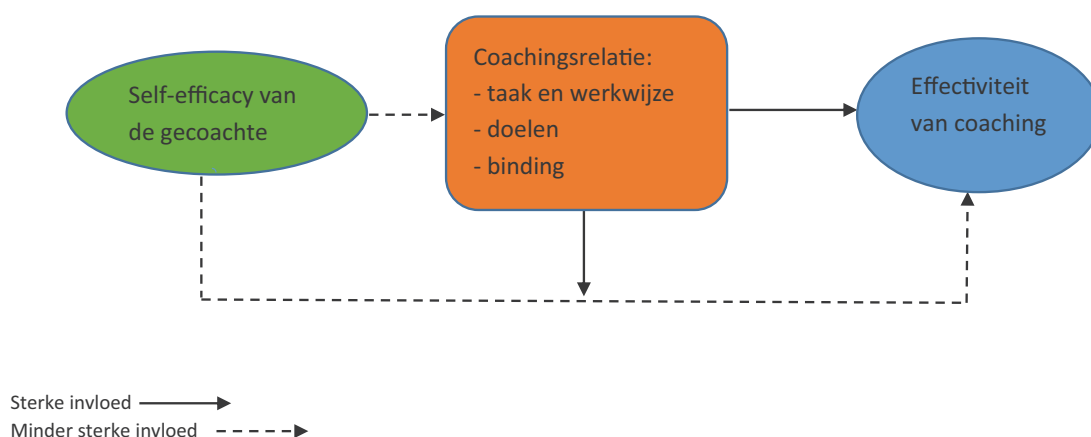
‘Ik heb er nu veel meer zicht op waardoor ik mijn energie kwijt aan het raken was. Ik signaleer sneller als dit gebeurt. Ook zie ik scherper wat voor mij belangrijk is in mijn werk en hoe ik prioriteiten kan stellen. Hierdoor maak ik veel gemakkelijker keuzes, voor een sociale visite bijvoorbeeld. Omdat ik nu iets meer tijd besteed aan instructies voor de assistentes, durf ik meer te delegeren. Dat levert me op den duur tijd op. Ja, de energie is terug aan het komen en ik kan wat vaker lachen. Eerlijk gezegd kostte het me wel wat tijd om administratieve taken anders te plannen. Ik heb speelruimte nodig en die is er eigenlijk nooit in de huisartspraktijk. Maar door het blokken van drie vrij besteedbare uren heb ik die toch voor mij voldoende gecreëerd.’

Meestal hebben de resultaten van coaching bestendiging en onderhoud nodig. De huisarts en coach bekijken samen wat de huisarts daarbij kan helpen. Doorgaans is een afbouw in frequentie van de coachingssessies voldoende. Soms zijn follow-ups op langere termijn zinvol. Ook kan de huisarts zorgen voor continuïteit door zijn thema's te bespreken met collega's in zijn intervisiegroep.

Werkzame ingrediënten van coaching

Hoewel coaching een algemeen aanvaarde en ook gewaardeerde begeleidingsvorm is, zijn er nog weinig wetenschappelijke studies die de effectiviteit van coaching bevestigen. Dit heeft er enerzijds mee te maken dat coaching een complexe en dynamische activiteit is en daardoor lastig te onderzoeken. Anderzijds staat onderzoek naar coaching nog in de kinderschoenen. In een recent grootschalig onderzoek naar coaching in arbeidsorganisaties vinden De Haan et al. [6] aanwijzingen voor factoren die coaching effectief maken (fig. 2).

In tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijkt uit de studie dat een match van persoonlijke kenmerken tussen gecoachte en coach weinig invloed heeft op de ervaren effectiviteit van coaching. Wel onderstrepen de resultaten



Figuur 2 Factoren die de effectiviteit van coaching beïnvloeden

het belang van een sterke samenwerkingsrelatie. De sterkte en kwaliteit van de samenwerkingsrelatie hangen samen met de mate van:

- overeenstemming over de taak en werkwijze binnen coaching;
- overeenstemming over de doelen die de gecoachte wil behalen;
- binding binnen de coachingsrelatie.

Volgens welke concepten of vanuit welke school de coach werkt, is niet bepalend voor de mate van succes in een coachingstraject. Het feit dat er duidelijkheid en overeenstemming zijn over de werkwijze en de doelen binnen de coaching heeft meer invloed.

Binding wordt gekenmerkt door wederzijds vertrouwen, respect en oprechte betrokkenheid. De taak- en doelgerichtheid lijken echter binnen coaching van groter belang voor de effectiviteit dan de binding. Hierbij moet opgemerkt worden dat dit kan verschillen voor uiteenlopende typen coachingsvragen. Het is aannemelijk dat coaching die meer gericht is op instrumentele vaardigheden voor succes minder afhankelijk is van een sterke binding dan persoonsgerichte coaching.

Een andere belangrijke factor die invloed heeft op de effectiviteit van coaching is de mate waarin de gecoachte een algemeen vertrouwen heeft in de eigen bekwaamheid om uitdagingen het hoofd te bieden (self-efficacy). Hoewel ook hiervoor geldt dat de taak- en doelgerichtheid beslissender lijken te zijn, is dit een belangrijk aandachtspunt. Motivatie en ambivalenties over eigen kunnen doen ertoe in coaching. Op eigen kracht zelf gestelde doelen leren behalen is immers de essentie van coaching.

Recept voor persoonlijke professionaliteit

Individuele coaching is, zoals uit het voorgaande blijkt, maatwerk. Het biedt huisartsen de gelegenheid regie te nemen over hun ontwikkeling. Zij leggen de accenten die zij op dat moment nodig hebben: op het verbeteren van hun werk, op stappen in hun loopbaan en op hun persoonlijke ontwikkeling binnen het beroep. In deze zin is coaching geen recept: er is geen voorgeschreven werkwijze of inhoud. Wel weet een goede coach een individueel ontwikkelingsproces op maat en resultaatgericht te ondersteunen. Hoe eenvoudig het werk van een coach in de praktijk soms lijkt, het vraagt om een gedegen opleiding en persoonlijke vorming. Bij het kiezen van een coach is het dan ook zaak te letten op de achtergrond, ervaring en kwalificaties van de coach. Een registratie bij Coaches voor Medici staat garant voor een academische vooropleiding in de geneeskunde en/of gedragswetenschappen, een erkende coachopleiding en een ruime bekendheid met de medische setting. Zeker voor hooggekwalificeerde professionals als huisartsen is de professionaliteit van de coach belangrijk [7].

Literatuur

1. Cambridge University Press, redactie. Cambridge Advanced Learners Dictionary. Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
2. Philippa M, et al. Etymologisch woordenboek van het Nederlands. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2003–2009.
3. Brock V. Grounded theory of the roots and emerge of coaching. Maui: International University of Professional Studies; 2008.
4. Gonnissen K, Goudsmet A. De bedrijfsatleet, (Jezelf) Managen onder druk. Alphen aan den Rijn: B+B Vakmedianet; 2010.
5. Haan E de, Burger Y. Coachen met collega's. Assen: Van Gorcum; 2013.
6. Haan E de, Grant A, Burger YD, Eriksson PO. A large-scale study of executive and workplace coaching: the relative contributions of relationship, personality match and self-efficacy. *Consult Psychol J*. 2016; <https://doi.org/10.1037/cpb0000058>.
7. Jagt L van der. Neem jezelf eens onder de loep. *Med Contact* (Bussum). 2011;66:44.

Drs. C. Valk andragoog en adviseur Human Resource Development in de gezondheidszorg. Sinds 1996 werkzaam als gedragswetenschappelijk docent en supervisor in het medisch onderwijs voor het Radboudumc. Daarnaast coacht zij huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en begeleidt intervisie- en toetsgroepen voor huisartsen en medisch specialisten. Als coach en supervisor is zij geregistreerd bij Coaches voor Medici. Aandachtsgebieden: preventie en re-integratie bij burn-out, loopbaanontwikkeling, communicatie, conflicthantering, morele dilemma's in de (huis)artsen praktijk.

Teamcoaching

E.J. van der Jagt

Samenvatting

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het werken als huisarts is veranderd van solistisch werken naar teamwork, welke vragen en aandachtspunten dit met zich meebrengt, en hoe teamcoaching daarop een antwoord tracht te bieden. Ook wordt toegelicht hoe teamcoaching in zijn werk gaat en waar teamcoaches te vinden zijn.

Inleiding

‘De assistenten werken niet efficiënt’, vinden de huisartsen, in hun wekelijks werkoverleg. ‘Er zit geen lijn in hun vergaderingen, iedereen praat door elkaar. Onze vraag om de spreekuurplanning eens onder de loep te nemen hebben ze al wekenlang uitgesteld.’

‘Wat willen de huisartsen nu eigenlijk met die spreekuurplanning, wat verwachten ze nu precies van ons?’, vragen de assistenten zich af tijdens hun lunchbespreking. ‘Ik heb geen idee wat nou het probleem is. Iedere huisarts

Dit hoofdstuk kwam tot stand met medewerking van Marjan Pauw.

Drs. E.J. van der Jagt (✉)
Utrecht, Nederland
e-mail: ejvanderjagt@kpnmail.nl

heeft z'n eigen gewoonten en instructies, het lijkt of ze met elkaar maar weinig afspraken hebben.' De andere assistenten knikken instemmend.

Gebrekkige samenwerking als gevolg van een gemis aan afstemming tussen huisartsen en assistenten, én tussen huisartsen of assistenten onderling, is een van de problemen die teamcoaches kunnen tegenkomen wanneer zij benaderd worden voor begeleiding. Zo'n verzoek is meestal algemeen geformuleerd als: 'begeleiding bij het verbeteren van de teamsamenwerking'. Veel teams hebben een jaarlijkse 'heidag', een ontspannen uitje waaraan een serieus onderwerp is gekoppeld, zoals 'hoe werken we samen' of 'waar willen we naartoe met onze maatschap/ons centrum/ onze praktijk'. Een dergelijke bijeenkomst wordt dan ingezet als pas op de plaats, even stilstaan bij hoe het gaat. Teamcoaching kan ook worden aangevraagd wanneer er problemen zijn in de samenwerking. Doorgaans is het een van de huisartsen die bij de collega's aanklaagt dat er eens met een buitenstaander gesproken moet worden. Wanneer iedereen van de noodzaak daarvan overtuigd is – wat soms even tijd in beslag neemt – wordt een teamcoach benaderd, en wordt de situatie samen met het team in kaart gebracht. Er wordt geïnventariseerd hoe het staat met ieders motivatie voor teamactiviteiten en -doelen, hoe de cultuur is in het team, hoe men onderling communiceert en met afspraken omgaat, en hoe het staat met ieders werkplezier.

Wat is teamcoaching?

Teamcoaching is een begeleidingsvorm die erop gericht is teams te begeleiden bij het reflecteren op hun samenwerking en hun resultaten, hun onderlinge communicatie, hun gewoonten en gebruiken. En zoals in elke begeleidingsvorm gaat het er ook hier om afspraken en acties te plannen die gedragen worden door alle teamleden, en die ze kunnen en willen uitvoeren. Een goed functionerend team is een voorwaarde voor goede patiëntenzorg. Een team waarin de mogelijkheden van taakdelegatie worden benut, en waarin informatieoverdracht en samenwerking zorgen voor optimale patiëntveiligheid. En waar, last but not least, de medewerkers hun kwaliteiten kunnen inzetten en hun professionele competenties kunnen ontwikkelen.

Casus: Binnen een maatschap van huisartsen is de pensionering van een van de maten aanstaande. Hij is de oprichter van de maatschap, waarbij hij in de loop der jaren opgeleide aios heeft laten aansluiten. De maten zitten op één lijn wat betreft hun visie en werkwijze, en hebben vriendschappelijke banden waarin ook de families zijn betrokken. Met het naderende pensioen in zicht maakt hij zich ernstig zorgen hoe het verder moet. Hij zoekt naarstig naar iemand die in zijn voetsporen kan treden, maar tot nu toe zijn degenen die hij voordraagt niet door de overige maten geaccepteerd. De opvolgers

die door de collega's naar voren worden geschoven vindt hij zelf absoluut ongeschikt. De spanningen in het team lopen hoog op.

De samenwerking in een praktijk kan worden gehinderd door tal van factoren. Die kunnen van inhoudelijke aard zijn, zoals verschillen in visie op wat goede huisartsenzorg is en hoe je als praktijk te werk wilt gaan op lokaal en regionaal niveau, en van procesmatige aard. Verschillen in werkstijl, botsende karakters, incidenten en conflicten kunnen leiden tot onuitgesproken wrevel en uitmonden in een vervelende sfeer van onveiligheid en irritatie. Elke praktijk kent haar eigen cultuur, waarin normen en waarden vaak onuitgesproken en impliciet bepalen wat er gezegd mag worden en wat onbenoemd blijft. Zoals in elke menselijke relatie is ook in een samenwerkend team het 'onderhoud' van de relatie, het reflecteren op de wijze waarop wordt samengewerkt, een noodzakelijke activiteit. Dat is waar teamcoaching zich op richt.

Van solo huisarts naar teamspeler

De veranderingen in de organisatie van de huisartsenzorg, van solistisch werkende huisartsen met een of enkele assistenten (vaak hun eigen partner/vrouw) naar groepspraktijk, HOED of een gezondheidscentrum met meerdere huisartsen, hidha, waarnemers en praktijkmedewerkers brengen met zich mee dat huisartsen medisch leiderschap moeten laten zien, en vaardigheden dienen te bezitten op het gebied van samenwerking en leidinggeven.

In Nederland zijn er ongeveer 5000 huisartsenpraktijken. In een toenemend aantal gevallen zijn dat gezondheidscentra en meermanspraktijken. De solistisch werkende huisarts komt steeds minder vaak voor [1]. In veel praktijken wordt structureel samengewerkt met praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, thuiszorgmedewerkers, verloskundigen en andere eerstelijnszorgverleners. Het werkoverleg vindt soms op regelmatige basis plaats, en is soms ook incidenteel of afwezig. De toename van de werkdruk in de huisartsenzorg heeft ertoe geleid dat er praktijken zijn waar collega's elkaar nauwelijks tegenkomen, en de overdracht alleen digitaal plaatsvindt. In veel gevallen is de samenwerking echter goed geregeld en levert die de verwachte meerwaarde op. Samenwerking is vaak juist geïnitieerd in de hoop dat er meer gebruik kon worden gemaakt van de specifieke kennis en ervaring van de leden, en er kruisbestuiving zou kunnen plaatsvinden die de kwaliteit van het werk ten goede zou komen. In veel gevallen komt deze verwachting uit, maar soms is er ondersteuning nodig. Hoe kan teamcoaching daaraan een bijdrage leveren?

Individuele supervisie/coaching en teamcoaching

De supervisie, coaching en begeleide intervisie die begin jaren negentig van de vorige eeuw voor huisartsen beschikbaar kwamen als vormen van nascholing gingen steeds vaker over vraagstellingen die te maken hadden met het samenwerken. De focus in het gesprek lag niet alleen op de arts-patiëntrelatie en de persoon van de huisarts, maar kwam ook steeds vaker te liggen op de relatie met collega's en de rol in het samenwerkingsverband. Hoe wil ik omgaan met deze collega's, en wat wil ik in de toekomst met mijn praktijk? Hoe zorg ik voor meer tevredenheid bij mijn assistenten, nu zij moeten samenwerken met de assistenten van andere praktijken? Hoe kan ik mijn collega's raadplegen en hoe kunnen we van elkaar leren? De eigen vertrouwde werkwijze van de solist en de vanzelfsprekendheden in de samenwerking met de eigen assistent moesten plaatsmaken voor herziening: in de nieuwe samenwerkingsvormen moesten andere afspraken komen, privileges en gewoonten moesten plaatsmaken voor nieuwe procedures en omgangsvormen. Groepspraktijken brachten schaalvergroting met zich mee, waardoor over allerlei zaken (variërend van de aanschaf van ict tot de deelname aan innovatieprojecten) in gemeenschappelijkheid moest worden besloten. Wanneer ondersteunende medewerkers van verschillende praktijken achter de balie gaan samenwerken, de receptie bemensen en met elkaar onderzoeks- en behandeltaken gaan uitvoeren, worden ook de verschillen zichtbaar in de benadering van patiënten, in beroepsvisie en onderlinge communicatie. De impliciete cultuurkenmerken, die elke praktijk blijkt te hebben, zorgen dikwijls voor onbegrip en botsingen. Door de grote werkdruk ontbreekt vaak regulier werkoverleg, en dat kan de eventueel onderhuidse spanningen groter maken.

Er zijn veel nieuw ontstane samenwerkingsverbanden waarin de samenwerking effectief en zonder problemen verloopt. Floris en Kusters [2] noemen daarvoor de volgende voorwaarden:

- Doelen zijn duidelijk en worden gehaald.
- Er is een effectieve taakverdeling.
- Er zijn duidelijke werkafspraken en protocollen.
- Individuele teamleden zijn gemotiveerd.

De samenwerkingsverbanden waarin deze voorwaarden aanwezig zijn, hebben, met of zonder begeleiding, tijd en aandacht besteed aan de procesmatige kant van het samenwerken. Dat is niet altijd een vanzelfsprekende keuze voor huisartsen die over samenwerking denken. Wanneer huisartsen besluiten met elkaar een pand te gaan betrekken, is er eerder aandacht voor de indeling van de ruimten, de personele bezetting, de materialen en kleuren en de kosten/baten, dan voor het expliciteren van verschillen en overeenkomsten in visie, en verwachtingen rond personeelsbeleid en communicatie. Het gevolg kan zijn dat de modern gedecoreerde ruimten bemenst worden door – nog steeds – solistisch werkende huisartsen, en dat de assistenten en POH elkaar niet opzoeken of met elkaar afstemmen.

Casus: In een nieuw gevormde HOED geeft een van de vier artsen, de enige vrouw in een team van vier, aan dat zij zich niet prettig voelt en dat zij graag gesprekken wil met het hele team, onder begeleiding van een buitenstaander. Ze vindt dat er te weinig uit de samenwerking komt, haar hooggespannen verwachtingen bij de start komen niet uit. Ze heeft het idee dat er veel meer uit te halen is. Als ze eens met een probleempje zit, voelt ze zich niet vrij een collega te raadplegen, en er staan in de regio projecten op stapel waarover ze graag met elkaar zou willen praten: kunnen ze daarin de taken eens verdelen? Ook voelt ze zich nogal eens ondermijnd in de personele aansturing van de assistenten, die onder haar takenpakket valt, en mist ze onderlinge steun bij het overnemen van elkaars praktijk. Collega's vinden dat zij zich erg druk maakt en ervaren het primair als haar persoonlijk probleem. Om daaraan nu tijd (en geld) te besteden? Ze vinden dat ze dat maar met een individuele coach moet uitzoeken. . .

Hoe gaat teamcoaching in z'n werk

Wanneer een team besluit een coach in de arm te nemen, wordt in een eerste bijeenkomst besproken hoe ieder teamlid het bereiken van de teamdoelen, de taakverdeling, het nakomen van afspraken en de eigen motivatie ervaart. Voorafgaand aan een gezamenlijke sessie kan de teamcoach eventueel interviews houden met de afzonderlijke medewerkers, om een goed beeld te krijgen van de begeleidingsvraag en de persoonlijke drijfveren en perspectieven. Wat is de historie van dit team, hoe is het tot stand gekomen, en in welke context (organisatorisch, wijk en regio, samenwerkingspartners) opereert het? Welke storingen zijn er in het teamfunctioneren en daarbuiten, en uit welke situaties en incidenten blijkt dat?

Na de eerste bijeenkomst met het team zal de teamcoach met (een afgevaardigde van) het team overleggen over een eventueel vervolg. Mogelijk heeft de sessie al voldoende helderheid gegeven, zodat het team zelfstandig, zonder begeleiding, verder kan. Meestal is dat niet het geval, en doet de teamcoach een voorstel voor een of meer volgende sessies. De omvang van dit traject, de organisatie en de kosten worden in een contract vastgelegd.

Indien de teamcoach in de gelegenheid is voor de sessie(s) accrediteringspunten toe te kennen (bijvoorbeeld omdat hij/zij een NHG-erkend teamcoach is), wordt afgesproken hoe de accreditering zal worden verwerkt.

Methodische uitgangspunten

Vanuit het concept van systeemgericht werken zijn de drie systemische wetten [3] een goede ingang om het gesprek met het team aan te gaan. Deze wetten zijn:

1. Ieder teamlid heeft een gewaardeerde plek in het team. Of iemand nu huisarts is of assistent, een lange werkervaring heeft of pas begint, ieder heeft recht op een plaats in het team en doet volwaardig mee.
2. Er is een duidelijke hiërarchie, het is helder wie waarin de leiding heeft. De coördinerende assistent of de huisarts die personeelsbeleid in beheer heeft, kan collega's opdragen hoe te handelen.
3. Teamleden ervaren een balans tussen geven en nemen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het evenwicht tussen omzet en tijd voor niet-patiëntgebonden werkzaamheden of bijdragen aan de teamorganisatie. Een collega die bijvoorbeeld door privéomstandigheden minder goed functioneert, zal dat op een later tijdstip dienen te compenseren, om de verhoudingen in het team goed te houden.

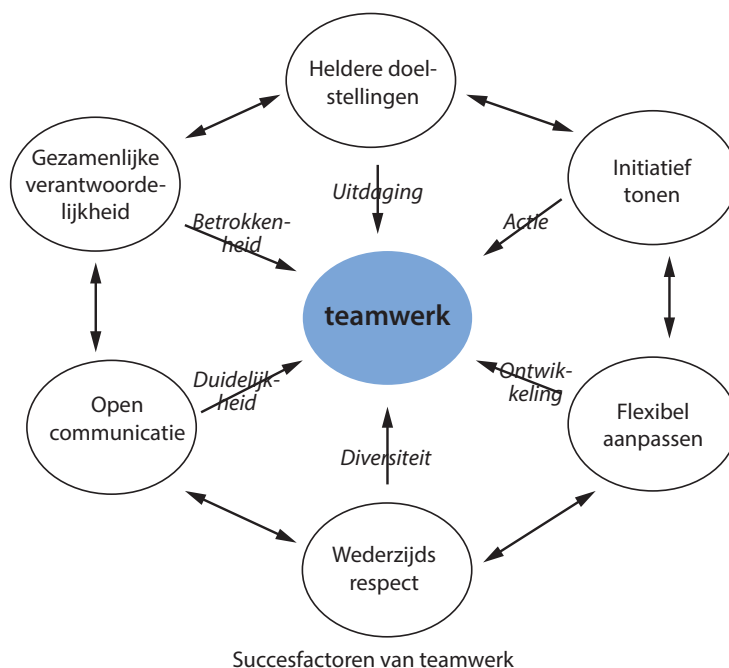
De startvraag van de teamcoach is iets als: hoe staat het hier met de kwaliteit van de samenwerking? Is er een gedeelde visie, werkt het team effectief aan heldere en de juiste doelstellingen, is duidelijk wat de afspraken zijn en vindt iedereen het werk hier prettig en inspirerend? De teamcoach is niet de externe deskundige die als organisatieadviseur de teamorganisatie doorlicht en een advies uitbrengt, maar een gids die samen met het team de succes- en faalfactoren, de sterke en zwakke kanten in de teamsamenwerking exploreert.

Daarna brengt hij zeker zijn kennis en ervaring in, opgedaan in de praktijk als teamcoach, zodat er een onderbouwd en haalbaar begeleidingsplan kan worden afgesproken. Zoals bij elke vorm van coaching wordt ook hier gewerkt volgens de kwaliteitscyclus van plan-do-check-act, voor teamcoaching de leercirkel van Kolb [4].

Na exploratie van de begeleidingsvraag en de situatie in het team bespreekt de teamcoach met het team welke processen en problemen er spelen, en benoemt vooral ook wat er goed gaat. Vervolgens wordt een veranderplan opgesteld, dat door alle teamleden wordt uitgevoerd. Juist in deze fase wordt duidelijk hoe slagvaardig het team omgaat met afspraken, en hoe men op veranderingen reageert. Hoe liggen de machtsverhoudingen in het team, wie heeft invloed, en wie minder? Welke verschillen in visie zijn er, zowel ten aanzien van het omgaan met elkaar, met de praktijkmedewerkers, als met de omgeving, en waarin uiten die zich? Hoe open is het klimaat in het team, hoeveel kan er gezegd worden, zonder dat er fricties ontstaan? Hoe gaat het team om met afspraken? Voornemens, afspraken en verbeteracties worden geëvalueerd, waarna nieuwe afspraken en acties worden vastgelegd. De teamcoach is erop gericht zijn eigen bijdrage zo gauw als dat kan overbodig te laten zijn, en het team te helpen verantwoordelijkheid te dragen voor verbetering van het eigen functioneren. Hier ligt een parallel met de houding van huisartsen die werken met principes van oplossingsgericht werken, en van positieve gezondheid [5]. Het team wordt aangesproken op zijn potentieel, op de versterking van zijn kracht, waarbij dimensies als zingeving, kwaliteit van leven en mentaal welbevinden (= teamexistentie) worden betrokken. Het team gaat op zoek naar wat goed gaat, in plaats van te focussen op wat niet goed loopt.

Om inzichtelijk te maken hoe de teamsamenwerking eruitziet, staan de teamcoach diverse concepten voor 'teamdiagnose' ter beschikking. Vragenlijsten, sco-

Figuur 1 Het Wiel (M. Vroemen)



ringsinstrumenten, voorbereidingsopdrachten en oefeningen worden ingezet om het team over deze vraag aan het denken te zetten. Een paar concepten op een rij:

- De teamrollen van Belbin [6] maken zichtbaar welke typische bijdragen ieder teamlid aan het team heeft. Wie zijn de ‘brononderzoekers’, de ‘groepswerkers’ of de ‘voorzitters’?
- Het model Kernkwaliteiten [7] van Daniel Ofman maakt de teamleden bewust van hun valkuilen en allergieën, en laat zien hoe zij met meer begrip en respect voor elkaar gebruik kunnen maken van ieders kwaliteiten.
- Het Kleurendrukdenken [8] van Leon de Caluwé toont hoe men aankijkt tegen veranderingen, en welke criteria men stelt aan een goede manier van veranderen. Ook dit opent de weg naar meer begrip voor elkaars standpunten en handelwijzen.
- Sommige teamcoaches gebruiken theatrale en musische middelen, waarbij de vraagstelling op een heel andere manier dan op de gebruikelijke verbale manier van nadenken en bespreken wordt bewerkt. Het samen uitvoeren van een spelmatige samenwerkingsopdracht of het elkaar ontmoeten in muziek of beweging kan wat onwennig zijn, maar kan energie vrijmaken en onderliggende thema’s en patronen aan de oppervlakte brengen.
- Een interactief te gebruiken model is ‘het wiel’ van Martijn Vroemen [9]. In succesvolle teams zijn alle spaken van dit wiel (de aspecten van teamsamenwerking) stevig en met elkaar in balans. Aan de hand van vragen over elk aspect komt het team in gesprek over wat goed gaat en wat beter kan (fig. 1).

De vraagstelling die in de sessies teamcoaching voortdurend vooropstaat is: wat heeft het team nodig om beter te functioneren, en wat betekent dit voor het gedrag van de individuele teamleden? Daarbij is het soms nodig verschillende standpunten

en opvattingen uit te wisselen of ‘oude koeien uit de sloot te halen’. Gebeurtenissen uit het verleden die nog steeds een stempel drukken moeten de revue passeren om weer verder te kunnen. Verschillende zienswijzen worden naast elkaar gezet, de verschillen en ook de overeenkomsten worden duidelijk, en er kunnen nieuwe afspraken worden gemaakt. De teamcoach zorgt ervoor dat dit gesprek in een veilige sfeer kan worden gevoerd en reikt waar nodig specifieke ‘tools’ aan, zoals handvatten voor het geven en ontvangen van feedback of het structureren van werkoverleg. Met deze handvatten kan het team ook na afronding van de teamcoaching, buiten de aanwezigheid van de teamcoach, effectiever aan de slag.

Wat levert teamcoaching op?

Teamcoaching is nuttig wanneer

- er veranderingen in de context plaatsvinden (reorganisatie, fusie, bezuiniging e.d.) die invloed hebben of mogelijk gaan hebben op het functioneren van het team;
- er in een nieuwe samenstelling gewerkt gaat worden, door vertrek of uitbreiding van het aantal collega's;
- er visieverschillen zijn die storend zijn in de samenwerking;
- enkele of meerdere leden van het team menen dat de kwaliteit van het werk lijdt onder gebreken in de samenwerking;
- het werkplezier is verminderd als gevolg van storingen in het teamfunctioneren;
- gebeurtenissen uit het verleden op een negatieve manier doorwerken in het heden;
- het team toe is aan een ‘pas op de plaats’ door te reflecteren op de samenwerking;
- het team de ontwikkelpunten uit de visitatie (persoonlijke ontwikkelplannen) op teamniveau wenst te bespreken.

De huisartsenpraktijk uit de eerste casus besluit een teamcoach te benaderen. Al tijdens de kennismaking blijkt dat de assistenten onderling erg betrokken en collegiaal zijn, ze springen voor elkaar in de bres en hebben plezier in hun werk. Ze hebben echter last van de onderlinge verschillen in werkwijze van de zes verschillende huisartsen, die van hen verschillende dingen verlangen. Ze voelen zich niet door alle artsen gewaardeerd en kunnen niet geconcentreerd hun werk doen. Dat het niet gaat zoals de artsen wensen, voelen ze wel aan, maar het is hen niet duidelijk wat er precies mis is. Baliewerk en administratie lopen door elkaar heen en dat geeft een grote versnippering van hun werk. Iedere arts heeft zijn eigen werkwijze en verwachtingen van de assistenten. Er is geen centraal aanspreekpunt en aansturing vanuit de artsen.

De artsen begrijpen dit probleem en bespreken in een aparte bijeenkomst, onder begeleiding van de teamcoach, hoe ze de spreekuurplanning willen vormgeven, en wat ze daarin van de assistenten verlangen. Daarbij komen veel zaken aan de orde: wat voor praktijk willen we zijn, en wat verwachten we van elkaar? Welke verantwoordelijkheid hebben de assistenten, en hoe en wanneer voeren we overleg over patiënten? In de daaropvolgende sessie, waarbij de assistenten ook weer aanwezig zijn, wordt de werkwijze meer gestroomlijnd. Er is weer ontspanning in het team, er worden grapjes gemaakt en er kunnen openlijk dingen worden gezegd.

Waar is een teamcoach te vinden?

Regionale organisaties voor nascholing en kwaliteitsbeleid in de eerste lijn zijn soms intermediair voor teamcoaches. De NHG-erkende supervisoren die zich tevens hebben bekwaamd als teamcoach zijn te vinden via de expertgroep Coaches voor medici (www.coachesvoormedici.nl) met de zoekterm ‘teamcoaching’.

Na een intakegesprek kunnen afspraken worden gemaakt over de omvang, duur en inhoud van het teamcoachingstraject.

Literatuur

1. Verheij RA, Huisarts. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. 2017. www.nivel.nl/node/4346. Geraadpleegd op: 13 juni 2017.
2. Floris J, Kusters M. Samenwerking in een team: een model voor effectief teamfunctioneren. In: Dijkers, Nijland, In t Veld (red.). *Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde*. Reed Business; 2011.
3. Hellinger B. *De kunst van het helpen*. Groningen: Uitgeverij het Noorderlicht; 2004.
4. Jagt EJ van der. Collegiale consultatie. In: Dielissen P, van der Jagt EJ, Timmerman A (red.) *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenzorg*. Houten: Prelum; 2016.
5. Huber M. Brochure ‘Hoe gaat het met u?’ Instituut voor Positieve gezondheid. ipositivehealth.com. Geraadpleegd op: juni 2017.
6. Belbin M. Teamrollen op het werk. Acad Service 2010. p. 30–32.
7. Ofman D. *Bezieling en kwaliteit in organisaties*. Cothen: Servire; 2006.
8. Caluwé L de, Vermaak H. *Leren veranderen*. Deventer: Vakmedianet; 2006.
9. Vroemen M. *Team op vleugels*. Deventer: Vakmedianet; 2009.

Drs. E.J. van der Jagt andragoloog, senior wetenschappelijk medewerker en manager NHG Scholing Utrecht.

Balintgroepen

Ad Bolhuis

Samenvatting

In dit artikel worden achtergrond en werkwijze van de Balintgroep beschreven. Deze vorm van intervisie werd opgezet door M. Balint, psychiater. Sindsdien zijn er wereldwijd groepen huisartsen die deze methode volgen.

Inleiding

Balintgroepen bestaan uit huisartsen die intervisie doen volgens de Balintmethode. Specifiek voor deze methode is de aanwezigheid van een psychodynamisch geschoolde begeleider. De groep richt zich op de persoon van de huisarts, op de patiënt, en op de behandelrelatie.

De eerste Balintgroepen ontstonden in de jaren vijftig van de vorige eeuw op initiatief van de psychoanalytici Michael Balint en zijn vrouw Enid Balint. Het doel was huisartsen in staat te stellen meer begrip te ontwikkelen voor het psychologische aspect van hun werk. De aandacht ging naar de emotionele inhoud van de huisarts-patiëntrelatie en de persoon van de huisarts. Het ging ook om beter luisteren met aandacht voor nog onopgemerkte, onbewuste details: wat zeer vernieuwend was in die tijd, waarin er weinig aandacht was voor de therapeutische relatie en communicatievaardigheden. Het was echter zeker niet de bedoeling de huisarts om te vormen tot psychotherapeut. Ook was de methode niet bedoeld als groepstherapie voor de deelnemers. Zijn boek, dat in Nederland verscheen onder de titel *Dokter, patiënt, ziekte*, werd door huisartsen enthousiast ontvangen. Het leverde een belangrijke bijdrage aan het paradigma van de huisartsgeneeskunde. Zowel in Engeland als wereldwijd werden er Balintgroepen opgericht die dezelfde

A. Bolhuis (✉)
Purmerend, Nederland
e-mail: a.bolhuis43@chello.nl

methode volgden. De huidige Balintgroepen in Nederland werken min of meer volgens hetzelfde recept.

Wie was Michael Balint?

Michael Balint (1896–1970) was een van oorsprong Hongaarse psychoanalyticus die later werkte in Londen. Hij startte de Balintgroepen vanuit de idee dat de persoon van de huisarts een belangrijke helende factor is in de relatie huisarts-patiënt. Balint was zelf zoon van een huisarts. Zijn ouders waren joods en kwamen om in de Tweede Wereldoorlog. Zijn opleiding genoot hij in Boedapest en Berlijn, waar hij ook psychosomatische patiënten in psychoanalytische behandeling had. Hij vluchtte naar Engeland in 1939. In de jaren vijftig werd binnen de psychoanalyse een nieuwe betekenis toegekend aan de kwaliteit van de therapeutische relatie. De gevoelens van de therapeut werden niet langer als hinderlijk voor de therapie gezien, maar als een indicatie van de problematiek en als communicatie vanuit de patiënt. Hij was nieuwsgierig hoe huisartsen die relatie hanteren en welke problemen zij ondervinden. In Londen behoorde hij tot de groep analytici die het belang van de relatie voorop stelde.

De oorspronkelijke Balintmethode

Balint bracht groepen van acht tot tien huisartsen bijeen voor wekelijkse bijeenkomsten van twee uur gedurende minimaal twee jaar. Er werden meestal twee inbrengen besproken; en er werd tijd genomen voor een follow-up van wat eerder besproken was. De bijeenkomsten kenden geen schriftelijke agenda. Balint is bekend om zijn openingsvraag: ‘Who has a case?’ Er volgde stilte tot spontaan een inbreng kwam: vanuit het idee dat daarmee het meest urgente in de groep naar boven kon komen. Deze start kan vergeleken worden met de vrije associatie in psychoanalyse, waarbij de patiënt wordt aangemoedigd te vertellen wat in hem opkomt, zonder zichzelf te censureren. In zijn boek beschrijft hij de ervaringen van de eerste vijf jaar dat hij met huisartsen werkte. Het bevat een grote hoeveelheid casuïstiek en specifieke inzichten, bijvoorbeeld over primaire en secundaire ziektewinst. Hij benoemde de rol van de huisarts als ‘de dokter als geneesmiddel’. Dit geneesmiddel, zo schreef Balint, was verre van gestandaardiseerd en had belangrijke bijwerkingen. Doel van de groep was de dokter inzicht te geven in deze bijwerkingen.

Voorbeelden ter illustratie van de manier van denken van M. Balint

Citaat 1. Over de persoon centraal: ‘naar aanleiding van een patiënte met pijn tussen de schouderbladen. Bij doorvragen vertelt ze een ongelukkig huwelijk te hebben, overigens zonder daarover door te praten met de huisarts. De ziekte stelt de patiënte in staat om klachten te formuleren, wat zij over het achterliggende probleem (nog) niet kan. Het is de taak van de arts om het oorspronkelijke probleem te vinden. Hij vraagt artsen zich bewust te zijn van het feit dat iedere ziekte tevens de “draagster” is van de dringende vraag om liefde en aandacht. Dat er wederzijds respect en vertrouwen tot stand komen is het terrein van de huisarts; het is in feite het dagelijks werk.’

Citaat 2. ‘In de bijeenkomsten vroegen we ons vaak met reden af of een recept was voorgeschreven tot heil van de patiënt of tot heil van de dokter. Voor een goede verstandhouding is het van belang dat beiden het gevoel hebben dat er iets “goeds” gedaan is, anders kan men denken dat de arts tekort is geschoten. Sommige patiënten zakken vanzelf af naar deze vijandige conclusie, meestal op grond van hun karakter, maar soms ook wel terecht. Interessanter en belangrijker voor ons onderwerp is dat er artsen zijn die dat gevoel ook hebben, namelijk dat ze in gebreke zijn gebleven tegenover de patiënt. Dat overkomt vooral jongere huisartsen.’

Citaat 3. Over angst en pijn: ‘ik heb de indruk dat in Engeland vrouwen veel minder huilen bij de baring dan in mijn geboorteland Hongarije. Het is wel duidelijk welke gewoonte beter is voor de verloskundige en de dokter, maar minder zeker is welke de beste is voor de vrouw. Dit vraagstuk wacht op nader onderzoek. Is het gemakkelijker om pijn te verdragen “met de tanden op elkaar” of om eraan toe te geven en te schreeuwen?’

Citaat 4. ‘Wanneer en hoe moet de arts haar patiënten uit de fantasieën halen? Iedere ziekte geeft aanleiding tot fantasie over de mogelijke aard, hoe het zal aflopen enzovoort. Dat kan een belemmering zijn voor de behandeling. Het zijn wegen waarlangs de patiënt zich uit de werkelijkheid kan terugtrekken

ten einde zichzelf te koesteren en te verzorgen. Wanneer de arts deze mensen confronteert met de bevinding dat er geen lichamelijke afwijking bestaat, komt dat neer op een eis om de zorgvuldig geconstrueerde fantasie op te geven en de bittere werkelijkheid onder ogen te zien. Vaak loopt dit uit op onenigheid tussen dokter en patiënt. Klachten hebben is een sociaal verschijnsel bij uitstek.’

Citaat 5. Over gespreksvoering: ‘de nieuwe huisarts zal niet de voor de kliniek uitgewerkte en daar geldige methodes automatisch toepassen. Dit geldt vooral voor het opnemen van de anamnese met de bijna gestandaardiseerde volgorde van vragen. Al kent hij de waarde van dergelijke relevante informatie, hij weet dat men door te vragen antwoorden krijgt – maar nauwelijks meer dan dat.’

In dit citaat zoekt hij het verschil tussen de ziektegerichte en de mensgerichte benadering. Hij pleit voor een andere, meer holistische gespreksvoering. Het zou nog jaren duren voor dergelijke inzichten in Nederland voet aan de grond kregen. Pas met de start van de huisartsenopleiding en artikelen over gespreksvoering worden deze inzichten gemeengoed. Zie bijvoorbeeld het artikel in *Huisarts en Wetenschap* van de hand van H. van Aalderen, 1974.

Behalve voor de huisarts was Balint van groot belang voor de psychoanalyse. Hij was een onafhankelijk denker die vernieuwende ideeën had en veel gezag bij zijn tijdgenoten. Ideeën over regressie, inzichten over hoe psychoanalyse werkt – *New Beginnings* – en het begrip Basic Fault, tevens de titel van zijn belangrijkste boek.

De Balintmethode nu

Er zijn grondregels, die tevoren afgesproken worden met de groep.

1. Alles wat in de groep besproken wordt blijft vertrouwelijk.
2. Ieders bijdrage wordt gerespecteerd en wordt ook verwacht.
3. Ook als deelnemers zelf praten over hun persoonlijke geschiedenis, worden er geen indringende, al te intrusieve vragen gesteld.
4. Er wordt niet gezocht naar oplossingen – al worden deze zeker naar voren gebracht – maar naar exploreren en begrijpen wat er speelt in de relatie huisarts-patiënt.

De meeste groepen komen vijf tot tien keer per jaar bij elkaar, afhankelijk van de wensen van de groep. Op één avond is er tijd voor follow-up en meestal twee nieuwe inbrengen.

Een veelgestelde vraag is: waarin verschilt de werkwijze van een Balintgroep van andere manieren van intervisie? Er zijn duidelijke overeenkomsten met bijvoorbeeld de roddelmethode of de tien-stappenmethode. Een scherp onderscheid is niet aan te geven. Bovendien is er een grote variëteit aan Balintmethoden ontstaan. Soms worden er accenten gelegd op de diverse stappen die in de intervisie gevolgd kunnen worden. Het is echter niet de structuur die essentieel is. De methode die Balint hanteerde had een structuur, maar mijns inziens stelde hij spontaniteit boven de vaste structuur. Een discussie in de groep kan wanordelijk of uitbundig verlopen. De begeleider zal enige tijd wachten en vervolgens in de groep willen bespreken hoe de wanorde of uitbundigheid in relatie staat tot de ingebrachte vraag. Juist dan is de aanwezigheid van een psychodynamisch geschoolde begeleider van belang. Balintgroepen komen voor langere periodes bij elkaar, soms gedurende de gehele loopbaan van de huisarts. De methodiek van een groep zal in de loop van de jaren veranderen en er wordt een eigen methodiek gecreëerd. Waarschijnlijk zijn er nu vele ‘Balintmethodes’ en een ruime overlap met andere manieren van begeleidde intervisie! De te volgen stappen van een bijeenkomst zijn ongeveer dezelfde. Deelnemers wordt gevraagd of ze een eventuele follow-up willen vertellen naar aanleiding van vorige besprekingen. Dan wordt kort geïnventariseerd wie een nieuwe inbreng wil doen. De groep beslist over wat het meest in aanmerking komt. Welke vraag lijkt het meest urgent? Waar zit de meeste energie? De inbrenger licht toe (5–10 minuten) en formuleert de ‘Balintvraag’. Dat kan bijvoorbeeld zijn: wat is het in mij waardoor ik steeds met tegenzin op huisbezoek ga bij deze patiënt? De focus is op de huisarts zelf. De groepsleden stellen vragen (10–15 minuten). Daarna zet de inbrenger de eigen stoel achteruit en luistert naar de deelnemers die vrij zijn om te reageren. In eerste instantie zijn er meestal reacties hoe zij zelf een dergelijke situatie zouden ervaren en hoe ze zouden reageren. Ze doen suggesties hoe de huisarts het probleem kan aanpakken. Huisartsen zijn pragmatisch en het denken aan de oplossing ligt voor op de tong. Geleidelijk ontstaat er ruimte voor de vraag hoe de patiënt zich voelt. Of voor de vraag: waarom heeft de patiënt het nodig om zo met mij om te gaan? In tweede instantie zijn de reacties meer associatief, en soms *out of the blue*. In een variant kan gekozen worden voor plaatsing van een associatiemoment direct na de Balintvraag. De associatie wordt gezien als een verbinding met beelden, herinneringen en gevoelens. Er ontstaat meer vrijheid van denken en voelen en verbinding met de onbewuste aspecten. Er wordt gezocht naar verdieping. De meeste van de aangedragen oplossingen had de inbrenger immers zelf al bedacht of geprobeerd. De groep neemt de tijd om eigen reacties te onderzoeken en te vertellen. Men realiseert zich dat gezocht moet worden naar de meer persoonlijke aspecten in de Balintvraag. Het gaat niet om één waarheid, maar eerder om een breed scala van invallen die alle een aspect vertegenwoordigen. De inbrenger kan reageren op deze invallen of vertellen wat het meest raakte. En tot slot evalueert de groep het eigen groepsproces.

Verdieping bereiken

Casus

De huisarts vertelt het soms ongemakkelijk te vinden als patiënten zich uitschrijven naar een collega in het dorp. Hij weet de reden niet en er lijkt geen aanleiding te zijn. Zijn vraag is waarom hij daar meer last van lijkt te hebben dan anderen. De groep gaat druk inventariseren hoe zij dat zou ervaren. Men kan zich er wel in vinden dat zoiets veel emotie oproept. Dan stagneert de discussie. Als de groep vervolgens gaat doorvragen, blijkt er een zekere angst voor afwijzing te zijn. Spontaan vertelt de huisarts dat er in het verleden strubbelingen waren in de huisartsengroep, waardoor een deel nu niet meer met elkaar spreekt. De pijn van het onopgelost gebleven conflict is nog aanwezig. Een andere verdieping wordt bereikt, als duidelijk wordt dat hij bang is voor zijn imago. De gevoelde afwijzing betreft zowel de patiënt als de collega die hem kan afkeuren, hoewel hij vindt dat hij dat niet verdiend heeft. Bovendien kent de Balintgroep hem als iemand met een hoog arbeidsethos en best kritisch op hoe andere huisartsen hun werk doen. Er is een groeiend bewustzijn dat hij te maken heeft met de keerzijde van de medaille. Streng zijn voor jezelf kan gepaard gaan met angst voor strenge kritiek van anderen. Er ontstaat compassie en nu kan er meer gerelativeerd worden en gesproken worden over de juiste missie en beroepshouding van de huisarts.

Vaak leiden de aandacht, de nieuwsgierigheid en het contact binnen de groep al tot verdieping en verlichting. Het helpt om de emoties te bespreken en te erkennen. Elke huisarts heeft bepaalde situaties die veel emotie oproepen. Een ieder heeft een emotioneel script over de wijze van reageren. Het script bevat onder andere een vanzelfsprekende verwachting van hoe de ander is, en hoe de ander hoort te zijn. In de rol van huisarts en in de rol van patiënt. Maar dan gebeurt er iets in het contact wat opvalt, wat bijzondere aandacht vraagt van de huisarts. De rollen zijn opeens niet zo vanzelfsprekend. Er ontstaan positieve en negatieve gevoelens: frustratie, boosheid, zich gevleid voelen, onbegrip, enzovoort. Vanuit psychoanalyse is aangedragen dat de patiënt iets beleeft wat sterk gekleurd wordt door eerdere ervaringen, en bovenal die van de kindertijd. Zo wordt begrijpelijk dat een enigszins vaderlijke aanpak van een huisarts slecht kan vallen bij een patiënt die een problematische relatie met de eigen vader had. De patiënt voelt zich – onbewust – weer behandeld als vroeger en er kan een vicieuze cirkel van negatieve emoties ontstaan in het contact. En de huisarts kan zich – indirect neergezet als een ‘slechte vader’ – onjuist behandeld voelen en vanuit die positie minder goed werken. De huisarts voelt zich gevangen en heeft misschien wel een besef, maar kan zich moeilijk losmaken. Hij voelde zich juist zo prettig in die wat vaderlijke

rol... De Balintgroep is er op gericht dergelijke situaties te gaan begrijpen met elkaar. In de Balintgroep gaat het niet om de problemen van de patiënt, maar om de problemen die de huisarts zelf ervaart in het contact met de patiënt. Het is opvallend hoe sommige mensen een vast relatiepatroon oproepen. Bijvoorbeeld de altijd net iets overdreven aardige mevrouw met wie ik goed kon opschieten en bij wie ik toch altijd gedachten had over waarom het contact zo verliep. Of de veelvuldig aandacht vragende patiënt die steeds boosheid, afkeuring of machteloosheid oproept, terwijl de huisarts juist extra hard aan het werk is. Als er over verteld wordt, ontstaan er bij de groep gevoelens en gedachten die helpend zijn. Soms kan opvallen dat een verhaal verontwaardiging oproept bij collega's, terwijl de inbrenger dat zelf niet zo voelt. Dan is er ruimte voor nieuwe gedachten en kan er gerelativeerd worden. Huisartsen kennen patiënten die emotioneel verwarren. Of contacten waar er een vermindering is van empathie, wat de relatie verarmt en de effectiviteit van het consult afzwakt. Herkenning van patronen leidt tot communicatie op een hoger niveau. Soms wordt een geheel nieuwe betekenis gevonden als een eigen gevoel van de huisarts een sterk signaal blijkt te zijn van de aard van de problemen van de patiënt. De huisarts kan meer begrip krijgen voor de patiënt en kan de achtergrond van patiënt's wijze van reageren beter aanvoelen en begrijpen.

Waarmee kan een bijeenkomst beginnen?

- chronische onbegrepen klachten die de huisarts in verlegenheid brengen;
- in de ogen van de huisarts niet-passende vragen;
- onbehoorlijke of sarcastische opmerkingen;
- beslissingen rond het levenseinde;
- heb ik nog wel zin in deze patiënt? Moet ik toegeven aan wat ik voel als gezeur? Waarom zit ik zo lang te luisteren, terwijl het me tegenstaat? Waarom leg ik op-eens zo uitvoerig alles uit aan deze patiënt, terwijl ik dat normaal veel efficiënter doe? Moet ik mezelf vaker sterk maken door nee te zeggen?
- problemen met mensen uit een andere cultuur;
- conflicten in de familie waarvan de huisarts voelt dat hij erin meegetrokken wordt.

Naast inbreng over de zorg voor de patiënt, blijkt in de praktijk de relatie met collega's en andere medewerkers vaak onderwerp van een inbreng. De grote variatie in posities (zelfstandig, in dienstverband, parttime, man/vrouw, waarneming), brengt specifieke problemen met zich mee. De toegenomen samenwerking en de hiërarchie van dienstverbanden – met soms gevreesde managers – brengen opvallend vaak emotionele conflicten naar boven. De groep helpt om deze conflicten beter te gaan begrijpen en daarin steun te bieden.

Interventies door de begeleider

Naast het bewaken van het groepsproces, van de tijd en de afsluiting, zal de begeleider letten op de emotionele relatie tussen de huisarts en de patiënt. Het kan helpen om de groepsleden te vragen hoe zij zich voelen over de patiënt: is die aardig, voelen ze medelijden of juist niet, worden ze boos of eerder onverschillig? Wat zoekt de patiënt in relationele zin bij de huisarts? Welke rollen nemen ze onderling in? Wie heeft de controle over het consult? Is er een vorm van ouder-kindcommunicatie, vervreemding of achterliggende hulpeloosheid? Het ondergaan en delen met elkaar is niet gemakkelijk en soms pijnlijk. Vermijding ligt op de loer. De begeleider let op wat er gebeurt en kan de aandacht vestigen op stiltes, aarzelingen, stevige confrontaties of idealisering. Kunnen die iets te maken hebben met het ingebrachte probleem? Er zijn altijd weerstanden die gezien en begrepen moeten worden. De groep kan kritisch zijn, bot of onverschillig, jolig of zelfs verveeld. Door de emoties van de groep te benoemen kan verdieping bereikt worden, als deze emoties in verband gebracht worden met de aard van de inbreng. En gelukkig kan er ook gewoon gelachen worden!

De methode is geen supervisie over een casus maar een dynamisch geheel van gezamenlijke inspanningen. Juist de diversiteit van de reacties doet recht aan de complexiteit van de inbreng. De onverwachte invallen kunnen betekenis geven. De begeleider kan in technische termen spreken over de aandacht voor projecties, overdracht en tegenoverdracht, en parallelprocessen binnen de groep. Het verdient aanbeveling de groep in gewone taal daarop aan te spreken. Het einde van de Balintsessie is vaak willekeurig; er wordt immers niet gezocht naar oplossingen. Er ontstaan oplossingen, doordat de inbrenger vanuit een ander perspectief leert kijken naar de casus en de relatie en dit beter kan hanteren. Dit heeft vaak invloed op zijn gedrag. De inbrenger sluit af door te vertellen waar hij of zij het meest aan heeft gehad. Tot slot kan de groep aandacht besteden aan de kwaliteit van het doorgemaakte groepsproces en wat daarin opgevallen is.

De effectiviteit van de Balintgroep

Er zijn onderzoeksgegevens bekend over de effectiviteit van Balintgroepen. Desgevraagd vertellen huisartsen meer controle te ervaren en zich meer tevreden te voelen. Ze melden verbeterde samenwerking en plezier in het werk. Er zijn minder onterechte verwijzingen, een meer positieve omgang met psychosomatiek, en een toename van eigenwaarde. Vaak blijven de huisartsen gedurende langere periodes aanwezig en dat leidt tot meer verdieping. Men raakt steeds meer vertrouwd met elkaar en de veiligheid bevordert dat men zich vrijer kan uitspreken. Voor deelnemers is de effectiviteit dus een vanzelfsprekendheid die bevestigd wordt in evaluaties. Ook als de inbreng niet leidt tot een concreet voornemen tot verandering, kan blijken dat huisartsen later een ‘goed’ resultaat melden. Er is een aantal onderzoeksprojecten beschreven op de internationale Balint congressen (o. a. Ludwig-Becker 1998). De resultaten wijzen erop dat beginnende huisartsen psy-

chologisch vaardiger worden, reflectiever zijn en hun eigen gevoelens ten opzichte van patiënten meer onderzoeken.

De Balintvereniging en de opleiding

In Nederland is er een Balintvereniging, waarbij groepen zich kunnen aansluiten. Deze vereniging is opgericht in 2005. In de jaren daarvoor was de Balintorganisatie een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Er zijn nu circa 40 van dergelijke groepen in Nederland. De begeleiding werd aanvankelijk door psychoanalytici gedaan en later ook door op andere manieren psychodynamisch geschoolden, veelal psychotherapeuten. Begeleiders dienen getraind te worden in de specifieke Balintmethode. Van hen wordt verwacht dat ze naast psychotherapeutische training enige ervaring hebben met groepswork en affiniteit met de huisarts. Deze vorm van begeleiding is een essentieel kenmerk van de Balintmethode.

De Balintvereniging Nederland ziet als huidige missie en visie:

- het reflecteren op wat zich in psychologisch opzicht in het contact tussen huisarts en patiënt voordoet;
- het behulpzaam zijn bij het vinden van een eigen werkstijl in de omgang met zijn/haar patiënten; vooral de ontdekking van de persoonlijke mogelijkheden en beperkingen zijn hiervoor bepalend;
- het vergroten van het psychologisch inzicht c.q. de kennis van de deelnemers;
- het verduidelijken van de specifieke positie van de huisarts ook op het terrein van de psychosociale problematiek;
- wetenschappelijke evaluatie van de methode.

Er is voor Balintgroepen een aparte PAM die punten in GAIA kan accrediteren. De Balintvereniging organiseert jaarlijks een symposium voor huisartsen en POH-GGZ.

Zie voor meer informatie: www.balintnederland.nl.

Geraadpleegde literatuur

1. Aalderen HJ van. Huisartsgeneeskunde: een hulpverleningsmodel. Med Contact (Bussum). 1974;29:530–4.
2. Balint M. The Basic Fault: therapeutic aspects of regression. London: Tavistock Publications; 1969.
3. Balint M. Dokter, patiënt, ziekte. Utrecht: Aula-pockets; 1965.
4. Burton J, Launer J. Supervision and support in primary care. London: Radcliffe Medical Press; 2003.
5. Dam QD van. Wat voelt de dokter? De psychotherapeut als begeleider van Balintgroepen. Tijdschr Psychother. 2011;37:188–200.
6. Ludwig-Becker. Implementing Balint's method within the clinical department of a medical college. In: Salinsky J, (red.). Proceedings of the 11th International Balint Congress. Southport: Limited Edition Press; 1998.
7. Sklar J. Balint Matters, psychosomatics and the art of assessment. London: Karnac Books; 2017.

A. Bolhuis huisarts van 1981–2011, sindsdien zelfstandig werkzaam als kaderarts supervisie/coaching, Balintgroep begeleider, en psychoanalyticus (i.o.).

Loopbaanbegeleiding: APK (ver)ken jezelf

Monique A.J.M. Loo

Samenvatting

De uitdaging van de huisarts is niet alleen dat hij optimale huisartsenzorg levert, maar ook dat hij optimale zorg levert aan zichzelf. Periodiek een pas op de plaats maken door middel van loopbaanscreening kan dienen als een vorm van persoonlijke APK om inzetbaarheid en zingeving te waarborgen. Deze bijdrage schetst binnen de context van de huisarts hoe werktevredenheid van invloed is op het ‘dokteren’, welke loopbaanvragen kenmerkend zijn voor huisartsen, hoe levensloopfasen een rol kunnen spelen in de ontwikkeling, hoe loopbaanbegeleiding voor de huisarts zich in Nederland ontwikkelde en welke middelen de hedendaagse huisarts daartoe ten dienste staan.

Inleiding

‘Ik ben gevraagd om praktijkhouder te worden. Mijn omgeving verwacht dat ik deze kans aangrijp: na elf jaar vaste waarneming eindelijk bouwen aan een carrière. Maar met drie kleine kinderen, een papadag en mijn echtgenote in opleiding tot specialist weet ik nog niet of dit nu voor mij wel handig is’, wikt en weegt Ben (43 jaar).

Drs. M.A.J.M. Loo (✉)
Epe, Nederland
e-mail: info@majmloo.nl

‘Het patiëntcontact geeft energie, maar eigenlijk vind ik het spel met de knikkers interessanter. Liever zou ik wat minder spreekuren willen draaien en wat meer beleidsmatige taken uitvoeren. Hoe blijf ik dan toch ook een goede huisarts?’, vraagt Anna (35 jaar). ‘Ik sta voor een keuze en weet niet goed wat te doen.’

Ben worstelt sinds een paar maanden met het ‘papa-dokter’ versus ‘carrière-dokter’ dilemma. Het spreekt hem erg aan om praktijkhouder te worden in de praktijk waar hij al geruime tijd waarneemt, maar hij is bang dat hij daarmee wordt opgeslorpt door zijn werk. Hoewel hij er met zijn vrouw goed over kan praten, biedt hem dat onvoldoende houvast bij zijn keuze. Als hij nu zijn hart volgt en waarnemer blijft, waaruit zal hij dan voldoening halen op het moment dat de kinderen hem minder nodig hebben?

Anna nam deel aan een demonstratie van een begeleide intervisiebijeenkomst. De inbreng van een collega ging over ‘hoe kan ik slimmer, met minder ergernis, omgaan met de administratieve ballast’. De inbreng en bewerking daarvan in het intervisiegesprek vormden voor Anna een eyeopener. Zij beseft dat beleids- en administratieve taken als vanzelf op haar bord komen en dat haar dat plezier geeft. Zonder die taken erbij beleeft ze eigenlijk onrust en onvrede bij het werk. De intervisie-inbreng maakte haar onzeker; is zij eigenlijk een ‘echte’ huisarts als zij het beleidsmatige en de administratie leuk vindt? En hoe borgt ze deze energiebron voor de toekomst?

Anna noch Ben was zich ervan bewust dat loopbaanbegeleiding helpt bij het oplossen van deze dilemma’s. Natuurlijk waren ze op de hoogte van professionele gesprekspartners, maar ze voelden schroom voor oneigenlijk ‘graven’, psychologisering en een langdurige tijdsinvestering. Bovendien was om hulp vragen hun eer te na.

Ze staan daarin niet alleen. Hulpverleners zijn slechte hulpvragers [1–3]. En dat terwijl de *Toekomstvisie Huisartsenzorg* van NHG en LHV helder is: ‘*huisartsen zorgen niet alleen goed voor hun patiënten maar ook voor het team en voor elkaar. Er is structurele aandacht voor ieders loopbaanontwikkeling*’ [4]. Hoewel de kern van huisartsenzorg relatief stabiel is, zijn de omstandigheden van werk en levensloop dat niet. Attent blijven op (loopbaan)ontwikkeling is belangrijk. Behoeften veranderen en onvrede over het werk ligt op de loer. De mate van tevredenheid over het werk blijkt verband te houden met zowel de gezondheid van de huisarts zelf als de interactie met en zorg aan de patiënt [5].

De uitdaging voor de huisarts is niet alleen dat hij optimale huisartsenzorg levert, maar ook dat hij aanvullend optimaal zorg levert aan zichzelf. Daar hoort periodiek een pas op de plaats bij in de vorm van loopbaanscreening en -begeleiding. Dat kan dienen als signaleringsmoment: bewust worden hoe de vlag hangt als het gaat om werkplezier en kansen en behoeften onderkennen. Dat zorgt voor de nodige bijstelling van ontwikkelingen, dient ter preventie van – dreigende – problemen en biedt naar de toekomst een brede, gezonde(re) ontwikkelruimte.

Welke loopbaanvragen hebben huisartsen, hoe heeft loopbaanbegeleiding zich ontwikkeld en hoe gaat het in zijn werk?

Carrière en loopbaan

Etymologisch ontwikkelde de betekenis van het woord carrière zich van een ‘rijweg voor karren’ via ‘renbaan c.q. loopbaan voor paarden’ naar de vroeg-Franse betekenis ‘beroep met stapsgewijze ontwikkeling’ [6]. Loopbanen blijken complexe fenomenen. Onderzoek naar en begeleiding bij loopbanen gebeurt vanuit verschillende perspectieven, waarbij meer of minder samenhang in sociologische, economische en psychologische facetten wordt aangebracht.

Wikipedia vermeldt dat een loopbaan of carrière een reeks maatschappelijke posities is die iemand achtereenvolgens inneemt [7]. In die zin is de klassieke loopbaan van de huisarts redelijk enkelvoudig: hij bekleedt immers één positie. Anders dan bij carrières in het bedrijfsleven zijn binnen de positie als huisarts niet veel sporten te beklimmen om ‘carrière te maken’. Tenzij wellicht het voorstel van Wim van Herpen navolging krijgt en een huisarts in de toekomst als junior begint [8].

In deze bijdrage hanteren we de beter bij de huisarts passende definitie, waarbij ‘loopbaan’ staat voor ‘het patroon van werkgerelateerde ervaringen die een mens tijdens zijn professionele leven opdoet’ [9].

Dat patroon is bij huisartsen heftig in beweging. Een fraai overzicht van de dynamiek schetst huisarts Koeleman in een interview over zijn loopbaanswitch naar een zorgboerderij, enkele jaren voor pensionering [10]. De verandering betreft niet alleen het vakmanschap zelf als gevolg van voortschrijdende kennis, technologische innovaties en complexere zorg rond een vergrijzende populatie, die langer thuis blijft en wil participeren. Omgeving en samenwerkingsverbanden zijn eveneens aan grote verandering onderhevig. Continue taakherschikking vindt plaats door horizontale en verticale substitutie, terwijl randvoorwaarden niet altijd (al) geregeld zijn. Het digitale tijdperk beïnvloedt de interactie tussen patiënt en huisarts (e-consult, e-health). Dossiervoering, informeren en declareren verlopen via (meestal) supersnelle digitale wegen, die voortdurend aanpassing vergen, bijvoorbeeld vanwege veiligheidsissues. Financieringssystemen veranderen en vragen, opnieuw, aanpassing. Deregulering leidt tot andere gesprekspartners met impact op de autonomie [11–14]. Allerlei eisen worden vanuit verschillende kanten gesteld, waardoor, de tijd voor, patiëntenzorg in het gedrang komt.

In die zin is de huisartsenloopbaan een voortdurende aaneenschakeling van steeds veranderende werkgerelateerde ervaringen. Rijkgeschakeerd zogezegd, maar lang niet altijd beleefd als een verrijking.

Geef me werk dat bij me past en ik hoef nooit meer te werken.

Confucius, Chinese filosoof 551 v.C. – 479 v.C.

Werktevredenheid

De genoemde veranderingen hebben impact op de werktevredenheid. Het is niet voor niets dat in 2015 de actie ‘Het Roer Moet Om’ gestart werd [12]. Vastgesteld is dat werktevredenheid van invloed is op het functioneren. In de huisartsgeneeskunde blijkt werktevredenheid impact te hebben op zowel de gezondheid van de huisarts zelf als op de kwaliteit van de interactie met de patiënt. Werkonvrede heeft een negatieve invloed op verbale en non-verbale interactie tussen hen, met name op het affectieve vlak. Deze communicatie werkt wederkerig; lijdt de huisarts aan onvrede met het werk dan zorgt dat letterlijk voor patiënten die minder vriendelijk zijn. Tot slot is dat proces iteratief. Dit leidt tot een versterkend effect op een eventueel ingezette spiraal, opgaand positief of dalend negatief [5]. Tussen werktevredenheid en burn-out, zelfvertrouwen, angst, depressie en fysieke gezondheid blijken sterk negatieve correlaties te bestaan [15, 16].

Loopbaanvragen

Werkonvrede vormt niet de enige aanleiding voor reflectie op een loopbaan. Een carrière bestaat niet alleen uit groei, maar kent ook momenten van stagnatie, tegen een plafond aan lopen of terugval. Daarvoor uitkomen is niet zo gemakkelijk voor artsen, die in het algemeen gericht zijn op ‘beter’. Maar er niet voor uitkomen vergroot het risico op vastlopen, met schade voor persoon en derden [17]. Het NHG beveelt loopbaanscreening aan ‘wanneer er vragen zijn over het omgaan met werkdruk, het voorkomen van werkstress of het wijzigen van de koers in de loopbaan’ [18]. Loopbaanvragen kunnen preventief als APK (algemene periodieke kritische kijk) [19] onderzocht worden en ruimte bieden aan exploratie van loopbaandromen en aan wat nog meer/anders mogelijk is en zin geeft.

Plezier in het werk maakt perfectie in het werk.

Aristoteles, 384 v.C. – 322 v.C

Variatie en persoonlijke kleur in loopbaanvragen is groot. Enkele kenmerkende loopbaanvragen van huisartsen zijn te vinden in het kader.

Kenmerkende loopbaanvragen huisartsen

- Hoe houd ik het leuk, welke uitdaging wil ik daarvoor aangaan?
- Hoe blijf ik met passie betrokken zowel bij het werk als bij mijn privéleven, welke keuzes wil ik maken?
- Welke neventaak ambieer ik (kaderopleiding, bestuursfunctie, onderzoek, opleider)?
- Kan ik beter iets heel anders gaan doen (al dan niet in de zorg)?
- Hoe kies ik een geschikte collega om samen een maatschap te vormen?

- Wil ik de maatschap uitbreiden en hoe, wil ik wel huisarts én werkgever zijn?
- Kies ik voor waarneming, HIDHA-schap of maat worden?
- Hoe rond ik mijn loopbaan goed af en draag ik over?

De kern is wellicht als volgt samen te vatten:

‘waar en wat kan en wil ik doen of laten, opdat ik vitaal in werk en leven mijn rol mag (blijven) invullen en talent ontwikkel – zelfs als dat ander werk zou zijn’.

Loopbaanvragen kunnen ontstaan bij de huisarts persoonlijk en/of vanuit zijn omgeving. Net als Anna kan een huisarts merken dat hij nog meer wil en kan dan hem momenteel bezighoudt. Maar ook anderen zoals patiënten en collega’s kunnen hem attenderen op mogelijke (loopbaan)dilemma’s, bijvoorbeeld doordat zij feedback geven bij (praktijk)visitatie of omdat in een praktijk met actief loopbaanmanagement regelmatig een dialoog gevoerd wordt over (loopbaan)ontwikkeling.

Huisartsen bieden huisartsenzorg aan een gevarieerde vergrijzende populatie in een continu veranderende maatschappij. Onmiskenbaar is die huisarts zelf ook een drukbezet lid van die groeiende club ‘krasse knarren’ [20] of ‘verzilverde haren, gouden jaren’ [21]. Hij mag zelf hulpvrager zijn vanuit een compassie als beschreven in de *Toekomstvisie 2022*, pag. 9: ‘... als een uniek individu, met een eigen context en specifieke noden en behoeften in combinatie met persoonlijke span- en draagkracht...’ [22]. Levensloop- en loopbaanfasen oefenen immers invloed uit op de persoonlijke combinatie van behoeften, draagkracht en draaglast.

Levensloopbaanfasen

Huisartsenzorg is zorg voor patiënten vanuit een toekomstbestendige invulling van de kernwaarden – generalistisch, persoonsgericht en continu [23, 24]. Deze kerntaak is als zodanig een stabiel gegeven. Levensloop noch loopbaan is echter stabiel te noemen.

Zoals er indelingen in levensfasen bestaan, bijvoorbeeld die van Erikson [25], zo onderscheiden verschillende modellen ook fasen in een loopbaan. De inhoud van de modellen varieert. Het aantal fasen kan verschillen of eventuele metaforen waarvan gebruikgemaakt wordt, bijvoorbeeld cycli van seizoenen [26]. Waar het om gaat is dat elk model (en praktijk en leven) benoemt dat tijdens verschillende fasen, variërende factoren van invloed zijn op de behoeften van de huisarts als mens en als professional om, lekker in zijn vel, te functioneren. Afwisseling, uitdaging en avontuur kunnen in de ene fase energie en arbeidsvreugde brengen, terwijl ze in een andere fase tot uitputting leiden [27].

De fase-indeling is geen onwrikbare wetmatigheid. Aanvankelijk vertoonden de modellen een lineair verloop van ‘start’ (met onwennigheid, zaken verkennen en eigen maken, jong en energiek) via een middenfase (met bestendiging van het geleerde, stabiliteit, zelfvertrouwen en grip) naar een eindfase (overdracht van kennis en taken, afscheid nemen).

Huisartsen zullen herkennen dat de doorloop in fasen willekeurig kan zijn en niet (meer) lineair verloopt. In deze beroepsgroep komen regelmatig tweede of derde carrières voor, doordat voor of na het huisartsenvak een andere professionele rol ingevuld wordt dan wel een nevenfunctie invulling krijgt. Zo kan men kaderhuisarts worden, wetenschappelijk onderzoek doen of actief zijn als huisartsopleider of bestuurlijk.

In huisartsenland zijn de ‘etappes’ van de zogenoemde ‘interne loopbaan’ van Willem Alting von Geusau bekend (zie kader). De NHG-erkende loopbaanbegeleiders [28] werken hiermee en dit model vormde de basis voor de NHG-Asklepion leergang ‘Ervaren in de praktijk’ [29].

Carrière-etappes Alting von Geusau

1. Opbouw van eigen praktijk en/of beroepsuitoefening

HA! Nieuwsgierig, spannend, avontuurlijk

HO! Onzekerheid eigen kennis, rol en beleving

2. Ontwikkelen eigen stijl van werk, routinevorming

HA! Eerste vertrouwen, collegiale steun

HO! Angst voor fouten, grenzeloosheid beroep, irritatie voor bepaalde patiëntgroepen

3. Zoeken nieuwe uitdagingen, expansie

HA! Andere contacten, bevrediging ambities

HO! Tijd-te-kort, drukdrukdruk, groeiende irritaties

4. Stabiliseren en begrenzen

HA! Behoeftes aan diepgang en grenzen

HO! Twijfels over wijze beroepsuitoefening voor de tijd tot pensioen

5. Uitlopen naar het einde van de officiële beroepsuitoefening

HA! Ruimte om te ‘genieten’ van beroepsuitoefening

HO! Weerstand tegen extra belasting, mentaliteit ‘jongeren’

Loopbaanbegeleiding gaat, net als patiëntenzorg, om persoonsgericht maatwerk. Kennis van loopbaanfasen kan tot steun en begrip strekken voor zowel de loopbaanprofessional als de huisarts. Welk model bij de begeleiding ook gekozen wordt, het biedt bewustwording dat een werkend leven turbulent verloopt en dat vaardigheden, competenties en oplossingen die op bepaalde momenten waardevol waren dat op andere momenten niet langer hoeven te zijn en aanpassing of nieuwe ontwikkeling nodig is.

Met regelmaat een pas op de plaats te maken en reflecteren op ervaringen, bestaande dromen en de werkelijkheid waarin hij leeft, biedt de huisarts een kans om tijdig en met behoud van passie tot de gewenste aanpassing en ontwikkeling te komen. Kennis van loopbaanfasen leidt tot aanknopingspunten voor, zo nodig verandering in, copingstrategie om weer of meer tot ontwikkeling te komen, inspiratie te vinden en met grotere tevredenheid en passie actief te zijn.

Loopbaanbegeleiding staat voor die activiteiten die werkenden ten dienste staan bij het maken van (loopbaan)keuzes, het helder krijgen van ambities en ontwikkelmogelijkheden en het oplossen van loopbaangerelateerde problemen, aldus Se-meijn, bijzonder hoogleraar loopbaanmanagement [30].

Historie van loopbaanbegeleiding als begeleidingsvorm

Hoe loopbaanbegeleiding precies begon is niet helemaal te achterhalen. Vaak wordt Frank Parsons aangeduid als ‘vader van de loopbaanbegeleiding’. Hij richtte rond 1908 in Boston het eerste Vocation Bureau op en hield zich bezig met het matchen van karaktertrekken van cliënten met de gewenste succesvol geachte kenmerken in specifieke bedrijfstakken [30, 31].

Huisartsen raakten medio jaren tachtig van de vorige eeuw bekend met reflectie als middel om stil te staan bij hun ‘dokteren’. Aanvankelijk stond de arts-patiëntrelatie daarbij centraal. In Balintgroepen brachten zij casuïstiek in, onder professionele begeleiding. Onderzocht werd de ‘dokter als medicijn’; de rol die de arts speelde in de interactie en de resultaten ervan. In het curriculum van de opleiding werd onderwijs opgenomen over consultvoering. Ook werd supervisie ingezet als middel om te leren over het eigen aandeel van de professional, als mens en dokter. Bij supervisie gaat het om het versterken van het persoonlijk professioneel functioneren. Het gaat tevens over behoud van inspiratie, slimme(re) combinaties privé-werk en twijfels en keuzes over de eigen toekomst [32]. In supervisie is in die zin plaats voor loopbaanvragen en -ontwikkeling.

Rond de millenniumwisseling kwam er pas expliciet en specifiek aandacht voor loopbaanvragen van artsen. Loopbaanvragen zijn dan gedefinieerd als toekomstgerichte vragen: vragen specifiek over te maken keuzes in een loopbaan, al dan niet binnen hetzelfde werk of in de zorg. De KNMG startte in 2000 met het Loopbaanbureau. Aanleiding daarvoor vormden de toenemende signalen onder artsen over werkdruk, behoefte aan deeltijdwerk en vragen over ‘tweede-carrière’ mogelijkheden.

Uit het Loopbaanbureau ontwikkelde zich de afdeling Arts & Carrière. Tot de doelgroep rekent het bureau ‘geneeskundestudenten, basisartsen, artsen (niet) in opleiding tot specialist en medische specialisten’. Behalve voorlichting, training, workshops en netwerkmogelijkheden (waaronder de KNMG Carrièrebeurs) ‘maakt’ de KNMG nog steeds tussen hulpvragers en hulpaanbieders [33]. Voor de begeleidingen beschikt zij over een netwerk van providers, waaronder het Carrière-Centrum Zorg (CCZ), onderdeel van de VvAA [34].

Mogelijkheden voor loopbaanbegeleiding zijn er inmiddels bij arbeidsongeschiktheidsverzekeraars (AOV). Verzekerden kunnen preventief loopbaanbegeleiding aanvragen. Als marktleider voor AOV onder medici liet Movir weten dat hun grootste groep verzekerden bestaat uit specialisten. Sinds 2016 worden coaches van Coaches voor Medici (CvM), mede, ingezet voor begeleiding van verzekerden. Dat strekt tot voordeel voor huisartsen, omdat deze begeleiders door het NHG erkend zijn. Dat betekent dat zij de NHG-kaderopleiding Supervisie en Coaching volgden en bij het NHG geregistreerd zijn, en dat zij beschikken over ruime ervaring met de huisartsenzorgcontext.

Specifiek voor de huisarts ontwikkelde het NHG loopbaanscreening. De eerste voorlichtingsfolders hierover kwamen in 2003 uit. Loopbaanscreening voorziet de drukke huisarts van begeleiding bij zijn loopbaanvragen op een gestructureerde, overzichtelijke manier in een beperkt aantal gesprekken. Meestal is dat voldoende om vanuit een nieuw perspectief met frisse inspiratie zelf verder inhoud te geven aan de loopbaanontwikkeling. Soms vormt het aanleiding tot verdere coaching, begeleidde intervisie, een cursus of andere vormen van begeleiding.

Werkwijze

De meeste begeleiders handelen eclectisch en maken met betrokkene samen een keuze voor een aanpak. Vraag en doelstelling van betrokkene spelen in de afweging de grootste rol [30]. Veelgebruikt is de narratieve begeleiding, waarbij individuele subjectieve ervaringen onderzocht worden vanuit het perspectief van de loopbaan als persoonlijk verhaal of reis. Ook methoden als KernTalenten, Kernkwaliteiten en Biografisch werken worden toegepast.

Onderzoek en conclusies van de volgende vragen vormen de rode draad bij reflectie op de loopbaan, of de huisarts dat nou zelf doet of ondersteund (zie kader).

Reflectieve loopbaanvragen

- Wie ben ik, wat is het beste in mezelf?
- Wat wil ik en wat drijft mij, welke waarden vormen mijn houvast in leven en ontwikkeling?
- Wat kan ik, waar ben ik trots op en wat zou ik nog willen kunnen?
- Waar ben ik op mijn best, welke factoren zijn van belang?
- Wie of wat haalt het beste uit mij, wie heb ik nodig om mezelf te kunnen zijn, me te kunnen ontwikkelen en voor wie wil ik me inzetten?
- Wat bleek tot dusverre helpend me op een gezonde, verantwoorde en inspirerende wijze te verhouden tot mezelf en de omgeving, maatschappij?
- En hoe kan ik daar deel van blijven uitmaken, gebruik van blijven maken of wat moet ik daartoe ontwikkelen?

- Hoe blijf ik vitaal?
- Wat is dan mijn plan en mijn verwachting en wanneer maak ik een volgende reflectie op mijn ontwikkeling weer mogelijk?

Reflectie op de loopbaan kan zowel ondersteund door een begeleider als zonder begeleiding, op eigen houtje, plaatsvinden.

Zelfstandig aan de slag met loopbaanvragen

De huisarts kan zonder begeleiding aan de slag met loopbaanvragen. Diverse ondersteunende boeken en testen zijn voorhanden, zelfs specifiek voor artsen. Beschouw de genoemde middelen als hulpmiddelen voor reflectie. Meerdere werkelijkheden bestaan naast elkaar, er zijn immers vele perspectieven van waaruit gereflecteerd kan worden op een loopbaan. Uitkomsten van vragenlijsten, testen, boeken en gesprekken zijn vooral bedoeld om reflectie over het ‘zelf’ te prikkelen.

Algemene hulpmiddelen

- De vragen uit het kader zijn toepasbaar; in een goed gesprek, bij meditatie, door schrijven, door het opstellen van een biografie met aandacht voor kantelpunten in uw ontwikkeling.
- Reflectiedagboek: een (dag)boek of (b)log waarin u eigen-wijs optekent wat aan ‘kwartjes valt’ of ‘food for thought’ vormt, of waarin tijdmatrixen kunnen helpen bij de bewustwording van keuzes en persoonlijk management.
- Loopbaanankertest van Schein [35]. Schein onderscheidt negen carrièreankers, of drijfveren, die kleur geven aan motivatie, houding en voorkeur. De test is gratis beschikbaar (<https://www.123test.nl/schein/>).

Specifiek voor (huis)artsen

- NHG-scholing en leergangen, bijvoorbeeld *Effectief in de praktijk*;
- Boek *HEEL de dokter, leven en werken met zin* [36], Angèle van de Ven en Lodewijk Schmit Jongbloed;
- Loopbaanwijzer voor artsen van BKV. De test helpt, mede gebaseerd op CanMEDS-dimensies, ‘matchen’ in relatie tot een zorgfunctie (<https://vacaturesvoorartsen.nl/loopbaanwijzer>).

Onderzoek van loopbaanvragen onder begeleiding

- Loopbaanvragen kunnen aan bod komen in diverse begeleidingstrajecten, waaronder coaching, intervisie, supervisie en begeleiding bij (dreigende) surmenage.

Specifiek aanbod voor (huis)artsen

- Loopbaancheck. Het CarrièreCentrum Zorg biedt de mogelijkheid aan VvAA-verzekerden, onder wie huisartsen, een loopbaancheck te doen. Met twee gesprekken en enkele gerichte opdrachten wordt een snelle balans opgemaakt (<https://www.cczorg.nl/artikelen/loopbaancheck/>).
- Loopbaanbegeleiding via arbeidsongeschiktheidsverzekeraars; onder andere Movir biedt huisartsen loopbaanbegeleiding. NHG-erkende loopbaanbegeleiders zijn daarvoor via Coaches voor Medici beschikbaar.
- Loopbaanscreening. NHG en LHV bemiddelen naar Coaches voor Medici voor loopbaanscreening. In drie gesprekken, mede aan de hand van diverse reflectieve opdrachten en testen, komt aan de orde welke factoren en (levens)thematieken van invloed zijn op de leven-loop-baan, welke waarden en overtuigingen een rol spelen bij gemaakte en te maken keuzes, waar energie uit geput kan worden en waar energie weglekt. Coaches voor Medici zijn bereikbaar via de LHV of het NHG en via www.coachesvoormedici.nl.

Tot slot

Ben nam een loopbaancoach in de arm en werd zich ervan bewust dat hij belemmerd werd door een onbewuste ‘will to please’ richting zijn ouders, en ook door een milde vorm van statusgevoeligheid richting zijn jaarclub. Dat maakt het moeilijk openlijk te kiezen voor wat hem op dit moment het meest na aan het hart ligt: veel tijd delen met zijn kinderen en hen helpen en zien ontwikkelen. Voor de komende drie jaar stelt hij een plan op waarin de huidige taakschikking blijft bestaan. Tegelijkertijd gaat hij vanuit zijn netwerk onderzoeken welke perspectieven over drie jaar aantrekkelijk zijn en hoe hij daar dan optimaal gebruik van kan maken. Bij de keuze voor loopbaanbegeleiding sprak de narratieve vorm hem het meest aan. Zelf verhaalt hij graag beeldend en wordt hij door patiënten geroemd om ‘zijn gemakkelijke uitleg en aansprekende voorbeelden’.

Anna bleek een echte boekenwurm. Zij las het verhaal *Selma het schaap* [37] en benutte de simpele vraag uit dat boek om zich bewuster te worden van haar drijfveren en visie op geluk. Aanvullend ging ze creatief te werk met het boek *HEEL de dokter* [36]. Ze benutte de NHG-loopbaanscreening om het ‘proces af te maken’. Daarbij was voor haar het meest helpend dat onderliggende belemmerende overtuigingen opgeruimd konden worden en ruimte maakten voor de ook aanwezige bevorderende overtuigingen. Ze werd zich ervan bewust dat zij op haar kwaliteiten als huisarts kan vertrouwen en bovendien haar hart mag laten uitgaan naar het beleidsmatig aspect.

Literatuur

1. Kleijne I. Zieke arts in spagaat tussen twee rollen. Med Contact (Bussum). 2017;11:10–1.
2. Movir. Rapport Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen. November 2012.

3. Voort H van de. Een mix van nascholing en supervisie. 2008. <https://www.henw.org/archief/volledig/id932-een-mix-van-nascholing-en-supervisie.html>. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
4. LHV, NHG. Rapport Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. 2012. http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
5. Bensing JM, Brink-Muinen A van den, Boerma W, Dulmen S van. The manifestation of job satisfaction in doctor-patient communication: a ten-country European study. *Int J Pers Cent Med*. 2013;3(1):44–52.
6. Philippa M. Carrière (loopbaan). Etymologisch Woordenboek van het Nederlands 2003–2009. 2010. <http://www.etymologiebank.nl/trefwoord/carriere>. Geraadpleegd op: 26 april 2017.
7. Wikipedia. Loopbaan. 2012. <https://nl.wikipedia.org/wiki/Loopbaan>. Geraadpleegd op: 26 april 2017.
8. Herpen W van. Laat de huisarts beginnen als junior, nieuw honoreringsmodel voor huisartsen met veel pluspunten. 2014. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/laat-de-huisarts-beginnen-als-junior.htm>. Geraadpleegd op: 26 april 2017.
9. Greenhaus J, Callanan G, Godshalk V. Career Management – Intersection of work and family roles: Implications for career management. Thousand Oaks CA: SAGE; 2010. pag. 286–319.
10. Groot M de. Koeleman van de tropen naar de sterren. 2016. <http://www.maartendegroot.fhj.nl/koeleman-van-de-tropen-naar-de-sterren/>. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
11. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. 2016. http://www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2016/10/2016_10_21-Capaciteitsplan-2016-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde-DEFINITIEF.pdf. Geraadpleegd op: 27 april 2017.
12. Het Roer Moet Om. Manifest van de Bezorgde Huisarts. 2017. <http://www.hetroermoetom.nu/index.html#home>. Geraadpleegd op: 27 april 2017.
13. Het Roer Gaat Om. Gezamenlijke website. <https://hetroergaatom.lhv.nl/> Geraadpleegd op: 27 apr 2017
14. Kalsbeek E. Geef huisartsen meer tijd voor patiëntenzorg. *Med Contact (Bussum)*. 2017;9:41.
15. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005;62(2):105–12.
16. Hill S van. Begeleiding bij dreigende overspannenheid, voorkomen van burn-out. *Bijblijven*. 2017;7.
17. Kragten H. Bouw uw carrière tijdig af. 2016. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bouw-uw-carriere-tijdig-af.htm>. Geraadpleegd op: 26 maart 2017.
18. NHG. Richtlijnen en praktijk – Loopbaanbegeleiding. 2017. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/loopbaanscreening>. Geraadpleegd op: 28 maart 2017.
19. NHG-scholing. Loopbaanscreening voor huisartsen. 2009. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/loopbaanscreening.pdf. Geraadpleegd op: 28 maart 2017.
20. Sijs N van der. Etymologiebank, 2010. <http://etymologiebank.nl/>. Geraadpleegd op 28 maart 2017.
21. Schmit Jongbloed L. <http://www.schmitjongbloedadvies.nl/intervisie-bijeenkomsten.html>. Geraadpleegd op: 2 mei 2017
22. LHV, NHG. Rapport Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. 2012. http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
23. LHV, NHG. Rapport Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. 2012. http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
24. LHV. Kijkje in de praktijk van de huisarts. 2017. <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kijkje-de-praktijk-van-de-huisarts>. Geraadpleegd op: 27 maart 2017.
25. Zimbardo PG, Johnson RL, McCann V. Psychologie, een inleiding. 7e druk. Amsterdam: Pearson; 2013. pag. 704.
26. Nederpel J. Als je niet weet wat je dan wél wilt. Noloc blog. 2017. <https://www.noloc.nl/blog/als-je-niet-weet-wat-je-dan-wl-wilt?id=20200>. Geraadpleegd op: 28 april 2017.
27. Schmit Jongbloed L, Schönrock-Adema J, Borleffs JCC, et al. Physicians' job satisfaction in their begin, mid and end career stage. *J Hosp Adm*. 2017; <https://doi.org/10.5430/jha.v6n1p1>
28. NHG KSC. Innerlijke Carrière. 2007. opleidingsstuk IV.
29. Wiegant E. De innerlijke loopbaan van de huisarts. Wat voor dokter ben ik nou eigenlijk? <http://specialistencoach.nl/wp-content/uploads/LHV031-innerlijkeloopbaanspreads.pdf>. Geraadpleegd op: 23 maart 2017.
30. Semeijn JH. Loopbanen op weg naar duurzaamheid; over paden, hobbels en gidsen. In verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van hoogleraar Strategic Human Resource

- Management, in het bijzonder met betrekking tot loopbaanmanagement bij de Open Universiteit Nederland; 10 juni 2016. Nijkerk: Noloc; 2016.
31. Krznaric R. Werk vinden dat bij je past: hoe doe je dat? Amsterdam: De Arbeidspers; 2012. pag. 176.
 32. Rietmeijer C. Supervisie en intervisie in de geneeskunde, huisartsen versterken functioneren. Tijdschrift Coach. 2008;1:52–4.
 33. KNMG. Arts & Carrière. 2017. <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/arts-en-carriere/algemene-informatie.htm>. Geraadpleegd op: 27 maart 2017.
 34. KNMG. LBB en CarrièreCentrum Zorg versterken elkaar. 2013. <https://www.cczorg.nl/partners/knmg-lbb-en-carrierecentrum-zorg-versterken-elkaar>. Geraadpleegd op: 15 maart 2017.
 35. LHV. Succesvol ondernemen als huisarts. 2017. <https://www.lhv.nl/lhv-academie/cursussen/succesvol-ondernemen-als-huisarts?id=544>. Geraadpleegd op: 26 maart 2017.
 36. Schmit Jongbloed L, Ven A van de. HEEL de dokter, leven en werken met zin. Oegstgeest: Schmit Jongbloed Advies; 2015. pag. 104.
 37. Bauer J. Selma het schaap. Amsterdam: Hillen; 2007. pag. 48.

Drs. M.A.J.M. Loo zelfstandig ondernemend onder andere als NHG-supervisor en gespreksleider visitatie huisartsen.

Het visitatiegesprek

Josca Fokkema

Samenvatting

In het (individuele) visitatiegesprek reflecteert de huisarts op feedback van collega's en patiënten over zijn of haar persoonlijk functioneren. De gespreksleider faciliteert en structureert dit zelfonderzoek, wat bedoeld is om kwaliteit van zorg te stimuleren. Huisartsen waarderen dit moment van onverdeelde aandacht voor henzelf.

De historie; landelijke ontwikkelingen

De KNMG formuleert in 2012 in haar 'Kwaliteitskader' dat 'nieuwe methoden die kwaliteit inzichtelijk maken; betrouwbare patiëntenquêtes en 360 graden feedback, het mogelijk maken om op basis van lacunes aan de slag te gaan en zo als beroepsgroep te laten zien hoe belangrijk we professionaliteit en kwaliteit vinden en dat we daar zelf verantwoordelijk voor willen en kunnen zijn' [1].

Dit is een antwoord op een oproep van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan het veld om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit en veiligheid binnen de eigen beroepsorganisatie op een niet-vrijblijvende manier [2, 3].

In het Kwaliteitskader zijn concrete aanbevelingen geformuleerd aan de hand van acht kwaliteitsaspecten, waar individuele kwaliteitsvisiting (toetsing van functioneren individuele arts) er één van is: individuele kwaliteitsvisiting betreft een visiting, uitgevoerd volgens het visitingprogramma van of goedgekeurd door de wetenschappelijke vereniging, van een individuele specialist (in dit geval de huisarts) ter bevordering van kwaliteit van zorg.

Hierbij 'voeren specialisten met regelmaat een gesprek met een daarvoor speciaal getrainde collega over de kwaliteit van zorg, de persoonlijke ontwikkeling van

J. Fokkema (✉)
Beilen, Nederland
e-mail: info@fokkemacoaching.nl

de betrokken specialist, diens relatie met collega's en de omgang met patiënten, het management en andere relevante zaken'.

Als eis wordt hierbij gesteld dat 'de vereniging beschikt over een erkende methodiek van individuele kwaliteitsvisitatie' en dat de 'individuele kwaliteitsvisitatie wordt uitgevoerd door daartoe getrainde collegae'.

De historie; beroepsgroep huisartsen

In 2008 werd door de KNMG vastgelegd dat huisartsen voor hun herregistratie moeten deelnemen aan een visitatieprogramma [4]. Het NHG ontwikkelde als onderdeel daarvan een visitatieprogramma dat gericht is op het individueel functioneren van huisartsen.

Er waren veel bezwaren geuit vanuit de beroepsgroep betreffende de 'stapeling van eisen' rond herregistratie wanneer zowel aan praktijkaccreditatie als aan een individueel visitatieprogramma zou moeten worden deelgenomen. Daarom werd in 2015 door LHV en NHG besloten dat voorlopig zowel de praktijkaccreditering/certificering als het visitatieprogramma gericht op individueel functioneren van de huisarts voldoet aan de herregistratie-eis 'heeft deelgenomen aan het visitatieprogramma'. Met andere woorden: de visitatie is vooralsnog verplicht voor herregistratie van iedere huisarts die niet in een geaccrediteerde huisartspraktijk werkt en is op vrijwillige basis beschikbaar voor alle huisartsen.

Doelstelling

Het uiteindelijke doel van de visitatie gericht op het individueel functioneren van de huisarts (hierna kortweg visitatie genoemd) is het bevorderen van kwaliteit van zorg. Een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg is de individuele arts die de zorg uitvoert. Welke zorg wordt verleend, hoe en op welk moment, ligt verankerd in de arts zelf; in zijn of haar eigen functioneren.

De meeste huisartsen krijgen na hun opleiding nog zelden directe feedback over hun individueel functioneren. Als er feedback wordt gegeven, is dat vaak naar aanleiding van een incident of gebeurtenis.

Het visitatieprogramma schept de mogelijkheid om eens in de vijf jaar het functioneren van de huisarts door de huisarts zelf, structureel in kaart te brengen. De huisarts zet een zogenoemde 360 graden feedback rond zichzelf uit: hij vraagt verschillende collega's om feedback aan de hand van een vragenlijst en zet een patiëntenenquête uit. Zelf vult hij ook een formulier in, met vragen over zichzelf, die alle competenties van het huisartsenvak omvatten.

Alle formulieren zijn te vinden in zijn eigen digitale visitatiedossier, op een speciaal hiervoor ingerichte en beveiligde website. Hij heeft hiertoe toegang gekregen door zich via HAweb aan te melden voor de visitatie.

In zijn dossier verschijnt daarna een inzichtelijke feedbackrapportage. Daarin zijn alle aangeleverde gegevens gebundeld en gerubriceerd en worden op een eenvoudige, visueel aantrekkelijke manier gepresenteerd.

Vervolgens reflecteert hij op de aangeleverde informatie en schrijft een zelf-evaluatie. De gespreksleider visitatie, die door de huisarts is gekozen uit een lijst met hiervoor beschikbare en getrainde collega's, kan al deze gegevens ook inzien; verder niemand.

In het daaropvolgende visitatiegesprek van een ongeveer uur bespreken huisarts en gespreksleider de resultaten. De huisarts krijgt informatie over de manier waarop de zorg die hij verleent wordt ervaren door patiënten en door collega's (inclusief praktijkmedewerkers anders dan de artsen). Daardoor krijgt hij informatie die hem kan helpen zijn sterke kanten te benutten en minder sterke kanten te verbeteren.

Een belangrijk onderdeel hiervan is dat de huisarts wordt aangezet na te denken over de aangeleverde feedback en deze te vergelijken met hoe hij zijn functioneren zelf ervaart en daaruit conclusies uit te trekken en die om te zetten in gedrag. De huisarts wordt aangezet tot het onderzoeken van zijn eigen professionaliteit; op zichzelf al een professionele actie.

Casus

Huisarts Jan Pieter is sinds acht jaar aan het werk als waarnemend huisarts en nu sinds een jaar in twee vaste praktijken. De vragenlijsten die over hem door de collega's zijn ingevuld leveren, net als de enquêtes onder patiënten, niets dan lof op: de scores zijn hoger dan gemiddeld en ook hoger dan wat Jan Pieter zichzelf scoort.

In het visitatiegesprek valt het de gespreksleider op dat Jan Pieter hier weinig plezier aan lijkt te beleven: 'natuurlijk moet ik daar blij om zijn, maar...'

Jan Pieter blijkt eigenlijk al vanaf de opleiding twijfel te hebben of het beroep huisarts het wel is voor hem. Dit heeft er mede toe geleid dat hij zich niet heeft willen binden en nog steeds als waarnemer werkt. Hij realiseert zich nu dat hij zichzelf daarmee het genoeg onttrekt van een vaste patiëntenpopulatie en continuïteit in het patiëntencontact; precies de reden waarom hij huisarts is geworden. In het visitatiegesprek wordt hem duidelijk dat hij zijn dilemma niet langer wil omzeilen door 'gewoon maar door te gaan'. Hij besluit nu maar eens goed uit te gaan zoeken wat hij eigenlijk wil en zich hiervoor door een coach te laten bijstaan.

De werkwijze van het visitatieprogramma

Het visitatieprogramma bestaat uit twee delen:

1. dataverzameling over het functioneren als huisarts;

2. een visitatiegesprek met als eindresultaat een gespreksverslag en een persoonlijk ontwikkelplan (POP).

De visitatie wordt digitaal ondersteund in het programma VisitatieOnLine (VOL), ontwikkeld door NHG en IQ Healthcare en is bereikbaar via HAweb.

Ad 1 In VOL vindt de huisarts:

- vragenlijsten door hem zelf in te vullen;
- competentielijsten in te vullen door collega's;
- vragenlijsten in te vullen door collega's.

De verzamelde informatie wordt samengevat in een feedbackrapport. Alle feedbackrapportages worden in VOL beschikbaar gesteld aan de door de huisarts aangewezen gespreksleider. Naast de ingevulde lijsten bevat de feedbackrapportage een zogeheten 'spinnenwebdiagram'. Daarin is in één oogopslag te zien hoe de huisarts zichzelf scoort ten opzichte van zijn collega's.

Ad 2 De huisarts kiest zelf een NHG-erkende Gespreksleider Visitatie (GLV).

Met de gespreksleider bespreekt de huisarts de feedbackrapportages in een gesprek van circa een uur en stelt een aantal aandachtspunten of ontwikkeldoelen op. Deze leiden tot een plan om sterke kanten van zijn functioneren te versterken en minder sterke kanten gericht te verbeteren (het POP). Nadat alle onderdelen zijn ingevuld en zowel de gespreksleider als de huisarts een akkoord heeft gegeven is het programma afgerond. Het uitvoeren van het plan kan plaatsvinden op zelfstandige basis of met scholing of coaching en valt buiten het visitatieprogramma.

Herregistratie vereist het doorlopen en afronden van het programma; de inhoud komt niet beschikbaar voor anderen dan de huisarts zelf en de gespreksleider.

Het visitatiegesprek

Bij het eerste contact tussen huisarts en gespreksleider (bijvoorbeeld bij het verzoek van de huisarts aan de betreffende collega om de rol van gespreksleider voor hem te vervullen) maakt de gespreksleider duidelijk dat hij geen beoordelende taak heeft en dat alle informatie vertrouwelijk is. Het gaat bij de visitatie niet om een beoordeling van het functioneren van de huisarts door de gespreksleider. Het gaat om een begeleiding bij het reflecteren op de verkregen feedback en bij het zetten van concrete stappen om het eigen functioneren naar eigen inzicht te verbeteren.

In het algemeen begint het gesprek met een (nadere) kennismaking en het nogmaals bespreken van de rol van de gespreksleider, de vertrouwelijkheid en de plaats van de visitatie bij de herregistratie. Besproken wordt dat de *inhoud* van het hele traject niet van belang is voor de herregistratie, maar dat de huisarts zelf er zijn voordeel mee kan doen. De gespreksleider is erin getraind om snel en goed contact

te maken: onmisbaar voor de veilige sfeer die nodig is voor een zinvol gesprek, waarin de huisarts zelfonderzoek doet.

Daarna volgt een inventarisatie van wat de huisarts zelf graag wil bespreken en eventueel kijken beide gesprekspartners samen nog naar de bronnen die tot deze agenda hebben geleid. De gespreksleider stimuleert de huisarts om te reflecteren op wat hij heeft ontdekt, door goed te luisteren en dóór te vragen. Dit kan ook gebeuren aan de hand van het reeds geschreven reflectieverslag. De gespreksleider stelt zich erop in dat aan de orde komt wat *de huisarts zelf* van belang vindt en zet zijn eigen observaties alleen in ten dienste van het zelfonderzoek van de huisarts.

Huisartsen hechten in het algemeen veel waarde aan de mening van collega's en patiënten over hen. Kritische feedback of juist waardering is belangrijk voor ze. Als het goed is, heeft de huisarts er bij het maken van het reflectieverslag over nagedacht wat de verkregen feedback voor hem betekent en wat hij daar wel of niet mee wil. Het is de taak van de gespreksleider hierbij aan te sluiten en met de huisarts samen te onderzoeken wat de betekenis is van de feedback, wat de huisarts hier zelf voor conclusies uit trekt en tot welke concrete stappen van de huisarts dit zou kunnen leiden.

Afhankelijk van waar de huisarts zelf mee komt, kan de gespreksleider ook nog iets naar voren brengen wat hem is opgevallen (uit de feedback of tijdens het gesprek) of dat nalaten. De huisarts zelf is leidend wat betreft de inhoud van het gesprek. Dit neemt natuurlijk niet weg, dat als er opvallende verschillen zitten tussen wat de huisarts opvalt in de feedback en wat de gespreksleider heeft gezien, dit door de gespreksleider aan de orde kan worden gesteld. De belangrijkste reden om dat te doen is, dat zo'n verschil mogelijk betekenis heeft en van belang kan zijn voor hoe de huisarts over zichzelf denkt. De belangrijkste reden om het na te laten is als er iets anders aan de orde komt wat belangrijker is en alle tijd vraagt die beschikbaar is. De gespreksleider maakt die inschatting tijdens het gesprek.

De gespreksleider gaat vertrouwelijk om met de informatie over de huisarts die hij door de visitatie heeft verkregen, ook als hij zorgen heeft over het functioneren van de huisarts. De route die de gespreksleider in dat geval volgt is zijn zorgen met de huisarts te delen en eventueel hulp te adviseren.

Vervolgens wordt besproken welke conclusies de huisarts trekt en welke ontwikkelstappen hij verder wil zetten. Hier is het de taak van de gespreksleider te bewaken dat dit een realistisch en haalbaar plan wordt.

Ten slotte worden afspraken gemaakt over het gespreksverslag en het door de huisarts op te stellen persoonlijk ontwikkelplan (POP). Hierbij kan ook aan bod komen welke hulp de huisarts kan inroepen en hoe.

Casus

Huisarts Marieke is geschrokken van de feedback die collega's en patiënten haar gegeven hebben. Zij ziet zichzelf als iemand die soepel omgaat met de onvoorspelbare kanten van het vak en leest nu dat collega's (de assistenten, vermoedt zij) aangeven dat zij er lastig toe te bewegen is om, indien nodig,

patiënten tussendoor te zien. Patiënten geven aan dat de wachttijd voor haar spreekuur gemiddeld lang is, sommige vinden die té lang.

In het visitatiegesprek blijkt dat Marieke het belangrijk vindt dat patiënten altijd ‘goed’ geholpen worden. En ‘goed kost nu eenmaal veel tijd’. Dat haar grondigheid en tijdsinvestering in patiënten ook onbedoelde neveneffecten heeft, had zij zich eigenlijk niet goed gerealiseerd. Door samen met de gespreksleider de lijsten nog eens te bekijken, ziet zij dat niet alle collega’s in de vragenlijsten deze feedback hebben gegeven. Zij wordt ook geprezen om haar betrouwbaarheid en collegiale houding. De schrik als gevolg van de kritische feedback maakte dat deze positieve feedback haar was ontgaan. Zij besluit dat er niets mis mee is om een grondige dokter te zijn, maar dat het wel allemaal moet passen in de tijd en werkbaar moet zijn voor haar assistenten. Zij gaat met hen bespreken, dat haar terughoudendheid ten aanzien van ‘consulten tussendoor’ te maken heeft met de wens om altijd goede zorg te leveren. Ze neemt zich voor samen met hen de spreekuurplanning aan te passen, zodat er structureel ruimte is voor spoedgevallen.

Verder gaat zij haar consultvoering nog eens onder de loep nemen; wellicht kan het wat effectiever in de tijd, zonder aan kwaliteit in te boeten.

Natuurlijk zijn er huisartsen die ‘niet veel zin in hebben’ in het visitatietraject en dat ook niet krijgen. Weerstand kan zich op verschillende manieren uiten. Bijvoorbeeld doordat het uitzetten van vragenlijsten en enquêtes ‘er maar niet van komt’ of doordat de huisarts in het visitatiegesprek alle feedback die afwijkt van zijn eigen ideeën wegwijs met: ‘ja, dat is die ene collega weer; die heeft ook altijd wat’ of ‘ik kan precies zien welke patiënten dat zeggen; nou als ik daar naar ga luisteren...’ Of doordat de huisarts boos wordt op de gespreksleider wanneer die iets aan de orde stelt waar de huisarts nu juist liever niet naar wil kijken.

Het is de taak van, en soms best een ingewikkelde opgave voor, de gespreksleider om dergelijk gedrag als weerstand te herkennen en een bewuste keuze te maken hoe daarmee in dat betreffende gesprek met die ene huisarts om te gaan. En om zichzelf niet aangesproken of geschoffeerd te voelen, wanneer de huisarts iets op hem afreageert. In de scholing van de gespreksleiders visitatie wordt onder andere hiermee geoefend.

Gespreksleiders moeten dus in staat zijn een coachende houding aan te nemen en te behouden, ook wanneer de huisarts ongerustheid oproept over zijn functioneren als persoon of over de door hem geleverde zorg.

Tegelijkertijd dient hij het gesprek te kunnen structureren en aan te geven wat hem zelf in de feedbackrapportage opvalt en de huisarts hiermee eventueel te confronteren.

Daarom wordt de groep gespreksleiders geselecteerd en getraind en wordt hen nascholing geboden die hun herregistratie mogelijk maakt.

Het resultaat

Huisartsen die persoonlijk goed functioneren hebben plezier in hun werk en kunnen effectief omgaan met de frustraties en tegenslagen die hun werk nu eenmaal ook met zich meebrengt. Zij ervaren en creëren ruimte om zich in hun vak steeds verder te ontwikkelen en dragen hun steentje bij aan het behouden en bevorderen van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, zoals beschreven in de Toekomstvisie van de beroepsgroep [5]. Dit zorgt voor goede kwaliteit van zorg, het uiteindelijke doel van het visitatieprogramma.

Voor de huisarts zelf levert het programma de mogelijkheid om eens ‘pas op de plaats’ te maken met hulp van een daartoe getrainde gespreksleider. Veel huisartsen ervaren een grote werkdruk. Zij proberen zo goed mogelijk om te gaan met de eisen die het beroep aan ze stelt, vaak in combinatie met een gezin, waarvoor zij ook verantwoordelijkheid voelen. Zij doen dat veelal op een manier waarvoor zij steeds minder bewust kiezen. Zoals bij ieder mens sluit hun manier van werken aan op eigen normen, waarden, opvattingen en overtuigingen, maar zijn zij zich daar na verloop van tijd steeds minder van bewust.

Ook kunnen opvattingen en overtuigingen in de loop der tijd veranderen, zonder dat men zich dat realiseert. Gedragspatronen blijven vaak hetzelfde, ook als opvattingen zijn veranderd, omdat het veranderen van gedrag, bewustwording en concrete acties vereist en daarvan komt het vaak niet in de waan van alledag.

Dilemma's, wensen en behoeften van de huisarts zelf krijgen dikwijls niet veel ruimte; veelal wordt er gefocust op de behoeften van de patiënt en de eisen die gesteld worden om goede zorg te leveren. De huisarts zelf schiet er dan eigenlijk wat bij in.

Het visitatieprogramma biedt de mogelijkheid voor bewustwording van onderliggende factoren die bijdragen aan het meer of minder voldoening ervaren van het werk. Binnen het visitatieprogramma krijgen huisartsen feedback op hun gedrag: zij krijgen terug hoe patiënten en collega's hun gedrag ervaren en hen wordt gevraagd om zelf te reflecteren op hun eigen gedrag. Dit kan een eye-opener zijn en een aanleiding om eigen wensen en ideeën over de manier waarop het vak uitgeoefend moet worden bij te stellen. Een voorbeeld hiervan is de casus van Jan Pieter.

Veel huisartsen hebben tijdens de opleiding wel geleerd om na te denken over hun eigen wensen en behoeften, maar zijn daarmee opgehouden; zij hebben de benodigde vaardigheden, een beetje roestig, nog wel, maar passen ze niet meer toe.

Huisartsen hebben de neiging hun eigen gedrag niet te onderzoeken, maar te beoordelen en feedback niet te gebruiken als een hulpmiddel voor zelfonderzoek, maar om te zetten in een oordeel: goed of fout. Een dergelijk oordeel verhindert goed kijken naar eigen onderliggende motivaties en eventueel bijstellen op een manier die aansluit bij de eigen opvattingen. Een getrainde gespreksleider ondersteunt bij het ‘anders kijken’, onderzoekend in plaats van oordelend, zoals in de casus van Marieke wordt geïllustreerd.

De visitatie kan leiden tot verschillende inzichten bij de huisarts. Wat opvalt is dat veel huisartsen kritisch naar zichzelf kijken en dat de feedback van anderen

ze dan meevalt. Ook komt voor dat een huisarts zich realiseert dat het beeld dat hij heeft over zichzelf in het contact met patiënten niet klopt. Patiënten vinden bijvoorbeeld dat hij niet veel vraagt naar privéomstandigheden, maar wel heel goed uitlegt en geruststelt. De huisarts kan zich dan afvragen of hij hier iets aan wil doen en zo ja, wat.

Omdat in de rapportage de feedback en de zelfevaluatie worden afgezet tegen ‘gemiddelden’ (de referentiegroep), kan de huisarts ook zien hoe hij ‘scoort’ ten opzichte van collega’s. Bijvoorbeeld, een huisarts die veel aandacht voor de patiënt hoog in het vaandel heeft ziet in de rapportage dat zijn spreekuur veel meer uitloopt dan gemiddeld en dat zijn patiënten dat niet allemaal op prijs stellen. Terwijl hij dacht dat zij alle aandacht daar wel tegenop vonden wegen...

En wat zeggen de huisartsen zelf

Een objectieve resultaatmeting van het visitatieprogramma is er niet. Begin 2017 is een evaluatie gestart van het visitatieprogramma, met het oog op de bredere invoering in 2020. Dan zullen alle huisartsen – ook zij die in een geaccrediteerde praktijk werken – aan het programma deelnemen.

Veel huisartsen zien van tevoren op tegen de extra inspanning die door het visitatieprogramma van ze wordt gevraagd, bovenop alle andere zaken die ‘ook al moeten’. In de praktijk blijkt de hoeveelheid werk mee te vallen en vinden de meeste huisartsen het boeiend om terug te krijgen wat collega’s en patiënten van hen vinden. Ook het visitatiegesprek wordt zeer gewaardeerd: het komt niet zo vaak voor dat huisartsen een uur lang de onverdeelde en deskundige aandacht van een collega krijgen.

De waardering is af te lezen uit opmerkingen van huisartsen die aan het programma hebben deelgenomen.

Enkele citaten

Wat heerlijk om eens een uur alleen maar over jezelf te mogen praten.

Ik doe het veel beter dan ik dacht; dat geeft me zelfvertrouwen.

Leuk om zo eens stil te staan bij het effect van al mijn inspanningen.

Ik wist wel dat er iets niet goed liep; fijn om nu wat houvast te hebben waar hem dat in zit.

Van tevoren zag ik er erg tegenop, maar het viel me reuze mee: minder werk dan ik dacht en veel waar voor je geld.

Literatuur

1. KNMG. Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'. In werking getreden april 2012.
2. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 'De vrijblijvendheid voorbij'. 2009.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid. 2011.
4. Kaderbesluit CHVG 2008.
5. NHG, LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, Modernisering naar Menselijke Maat. 2012. Utrecht: NHG en LHV.

Drs. J.P.H. Fokkema-Elders is huisarts en coach voor medici. Zij is ruim 20 jaar practiserend huisarts geweest en nu hoofd van de huisartsopleiding UMCG. Zij heeft een eigen coachpraktijk, 'Fokkema Coaching'.

Verslaving en artsen: van een toxische combinatie naar een superieur hulpprogramma

Hans P. Rode

Samenvatting

Het is niet gemakkelijk als arts om te gaan met verslaving, niet voor de arts zelf en ook niet voor collega's en naasten. In Noord-Amerika bestaat decennialange ervaring met Physician Health programma's, waarbij artsen na adequate behandeling in een veilige omgeving worden begeleid. Hierdoor kan de overgrote meerderheid blijven werken. In Europa zijn de eerste initiatieven volop in ontwikkeling en deze bijdrage beschrijft de historie, werkwijze en achtergronden van een soortgelijk programma in Nederland.

Waarom is dit een thema?

Een arts die zelf patiënt wordt, valt uit zijn rol. Opeens zit hij of zij aan de andere kant van de tafel. Er is angst voor autonomieverlies en veel kennis over noodlottige complicaties en infauste prognoses. Bij mentale problemen en vooral bij verslaving is de schaamte enorm. Schaamte voor een aandoening die een arts niet hoort te hebben, hij zou toch beter moeten weten. Verslaving heeft een negatieve connotatie[1]. Zelfs hulpverleners vinden dat patiënten met verslavingsproblematiek agressief, manipulatief en weinig gemotiveerd zijn voor behandeling [2]; de stigmata zijn ook aanwezig bij huisartsen [3].

Komt het vaak voor?

Er is in de media relatief weinig aandacht voor verslaving onder artsen. Maar dat maakt dokters er niet immuun voor: de prevalentie van verslaving is bij artsen naar

Drs. H.P. Rode (✉)
Utrecht, Nederland
e-mail: h.rode@fed.knmg.nl

verwachting even hoog als bij de algemene bevolking. Hoewel in Nederland nooit onderzocht, is deze in beschreven literatuur tussen de 10 en 15 % met alcohol als favoriet middel [4, 5]. Er lijkt geen verschil te bestaan tussen de ernst en prevalentie als huisartsen vergeleken worden met klinisch werkende artsen [6].

Sommige specialismen lijken wel een grotere voorkeur te hebben voor bepaalde middelen, afhankelijk van de ervaring met de middelen en de beschikbaarheid ervan [7]. Suïcide, angststoornissen en depressies zijn vaak verbonden met verslaving en komen meer bij artsen voor dan bij welke andere beroepsgroep ook [8]. In het medisch curriculum is weinig aandacht voor geestelijke fit- en weerbaarheid. Dokters leren vooral voor hun patiënten te zorgen en niet zozeer voor zichzelf. Ze hebben weinig instrumentarium voor coping met stress of life-events; alcohol wordt dan vaak hun copingstrategie [9].

Hoe komt het eigenlijk?

Artsen vragen niet graag om hulp. De patiëntenrol roept bij artsen vaak enorme angst op. Angst geen controle te hebben over wat er gebeurt, er niet meer bij te horen, verlies van status en identiteit. Ze zijn bang niet meer te voldoen aan het beeld van een perfecte arts; zwakheid past niet binnen onze medische cultuur [10]. Er ontstaat ook (deels terechte) onzekerheid over de toekomst: wat als iemand er achter komt? Behoud ik mijn registratie? Kan ik me nog verzekeren?

Logisch en tegelijkertijd tragisch dat een verslaafde arts daarom vaak eenzaam door worstelt zonder adequate behandeling, die op zichzelf een prima prognose kent. Artsen die worstelen met een verslaving, komen meestal veel later en in een slechtere conditie bij een behandelaar dan de gemiddelde niet-medicus. Als ze althans de weg weten te vinden. Veel huisartsen hebben zelf geen huisarts. Of men ervaart te weinig zekerheid dat hun gegevens of aandoeningen niet binnen het veld terechtkomen [11]. De kennis die artsen in het algemeen hebben over hun eigen verslaving is vrij marginaal [12]. De meeste artsen onderschatten hun relatief goede prognose bij (tijdige) behandeling. Daarnaast is ontkenning van de stoornis een belangrijke factor in de *patient delay* en een kenmerk van de ziekte. Het zieke brein van de aangedane arts stelt het aanpakken van het probleem uit of bagatelliseert het en is ondanks al deze ontsnappingspogingen verschrikkelijk veel tijd bezig met het gebruik of juist het willen stoppen met gebruik [13].

Als de arts al aanklopt voor behandeling door een collega, is deze behandeling vaak suboptimaal. Ondanks alle goede bedoelingen, is de kans groot dat de behandelend arts afwijkt van het gebruikelijke [14]. De patiënt kruipt soms onbewust in de artsenrol en ontkent zijn ziekte, de behandelend arts wordt op zijn beurt geconfronteerd met het feit dat wij artsen net zo kwetsbaar zijn voor pathologie als onze patiënten en probeert het leed voor de collega die ziek is te verlichten [15]. Soms gebeurt dit door af te wijken van richtlijnen en protocollen zonder passende overwegingen. Soms ontstaat een informele en disfunctionele sfeer, die verzachtend lijkt, maar funest is voor een gelijkwaardige behandelrelatie en optimaal resultaat. De arts-patiënt voelt zich hierdoor soms tekortgedaan of doet zichzelf tekort door

de ingestelde behandeling niet helemaal op te volgen of te wijzigen. Zonder bewustwording van en ervaring met deze fenomenen, is de kans dat de behandeling faalt groot met frustratie aan beide kanten tot gevolg [16].

Daarnaast is er sprake van psychiatrische comorbiditeit. Van de verslaafden heeft 40–60 % stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen of ADHD [17]. Het vergt training en ervaring om professionele richtlijnen, anonimiteit, distantie en een gezonde dosis empathie en transparantie voor arts-patiënten te handhaven [18]. Het behandelen van een collega-arts is een uitdagende en dankbare taak als de artsen bereid zijn de hierbij opkomende emoties, frustraties en fenomenen onder ogen te zien.

Wat is er aan te doen? *Physician Health*

Gelukkig komt er steeds meer aandacht voor deze vergeten groep artsen. Deze aandacht is niet alleen terecht vanuit economisch oogpunt: duur opgeleide artsen behouden voor het vak en de gezondheidszorg. Het is ook meer dan terecht omdat naasten, familie, collega's en patiënten ook kunnen lijden onder de aandoening van de arts met een gevoel van machteloosheid en een gevaar voor de patiëntveiligheid als gevolg [19, 20]. Het is vooral terecht omdat zieke collega's minstens net zo'n goede behandeling verdienen als al onze patiënten.

Nog positiever is de zich ontwikkelende Europese expertise en aandacht voor begeleiding en behandeling van artsen die kampen met een verslaving [21, 22].

Na veertig jaar zorg voor artsen in Noord-Amerika nu in Europa: *Physician Health*

In Europa is de zorg voor artsen relatief laat op gang gekomen. De zogenoemde Physician Health Programs (PHP) in Canada en de Verenigde Staten zijn al decennia in bijna elke staat of provincie actief, zeer succesvol en algemeen bekend [23, 24]. In 1973 maakte de American Medical Association een speerpunt van de zorg voor artsen, waarbij ze het belang benadrukten om zieke artsen die disfunctioneerden door drugs of alcohol, speciale behandel- en ondersteuningsprogramma te laten volgen [25]. In diezelfde tijd kwam de luchtvaart met een speciaal programma voor piloten, een belangrijke voorloper van hulpprogramma's voor dokters.

Luchtvaart

Binnen de commerciële luchtvaart in Noord-Amerika bestond een soort beroeps-ethos dat vergelijkbaar is met dat van artsen: het draait om het bieden van optimale veiligheid aan passagiers. De beroepsorganisaties van de verkeersvliegers vormden een pact om zieke of disfunctionerende piloten op te sporen en te behandelen. Dat viel tegen: de zieke of verslaafde piloten doken figuurlijk onder de radar en

werden onzichtbaar. De ontwijkende en ontkennende kenmerken van een verslavingsziekte, gecombineerd met de solitaire positie van piloten, maakten het bijna onmogelijk verslaafde piloten op te sporen.

Alleen de meest terminale casus vielen door de mand in de cockpit. Hulp aan deze piloten kwam vaak te laat en ging gepaard met afvloeien van kostbare krachten. Een gedurfde interventie bracht een revolutie teweeg: er werd een veilige haven gecreëerd. Elke piloot die ervoor uitkwam met verslaving te worstelen, kreeg gratis een privébehandeling en kon met behoud van salaris versneld terug naar de cockpit. Dit werkte als stimulans om te zorgen dat piloten zich zelf meldden en als inspiratiebron voor de artsenprogramma's in Noord-Amerika [26].

Vrijheid, blijheid?

Een andere stimulerende werking gaat uit van Amerikaanse wetgeving rondom het verplicht rapporteren en melden van zieke artsen door collega's, naasten of werkgevers [27]. Hoe vrijblijvender de hulpprogramma's zijn, hoe minder effectief [28]. Niet alleen voor artsen is de drempel hoog om iets aan hun eigen verslaving te doen, ook de collega's die er naast staan ervaren deze drempel: *wat als ik het mis heb? Wie gaat de diensten opvullen? Iemand anders pakt dit vast wel aan.* Een derde van de artsen met een evident disfunctionerende collega doet niets vanwege dit *bystander* fenomeen [29].

Het Amerikaanse model van de programma's voor artsen en piloten laat de doelgroep slechts twee keuzes: veilig binnen de grenzen herstellen onder redelijke maar strenge voorwaarden, of het vak op tijd verlaten, voordat patiënten/passagiers of de beroepsgroep schade oploopt. Dit soort programma's claimt dat voor elke geïnvesteerde dollar, er negen dollar wordt bespaard als gevolg van schade door en uitval van de zieke piloot [30].

Programma speciaal voor artsen

In Nederland is het eerste PHP in 2011 opgestart onder de naam ABS-artsen. Dit initiatief van de KNMG is tot stand gekomen door pioniers in Nederland.

'ABS' staat voor 'abstinentie' en duidt tegelijkertijd het antiblokkeersysteem van een auto aan. Het steunpunt heeft als doel voor verslaafde artsen een veilige haven te vormen, vanwaaruit zij een optimale behandeling kunnen krijgen. Zo wordt voorkomen dat artsen uit de bocht vliegen. 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 [31], alleen zonder de bevoegdheid om disfunctionerende artsen die zich niet of onvoldoende laten helpen, te beperken in de uitoefening van hun beroep.

De Amerikaanse programma's zijn zeer effectief: 85 % van de verslaafde artsen is vijf jaar na de start van de behandeling nog abtinent en aan het werk [32].

Slechts 14 % heeft tussentijds een terugval gehad. Daarmee zijn PHP's veel effectiever dan behandelingsprogramma's voor niet-medici. De verslavingszorg in Nederland kent terugvalpercentages rond 50 % in het eerste jaar [33].

De aanpak die de PHP's in Noord-Amerika zo succesvol maakt, is in Nederland nog niet vanzelfsprekend. Net als in Noord-Amerika krijgen de Nederlandse artsen die willen blijven werken, naast een optimale behandeling en begeleiding, een monitoringscontract waarin staat dat ze vijf jaar lang onderzocht worden op middelengebruik. Daarnaast zijn ze allemaal lid van een zelfhulpgroep, hebben een huisarts, een bedrijfsarts, een verslavingsbehandelaar en een buddy op het werk en in de privésituatie.

Hoe werkt het monitorprogramma van ABS-artsen?

Na aanmelding komen arts-patiënten (de arts die zich aanmeldt komt in de patiëntenrol) vertrouwelijk in contact met een verslavingsarts of -psychiater. Deze voert een assessment en diagnostiek uit, stelt een adviesplan op en verwijst de arts-patiënten 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. Het traject is vertrouwelijk, er worden geen meldingen aan derden gedaan, tenzij de veiligheid van de arts of diens patiënten in gevaar is en de arts geen actie onderneemt dit gevaar af te wenden (bijvoorbeeld door zich ziek te melden en in behandeling te gaan).

Ook familieleden of collega's kunnen contact opnemen met ABS-artsen, vooral als ze een niet-pluisgevoel hebben, maar er niet achter komen wat er aan de hand is. Verslaving gaat dikwijls gepaard met verschillende niet-specifieke kenmerken die in het beginstadium vaak goed gemaskeerd kunnen worden door de betrokkene.

Tabel 1 Signalen die kunnen wijzen op verslaving [34, 35]

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

Het meest belangrijk is aan de bel te trekken als het basisfunctioneren of het gedrag veranderingen vertoont (zie tab. 1).

Omstanders/collega's worden geholpen om de betreffende arts aan te spreken en zelf contact te laten opnemen met ABS-artsen.

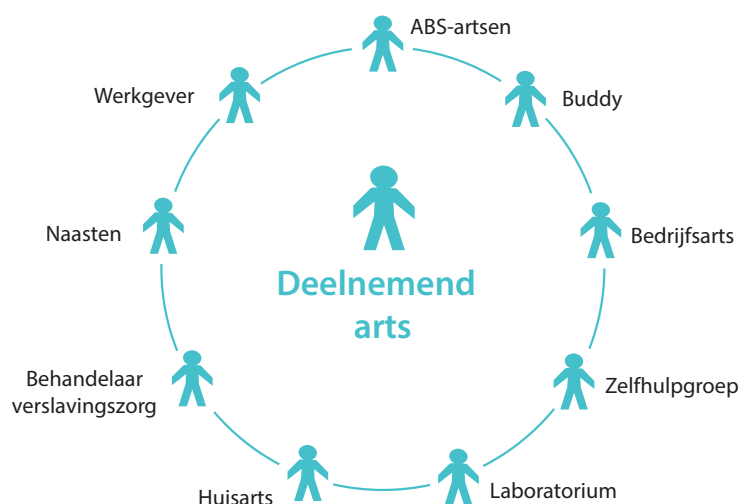
Voorbeeld

Bert werkt al vijftien jaar als huisarts in een ruime solopraktijk. Toen een paar jaar geleden zijn hernia opspoorde en hij ook nog dienst had, gebruikte hij wat morfine uit zijn spoedtas. Het hielp niet alleen goed tegen de pijn. Het was voor hem een fantastisch antistressmiddel. Nadat de pijnklachten naar de achtergrond verdwenen waren, bleef hij de morfine af en toe gebruiken. Eerst alleen bij stressvolle gebeurtenissen, zoals de ontmoetingen met zijn ex. Later ook na een week hard werken. Als een soort traktatie of beloning. Als ontspanningsmiddel. Of ontsnapping aan waar hij niet mee geconfronteerd wilde worden: eenzaamheid, piekergedachten, stress, inslaapproblemen en het lijstje werd steeds langer. En de tijd dat hij met gebruik bezig was ook. Als hij niet gebruikte, dacht hij er steeds aan wanneer en hoe hij aan zijn middelen kon komen. Als hij gebruikte, dacht hij steeds aan hoe en wanneer hij zou stoppen. Hij wist al snel dat het foute boel was, maar zijn brein fopte hem steeds door te zeggen dat hij het onder controle had of weer kon krijgen. Inmiddels had hij een heel andere betekenis gegeven aan palliatieve zorg. Een van Berts favoriete toewijdingen: overgebleven ampullen trok hij leeg en legde een voorraadjie aan. De lege ampullen gingen met een beetje water retour naar de apotheek. Twee gezichten kreeg hij, maar niemand had iets door: de praktijkmedewerkers en patiënten waren altijd tevreden. Net voor hij zich weer eens stellig had voorgenomen te stoppen liep hij tegen de lamp. Tijdens een dienst, net na een lastige reanimatie, gebruikte hij per ongeluk een verkeerde ampul voor zichzelf met de bedoeling even tot rust te komen. Hij werd in zijn auto door politieagenten buiten bewustzijn aangetroffen met de naald nog in zijn arm. Een moeizame weg via de inspectie (IGZ) en langdurige behandeling voor een depressie en zijn verslaving volgden en nu is hij al twee jaar in remissie. Bert bezoekt wekelijks de zelfhulpgroepen en neemt deel aan een vijf jaar durend monitoringsprogramma conform PHP-methodieken. Hij werkt weer als huisarts, in loondienst en parttime. Hij laat de palliatieve zorg en opiatenrecepten aan zijn collega's over.
(De feiten in deze casus zijn gefingeerd)

Ervaring met verslaafde artsen

Regelmatig houdt het problematisch middelengebruik verband met werkgerelateerde factoren. Artsen moeten vaak op een andere manier leren omgaan met deze

Figuur 1 Het ABS-artsen-model, gebaseerd op de richtlijnen van de Federation of States Physician Health Programs



risicofactoren, om de kans op terugval te minimaliseren. Voor artsen die enige tijd uit het vak zijn geweest, is het vaak moeilijk naar de werkvloer terug te keren. Met hun deelname aan het monitoringsprogramma bewijzen artsen aan zichzelf en aan hun collega's en werkgever, dat ze er alles aan doen om veilig te re-integreren.

Een terugval is een kenmerk van elke chronische aandoening, ook van verslaving. Collega's gaan er vaak van uit dat de verslaafde arts na het herstel zijn lesje wel geleerd zal hebben. Soms wordt zelfs gesteld, dat er bij een volgende ziekteperiode ontslag volgt: nog een keer en dan... Stel dat hetzelfde zou gebeuren bij een maligniteit met een recidief, je moet er niet aan denken.

Vaak raken verslaafde artsen afgesneden van of uit contact met hun omgeving. Het ABS-artsen monitoringsprogramma bestaat uit meerdere monitoringsonderdelen, die samen zorgen dat de deelnemende arts verbonden blijft met het werk en de omgeving. Een terugval kan iedereen meemaken en is geen reden om de monitoring te staken, zolang de arts maar zorgt dat de behandeling geïntensiveerd wordt en er geen gevaar voor de arts, omgeving of patiënten kan ontstaan. Veelal betekent dit dat de arts het werk tijdelijk neerlegt, tot er weer voldoende herstel is opgetreden (fig. 1).

Wie kan meedoen?

Het monitoringsprogramma van ABS-artsen [36] is er voor werkzame artsen die in behandeling zijn voor problematisch middelengebruik, maar ook voor artsen die momenteel niet werken en hun behandeling (bijna) hebben afgerond. Een nulmeting waaruit blijkt dat de arts voldoende hersteld is van zijn verslaving is het startpunt voor deelname.

Werkwijze: hulp uit alle hoeken

Na behandeling voor problematisch middelengebruik zijn steun en monitoring op de werkplek dus essentieel [37, 38]. Het team van ABS-artsen bestaat uit een casemanager en een medisch eindverantwoordelijke. De casemanager voert minimaal eens per maand ondersteunende gesprekken met de deelnemer, aan de hand van gestructureerde interviews. Daarnaast heeft elke deelnemer een of meerdere *buddy's*: een collega van de deelnemend arts. Hij of zij biedt steun op de werkplek, door de deelnemer te helpen in lastige situaties. Ook houdt de buddy in de gaten hoe het met de deelnemer gaat, om eventuele stress of terugvalsignalen tijdig op te vangen en bespreekbaar te maken. De buddy wordt betrokken bij contacten tussen de deelnemer en de casemanager van ABS-artsen. Omdat het vaak moeilijk is te beoordelen of de arts nog veilig kan werken en tegelijkertijd niet overbelast wordt, houdt de bedrijfsarts gedurende het monitoringsprogramma zicht op de inzetbaarheid en belastbaarheid van de deelnemer en koppelt dit terug naar ABS-artsen.

Bij problematisch middelengebruik bieden herkenning en erkenning van lotgenoten, zonder veroordeeld te worden door anderen, steun. Het is een veilige plek om de blijvende kwetsbaarheid, die bij verslaving hoort, onder ogen te zien. Daarom is deelname aan een *zelfhulpgroep* een noodzakelijk onderdeel van het monitoringsprogramma [39].

Een ander essentieel onderdeel is het objectief vaststellen van herstel. Omdat een stoornis in het gebruik van een middel gepaard gaat met ontkenning van de ziekte, wordt de deelnemer gedurende één tot vijf jaar random onderzocht op gebruik van alcohol en/of drugs. De frequentie van het *laboratoriumonderzoek* neemt door de jaren heen af of toe, afhankelijk van de mate van herstel en het risico op terugval. De onderzoeken worden zoveel mogelijk afgestemd op de situatie van de deelnemer, zodat de deelnemend arts minimaal wordt belemmerd in zijn werk of persoonlijk leven. De kosten worden gedragen door de werkgever, de deelnemer of soms de inkomstenverzekeraar van de deelnemer.

Elke deelnemer heeft een *huisarts* voor algemene gezondheidszaken, zodat de deelnemend arts zichzelf niet hoeft te behandelen. Schat de huisarts in dat de medische toestand van de deelnemer zijn herstel en abstinentie zou kunnen beïnvloeden, dan neemt hij voor overleg contact op met de casemanager van ABS-artsen. Ook houden huisarts en deelnemer in het eerste jaar van het monitoringsprogramma contact met de *verslavingsbehandelaar* en daarna zolang als nodig is.

Naasten, zoals partners, familieleden, kinderen of vrienden, hebben een belangrijke rol in het monitoren van de deelnemend arts in de privésituatie. Bij veranderingen nemen zij contact op met ABS-artsen, in het belang van de gezondheid en het medisch veilig en goed functioneren van de arts. Voor emotioneel betrokkenen kan het lastig zijn om weer vertrouwen te krijgen in de deelnemend arts en hun relatie met hem of haar te herstellen; naasten krijgen desgewenst ondersteuning van ABS-artsen, als aanvulling op de hulpverlening van de verslavingsbehandelaar.

Bij deelnemers wordt erop aangedrongen om hun *werkgever* of opdrachtgever te informeren over hun deelname aan het monitoringsprogramma. Dit is geen

gemakkelijke overweging, maar vaak wel nodig. Als artsen geen veilige werkomgeving ervaren, kan dit een risico vormen voor terugval. Ook bij verandering van werkomgeving dienen de deelnemers dat met ABS-artsen te bespreken, zodat tijdig nieuwe monitors ingezet kunnen worden.

Het probleem met middelengebruik van de deelnemer moet ten minste het stadium van ‘vroege, volledige remissie’ hebben bereikt. Dit betekent onder andere dat de deelnemer gedurende ten minste twee maanden aantoonbaar abstinente is. Comorbide stoornissen die de stabiliteit van de remissie kunnen beïnvloeden, moeten helder in kaart gebracht en behandeld worden of zijn. De deelnemer moet zijn diagnose erkennen en toegewijd zijn aan abstinentie van alcohol en andere psychoactieve middelen tijdens de gehele duur van het monitoringsprogramma. Ook als een van deze middelen tot dan toe geen probleem vormde. Het is namelijk bekend dat ‘kruisbestuiving’ vaak een bedreiging vormt voor een goed herstel na een behandeling voor problematisch middelengebruik. Een uitzondering hierop vormt het gebruik van rechtmatig en volgens de geneeskunst voorgeschreven en toegestane middelen door een (bekwaam en bevoegd) behandelend arts die op de hoogte is van de (verslavings)diagnose van de deelnemer.

De arts tekent een overeenkomst met daarin de gemaakte afspraken; alle betrokkenen worden op de hoogte gebracht. Vervolgens kan de arts starten met het monitoringsprogramma.

Hoe komt een huisarts in contact?

Artsen kunnen het steunpunt bereiken via www.knmg.nl/abs-artsen, via e-mail info@abs-artsen.nl of via het nummer 0900-0168 (telefonisch spreekuur op werkdagen tussen 13.00 en 14.00 uur)

Voor huisartsen met een probleem (ook voor andere zaken dan verslaving) is het ook mogelijk aansluiting te zoeken bij de Anonieme Dokters: www.anonieme-dokters.nl

Literatuur

1. Corrigan PW, Kuwabara SA, O’Shaughnessy J. The public stigma of mental illness and drug addiction. *J Soc Work*. 2009;9(2):139–47.
2. Boekel LC van, Brouwers EPM, Weeghel J van, Garretsen HFL. Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek. *Tijdschr Psychiatr*. 2015;57(7):489–97.
3. Boekel LC van, Brouwers EP, Weeghel J van, Garretsen HF. Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *Int J Soc Psychiatry*. 2015;61(6):539–49. <https://doi.org/10.1177/0020764014562051>.
4. Flaherty JH, Richman JA. Substance use and addiction among medical students, residents and physicians: recent advances in the treatment of addictive disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1993;16:189–97.
5. MacNicol B. The biology of addiction. *Can J Anaesth*. 2017;64(2):141–8. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0771-2>.

6. Brooke D, Edwards G, Andrews T. Doctors and substance misuse: types of doctors, types of problems. *Addiction*. 1993;88(5):655–63.
7. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D, Boone D, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015;24(1):30–8. <https://doi.org/10.1111/ajad.12173>.
8. Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Med J Aust*. 2004;181:348–9.
9. Mahmood JI, Støen Grotmol K, Tesli M, Vaglum P, Tyssen R. Contextual factors and mental distress as possible predictors of hazardous drinking in Norwegian medical doctors: a 15-year longitudinal, nationwide study. *Eur Addict Res*. 2017;23(1):19–27. <https://doi.org/10.1159/000452442>.
10. Wessely A, Gerada C. When doctors need treatment: an anthropological approach to why doctors make bad patients. *BMJ Careers*. 12 Nov 2013.
11. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust*. 2003;179(6):302–5.
12. Sørensen JK, Pedersen AF, Vedsted P, Bruun NH, Christensen B. Substance use disorders among Danish physicians: an explorative study of the professional socialization and management of colleagues with substance use disorders. *J Addict Med*. 2016;10(4):248–54. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000228>.
13. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health*. 2011;20(2):146–56. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.541300>.
14. Myers MF, Gabbard GO. *The physician as patient*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.
15. Lens P. *Zieke dokters*. Utrecht: Van der Wees; 1999.
16. Jong CAJ de, Dam I, Haan HA de. De verslaafde dokter. Goede hulp voor arts is niet eenvoudig, maar wel mogelijk. *Med Contact*. 2009;64:284–6.
17. Blaauw E, Roozen H. *Handboek forensische verslavingszorg*. 1e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012. pag. 26.
18. Rode H. Verslaafde collega's Een blinde vlek binnen de beroepsgr oep? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2013;157:A5718.
19. DuPont RL, McLellan AT, Carr G, Gendel M, Skipper GE. How are addicted physicians treated? A national survey of Physician Health Programs. *J Subst Abuse Treat*. 2009;37(1):1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.03.010>.
20. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol*. 2008;43(2):198–203.
21. Braquehais MD, Tresidder A, DuPont RL. Service provision to physicians with mental health and addiction problems. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(4):324–9. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000166>.
22. Merlo LJ, Teitelbaum SA, Thompson K. Substance use disorders in physicians: Epidemiology, clinical manifestations, identification, and engagement. 2016. https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorders-in-physicians-epidemiology-clinical-manifestations-identification-and-engagement?source=search_result&search=merlo%20substance%20use%20disorders%20physician&selectedTitle=3~150.
23. DuPont RL, Seppala MD, White WL. The three missing elements in the treatment of substance use disorders: lessons from the physician health programs. *J Addict Dis*. 2016;35(1):3–7. <https://doi.org/10.1080/10550887.2015.1102797>.
24. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS. Setting the standard for recovery: physicians' health programs. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(2):159–71. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.004>.
25. American Medical Association. The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence. *J Am Med Assoc*. 1973;223:684–7.
26. Cuddihy K. HIMS: helping pilots for 40 years. *Air Line Pilot*. 2014;26–7.
27. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS. Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(2):159–71. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.004>.
28. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(7):625–31. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)60751-9](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60751-9).

29. DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, Birnbaum RJ, Iezzoni L, Vogeli C, Campbell EG. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA*. 2010;304(2):187–93. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.921>.
30. <http://www.himsprogram.com/Content/Development>
31. Dupont RL, Skipper GE. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44(1):72–8. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.660106>.
32. 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.
33. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL. Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*. 2008;337:a2038.
34. 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.
35. Wal RAB van der, Rens MGJ van, Bokdam SB, Jong CAJ de, Scheffer GJ. Aan de verkeerde kant van de naald. *Ned Tijdschr Anesthesiol*. 2011;23:4–7.
36. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/abs-artsen/over-abs-artsen.htm>
37. Kunyk D, Inness M, Reisdorfer E, Morris H, Chambers T. Help seeking by health professionals for addiction: a mixed studies review. *Int J Nurs Stud*. 2016;60:200–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.001>.
38. Dupont RL, Skipper GE. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44(1):72–8. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.660106>.
39. Sanchez LT, Candilis PJ, Arnstein F, Eaton J, Barnes Blood D, Chinman GA, Bresnahan LR. Effectiveness of a unique support group for physicians in a physician health program. *J Psychiatr Pract*. 2016;22(1):56–63. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000121>.

Drs. H. P. Rode psychiater, ABS-artsen KNMG, Utrecht.

Begeleiding bij dreigende overspannenheid, voorkomen van burn-out

Simone van den Hil

Samenvatting

In deze bijdrage wordt beschreven hoe iemand op een goede manier gezond in het werk kan blijven staan. Dit kan overspannenheid (surmenage) en burn-out voorkomen.

Het vak huisarts is een van de beroepen waar burn-out veel voorkomt. In deze bijdrage beschrijven we nieuwe inzichten over het fenomeen stress en burn-out. Er is veel onderzoek gedaan naar de fysieke aspecten, waardoor de preventieve aanpak en behandeling van burn-out een andere insteek hebben gekregen. Er worden concrete handvatten voor uzelf aangereikt en deze zienswijze kan ook worden meegenomen in de begeleiding van patiënten met burn-outklachten.

Pieter – praktijk houdend huisarts; heeft samen met zijn partner een fulltime-baan

‘Hoe is het zo aan het licht gekomen dat het niet meer ging? Tijdens de leersupervisie in mijn opleiding tot supervisor, vertelde ik hoe ik me voelde. Als je nu een patiënt tegenover je zou hebben wat zou je dan zeggen?’, vroeg een collega. Ja, dan zou ik zeggen: neem rust, stop. Maar ik vond dat dat niet kon. Dan zou mijn collega harder moeten werken. Het gaat nog wel, hoorde ik mezelf zeggen. Toen zij mij confronteerde, dacht ik ook: dit kan ook niet, dit slaat nergens op. Waarom zou ik dit nog wel moeten doen, terwijl ik tegen ieder ander zeg: “nee”? Omdat het nog wel ging ben ik 50 % gaan werken. Steeds dacht ik: het gaat nog wel. Niets was minder waar. Want alle patiënten die graag bij mij komen (de ingewikkeldere consulten) kwamen toch en de patiënten met de simpele klachten bleven weg. Ik dacht

Met medewerking van Carolien Hamming, directeur CSR.

Drs. S. van den Hil (✉)
Amsterdam, Nederland
e-mail: info@simonevandenhil.nl

ook: ik kan ze niet in de steek laten. De dagen waren uiteindelijk voller dan normaal. Dus dat werkte niet. Ik knapte niet op en ik rustte niet uit. Ik sleepte me evengoed die dagen door. Ik herstelde niet. Toen pas heb ik me volledig ziek gemeld. En daarna merkte ik hoe moe ik was.’

Janneke – waarnemend huisarts die een praktijk zou gaan overnemen

‘Ik denk dat ik je hulp nodig heb. Ik ben nu al 1,5 jaar bezig met een praktijkovername. En dit is, niet overdreven denk ik, de meest moeizame die er bestaat. Het is een lang verhaal, maar elke keer als ik denk dat ik er bijna ben, dan komt hij weer met iets onverwachts op de proppen. Er wordt heel erg met me gesold. Nu ben ik van mezelf confrontatie vermijgend en ik moet nu toch echt de confrontatie aangaan. Ik zou hier graag in gecoacht willen worden. Ook omdat ik merk dat het zo veel met me doet en ik even niet meer weet hoe het aan te pakken. En omdat dit confrontatie vermijdende bij mijn karakter hoort, zou ik hier graag handvatten voor willen krijgen en mijn hart willen luchten, ook voor de toekomst.’

Nienke – aios in het tweede jaar van de opleiding tot huisarts

‘Ik ben een tweedejaars aios-huisartsgeneeskunde. Momenteel doe ik mijn CZ-stage en hierna ga ik aan de SEH-stage beginnen. Ik heb negen maanden geleden een tweede dochter gekregen, die nog niet doorslaapt en niet heel gemakkelijk went op de crèche, mijn andere dochter vindt het lastig op school. Daarnaast heeft mijn vriend een heel drukke baan. Hij is moe als hij thuiskomt, een lieve vader dat wel. Al met al ligt er best veel op mijn bord. Ik ga nog wel met plezier naar mijn werk, maar merk dat ik niet veel reserves heb. Ik zou graag wat begeleiding krijgen om niet overbelast te raken.’

Inleiding

*Als je elke dag ervaart als een spoedgeval,
zul je vroeg of laat
de prijs betalen*

Robert Sapolsky

Stress is onvermijdelijk in ons leven. Sterker nog, géén stress is onwenselijk. Als er in je lichaam helemaal geen stress is, ben je overleden. Dat schrijft de Hongaars-Canadese endocrinoloog Hans Selye [1] in zijn personal message. In

1936 introduceerde hij het wetenschappelijk concept van stress. Min of meer bij toeval had hij ontdekt dat fysiologische reacties op stress bij zoogdieren volgens een vast patroon verlopen: een kortdurende alarmfase, een weerstandsfase en een uitputtingsfase.

Stress, om precies te zijn: de *stressreactie*, is heel nuttig en maakt deel uit van het dagelijks leven. Het zorgt ervoor dat het lichaam zich steeds aanpast aan de eisen van de interne en externe omgeving [2]. Daardoor kunnen we mentaal actief zijn en lichamelijke prestaties leveren. Het beschermt ons ook tegen bedreigingen. Regelmatige blootstelling aan korte, hanteerbare doses stress maakt iemand weerbaarder en houdt brein en lichaam in een goede conditie [3]. Maar dagelijks veel stress of herhaalde stressvolle gebeurtenissen is schadelijk voor de gezondheid [4]. Want elke keer dat de stressreactie wordt geactiveerd, past het lichaam zich fysiologisch aan. Al deze aanpassingen tellen op en leiden tot slijtage van het lichaam [5].

Sinds in de jaren zeventig van de vorige eeuw de term *burn-out* zijn intrede deed [6], is er in de wetenschappelijke (en populaire) literatuur vooral veel aandacht voor de psychosociale kant van stress. Als mensen slimmer met stressoren zouden omgaan (een betere *coping* zouden hebben) kan dat veel ellende voorkomen, zo is het idee. Er zijn vele boeken geschreven over beter leren omgaan met stress.

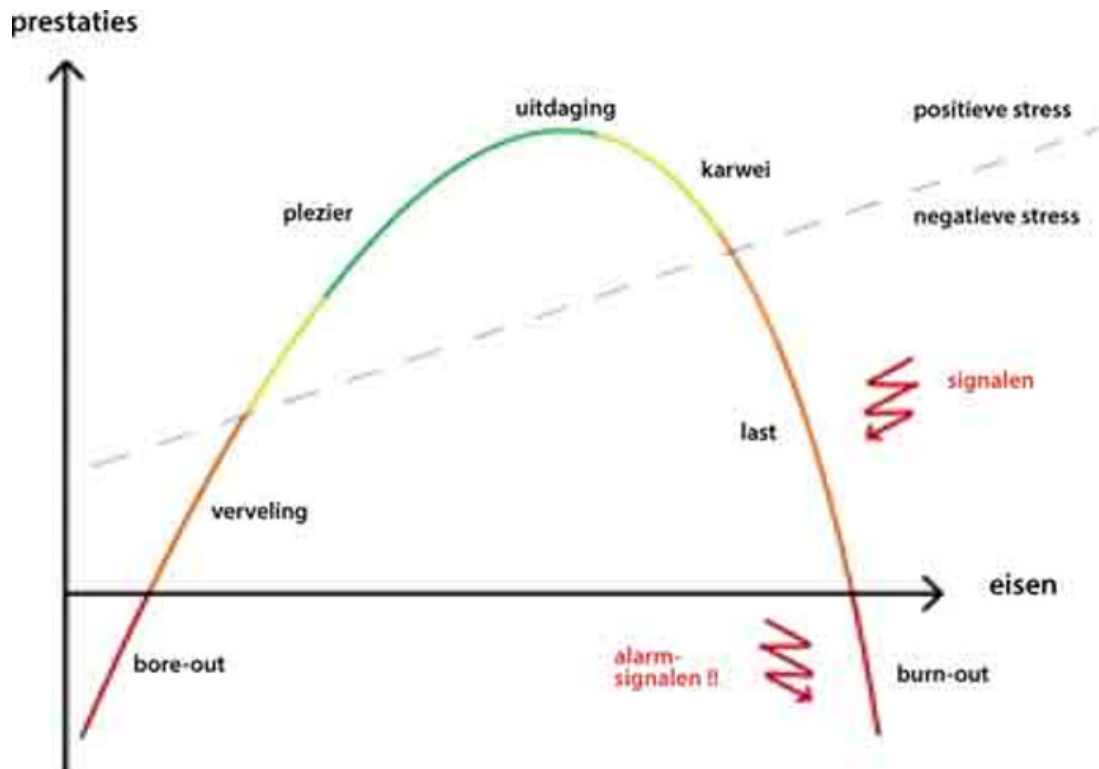
Een factor die onderbelicht bleef is de fysiologische kant van stress: de biochemische processen die het mogelijk maken dat we lichamelijk en mentaal actief zijn. Deze zijn noodzakelijk om te kunnen doen wat nodig is, maar vormen tegelijkertijd een ‘kostenpost’ die vereffend moet worden. Dat gebeurt door voldoende te herstellen, waardoor de lichaamssystemen terugkeren naar hun uitgangspositie (homeostase) [7].

Uit onderzoek blijkt keer op keer dat volledig herstel van stress tijdens de slaap, de nadelige langetermijngezondheidseffecten van stress minimaliseert. Dit bleek recent ook uit het promotieonderzoek van Michelle van Laethem [8]. Zij vond dat een stressvolle werkdag niet tot nadelige gezondheidseffecten leidt als je daarna maar een goede nachtrust geniet. Maar voor wie gaat piekeren en daardoor niet goed slaapt, is het wél ongezond. En dan kom je bovendien gemakkelijk in een vicieuze cirkel terecht, want een slechte nachtrust veroorzaakt de volgende dag weer meer stress.

Er is dus niks mis met stress of hard werken, als je na de inspanning maar voldoende herstelt. Het is net zoals in de topsport: herstel ná de training is van groot belang voor de topprestaties (fig. 1).

Veeleisend werk vereist extra cognitieve, emotionele en fysieke inspanning en dat gaat samen met extra stress: fysiologische aanpassingen die het lichaam extra belasten. Van groot belang is dan ook dat er voldoende hersteltijd is, tijdens en vooral na het werk [5]. Lukt dat niet, dan raakt iemand overbelast. Dat heeft op den duur effect op het hele lichaam. Ook de hersenen hebben het zwaar te verduren: de overmaat aan stresshormonen tast het cognitief functioneren aan en de emoties krijgen vrij spel [9].

Dat gaat door, totdat je niet meer verder kunt [10]. Dan ben je burn-out.



Figuur 1 Stresscurve van Theo Compernelle

Janneke

‘Ik heb het zelf niet in de gaten gehad, steeds dacht ik weer: het komt goed. Ik dacht straks worden de afspraken met de praktijkhouder zwart op wit gezet. Ik begon wel slechter te slapen en ik was moe. Vooral ’s avonds, de dag kwam ik nog wel door. Ik dacht die moeheid, dat komt door mijn prille moederschap. Het werken met patiënten was mijn drijfveer om door te gaan: zo’n leuke praktijk, die laat ik toch niet schieten, even doorzetten. Totdat...’

Nienke

‘Ik wil vooral helder hebben wat ik nu precies wil. Ga ik door met de opleiding? Maak ik het af? Dat wil ik wel, alleen ik kan het nu niet opbrengen. Net voor mijn tweede jaar SEH-stage. Ik heb me inderdaad ziek gemeld. Ik ben zo moe, nu voel ik eigenlijk pas hoe moe ik ben.’

Dus hoe blijft een huisarts goed voor zichzelf zorgen? Hoe blijft het ‘leuk’? Hoe wordt gedeald met de toenemende werkdruk? Want de werkdruk stijgt met de jaren [11].

Ook groeit het aantal artsen dat overspannen of zelfs burn-out aan het raken is. Dat geldt ook voor huisartsen als coassistenten en als aios huisartsenopleiding. Er zijn diverse onderzoeken waaruit dat naar voren komt [12].

Des te belangrijker om jezelf in de spiegel te blijven aankijken en je af te vragen: hoe gaat het eigenlijk met mij?!

Onderzoek MOVIR

Collega's hebben de signalen van een naderende burn-out dikwijls eerder in de gaten. De desbetreffende arts is vaak de laatste die het opmerkt [11].

Pieter

‘Mijn partner en de mensen om mij heen hadden al lang door, dat het niet echt goed met mij ging. Ik bleef ontkennen. Pas toen mijn intervisiegenoten het zeiden, begon het te dagen. En nog had ik tijd nodig om het zelf te zien. Ik dacht “het valt wel mee”. Ik schaamde me ook. Ik had van mezelf verwacht, dat ik het op tijd zou herkennen bij mezelf. Ik zie het namelijk altijd goed bij patiënten. Alleen toen ik mezelf eerlijk in de spiegel aankeek, dacht ik...’

Uit recent onderzoek van MOVIR [13] (2015) blijkt dat vier op de tien huisartsen een verhoogd stressniveau hebben. Hoewel vrijwel alle huisartsen voldoening halen uit het werk en het leuk vinden met patiënten om te gaan, heeft bijna de helft last van piekeren of onrust. Door de werkdruk hebben veel artsen het gevoel zowel thuis als op het werk tekort te schieten. Vooral de regelgeving, de administratieve lasten en de eisen van de zorgverzekeraars zijn de boosdoeners. Anderzijds voelt het merendeel van de artsen zich gewaardeerd door collega's. Sociale steun van de collega's is van groot belang om gezond te blijven [14].

Veelzeggend is dat de vraag naar coaching bij MOVIR is in de periode 2012–2016 met 170 % is toegenomen. In het natraject wordt contact gezocht met elke verzekerde die een coachingstraject heeft doorlopen. Er worden verschillende vragen gesteld over de dienstverlening en ook wordt gevraagd of de coaching een arbeidsongeschiktheidsmelding heeft voorkomen. 50 % (2016) zegt hiermee een arbeidsongeschiktheidsmelding te hebben voorkomen (fig. 2).

Figuur 2 Verdeling probleemgebieden werkgerelateerd



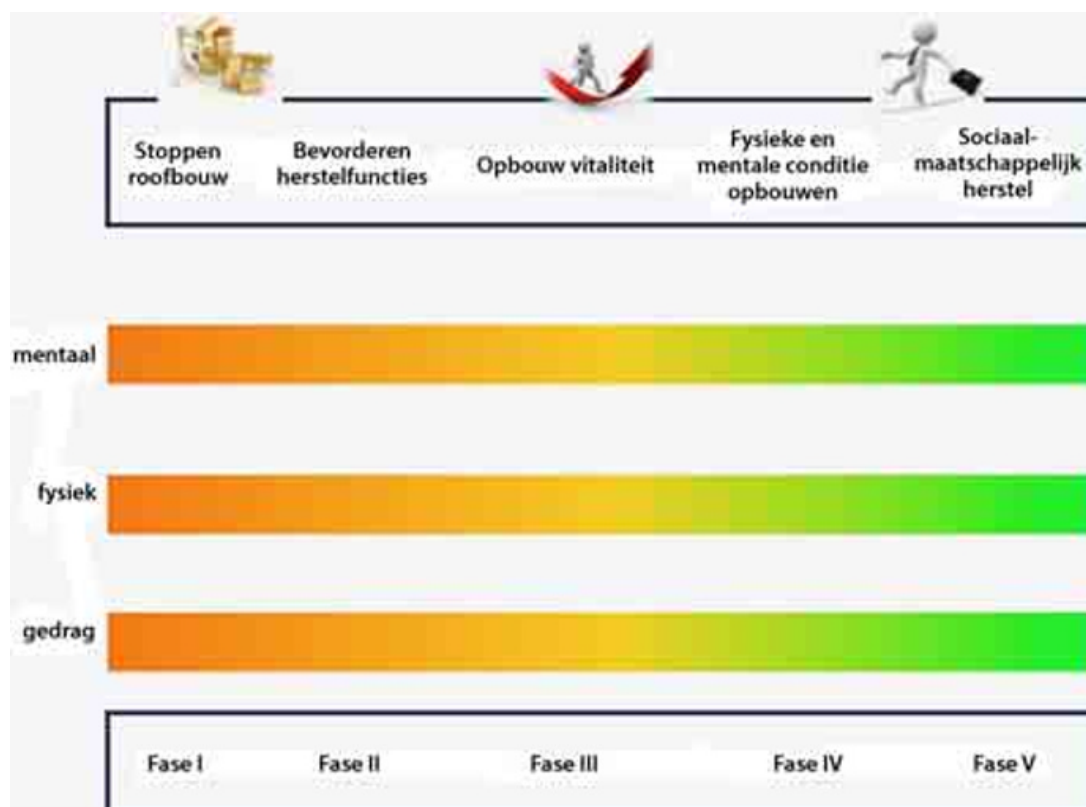
Behandeling, wat werkt?

In 2015 heeft het Coronel Instituut op verzoek van het UWV een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de kennis over overspanning en burn-out [13]. De conclusies zijn verrassend. Van geen enkele interventie blijkt namelijk met grote zekerheid te zijn aangetoond, dat deze de klachten kan verminderen of de terugkeer naar werk kan bevorderen. De meeste bevindingen blijken ook gebaseerd te zijn op telkens slechts één studie. Er is dus nog veel onderzoek nodig naar de effecten van interventies.

Een methode die nog weinig bekendheid heeft in de wereld van de huisartsen is de medisch-psychologische CSR[®]-methode (Chronische Stress Reversal) [15], waarmee goede behandelresultaten worden behaald (fig. 3). Deze methode kent een integrale aanpak op mentaal, gedragsmatig en lichamelijk niveau. In geval van burn-out staat in de eerste behandelingsfase het herstel van de lichamelijke ontregelingen centraal, door de (over)belasting te reguleren en de herstelfysiologie te bevorderen. Is het herstel goed op gang gekomen, dan verlegt het accent zich van de begeleiding naar zelfmanagementvaardigheden, zoals inzicht verwerven in hoe de persoon omgaat met spanning in werk en privéleven en het aanleren van vaardigheden, zoals timemanagement, prioriteren, grenzen stellen, conflicthantering. En natuurlijk met als doel op een duurzame manier te re-integreren.

Pieter

‘Mijn vader overleed. Daardoor was onze vakantie niet doorgestaan. Dat was voor mij niet fijn, want van een vakantie rust ik meestal goed uit. ’t Was een zware periode, de impact na het overlijden was groter dan ik dacht. Ik had niet ingecalculeerd dat het emotioneel nog zo veel zou doen. Met mijn familie praten over het verleden en over vader haalde veel overhoop, ik zat ook in de opleiding; uit balans gebracht? Kwetsbaarder voelde ik me. Ik had minder houvast. Het accumuleerde eigenlijk. Fysiek was het ook zwaar, omdat we gewaakt hebben. Ik had van september tot mei ook al werk overgenomen van mijn partner, omdat die niet zo fit was en voelde de verantwoordelijkheid van de praktijk. Toen toch begonnen met werken in plaats van vakantie. De gebeurtenissen stapelden zich op, dat accumuleren



Figuur 3 Het herstelproces volgende de CSR®-methode. Fase I betekent rooibouw op zowel geest, lichaam als gedrag. Naarmate de persoon fysiek herstelt en de vitaliteit opbouwt, richting fase V, zie je dat er meer ruimte komt voor de opbouw van de mentale conditie. Men voelt zich weer vitaler en kan aan de slag met het waarom van de burn-out en starten met leren over zelfmanagement, zodat men leert hoe bij inspanning en stress, steeds aandacht te houden voor herstel.

gaat zo sluipend. Daarna ging ik wel een weekje op vakantie, dat helpt wel dacht ik. Veel geslapen en uitgerust, niet veel gedaan. Na een dag werken was het effect van de vakantie over. De druppel was voor mij de ziekmelding van de POH in december. Er waren veel problemen met de POH. Ik voelde me verantwoordelijk voor het niet-lopen van de POH, ik had haar aangenomen. Ik sliep erg onrustig, terwijl ik normaal best goed slaap. En ik piekerde veel. Door de ziekmelding van de POH werden alle patiënten in onze agenda geplaatst, waardoor het ook nog eens extra druk werd. Ik sleepte me voort en ik zag geen oplossing. Achterstanden wegwerken lukt niet. Ik dacht, dat ga ik thuis doen. Nou dat lukte ook niet. Fysiek was ik ook uitgeput. Ik heb me uiteindelijk ziek gemeld en ben begeleid door een coach. Dat heeft me echt goed geholpen. Het opnieuw starten in de praktijk viel me eerst niet mee. Nu, na 1,5 jaar, kan ik zeggen dat ik er echt weer ben, mijn gedrag is veranderd, ik ken mijn signalen en neem ze serieus.'

Janneke

‘Het eerste gesprek was ik nog gericht op blijven werken, en nagaan hoe ik mijn gedrag kon aanpassen, meer mijn eigen grenzen en belangen over het voetlicht brengen. Alleen de week erna voelde ik me zo moe, zo paniekerig, het ging niet. Het slechte slapen en vele piekeren braken me op. Ik heb me ziek gemeld, en vond dat moeilijk, want wat zou de consequentie zijn voor de praktijkovername? De patiënten wilde ik niet missen, maar de laatste spreekuren was ik ook niet meer scherp genoeg. De grens was bereikt. Een paar weken begeleiding hebben me geholpen bij het nemen van een beslissing: ik wilde de praktijk niet meer overnemen, ik besloot iets anders te gaan doen. Eerst waarnemen en diensten doen, en dan uiteindelijk toch mijn eigen praktijk? Want dat is toch echt mijn grootste wens. Na rust, ontspanning, wat me eerst niet makkelijk afging en begeleiding door een CSR[®]-coach, ben ik een paar diensten gaan doen en heb wat dagwaarnemingen ingepland. De eerste dienst ging goed, dat gaf me weer zelfvertrouwen, want dat was ik even helemaal kwijt. En het heeft best nog even geduurd om de hele situatie een plek te geven. Het voelde als rouw, want wat had ik die praktijk graag overgenomen.’

Nienke

‘Ik realiseer me hoe moe ik ben, doe alles nu in een eerste versnelling, ik heb echt roofofbouw gepleegd. Eerlijk gezegd loop ik al jaren op mijn tenen. Heb regelmatig veel hoofdpijn, ga al een tijd vroeg naar bed en word niet fit wakker.’

Dus wat dan te doen? Voorkomen is beter dan genezen...

Belangrijker dan behandelen is het voorkomen van een burn-out. Voorkom dat er roofofbouw wordt gepleegd op lichaam en geest. Op tijd aan de bel trekken en lichaam en geest rust geven zijn dus noodzakelijk. Wat kunt u zelf doen? Meestal is het al zover, voordat de persoon zelf er erg in heeft, of het toegeeft.

Let op specifieke signalen! Er zijn meer dan 100 signalen van een naderende burn-out. Geen van alle zijn ze alarmerend, zolang ze maar voorbijgaan (zie kader Specifieke signalen). Neem die stresssignalen serieus, zegt Compennolle [3] en probeer te achterhalen waarvoor ze willen waarschuwen.

Is het al druk op het werk, merkt u dat u moeilijker inslaapt of doorslaapt, dat u piekert, dat u niet zo lekker in uw vel zit, dat het moeilijker is u te concentreren, dat u vaker en eerder moe bent, dat u sport of het etentje met vrienden laat schieten,

dat de betrokkenheid bij het werk afneemt, dat u merkt dat u 's morgens niet echt bent uitgerust: tijd om stil te staan!

Dat is echter lastig, want we ontkennen vaak dat er iets aan de hand is. Dus wat te doen?

Specifieke signalen in de situatie van de huisarts

- opzien tegen en afkappen van lange consulten
- minder meelevend zijn met patiënten
- uitlopen van spreekuren
- veel meer beloven, waardoor het werk groeit
- werk uitstellen
- assistenten krijgen reacties van patiënten over de huisarts die zij niet gewend zijn

Rol collega's

Collega's spelen een belangrijke rol bij het signaleren van overspannenheid. Dit geldt voor alle collega's in de praktijk, een assistent ziet uitlopende spreekuren en ervaart irritatie, dus vraag om feedback en maak goede afspraken over hoe dat verder kan worden opgelost. Naast de ondersteuning die collega's kunnen bieden (heel belangrijk) is het wellicht ook belangrijk elkaar in de gaten te houden als het gaat om spanningsklachten.

De meest voorkomende signalen die huisartsen bij hun collega's zien zijn: snel geïrriteerd zijn, toenemende vermoeidheid en verminderde betrokkenheid bij het werk. Andere signalen zijn: het afschuiven van werk, geuit cynisme over het vak en patiënten, het uitlopen van spreekuren, (over)controlegedrag en conflicten met personeel.

Pieter

‘Wat ik nodig had om te herstellen was begrip van collega's. Ik schaamde me al genoeg. Het is namelijk niet lekker de tijd aan jezelf te hebben, zoals sommigen wel zeiden.’

Wat kun je nog meer doen? Reinheid rust en regelmaat...

Hoe meer je je haast, des te langzamer ga je.

Seng-ts'an, Chinees zenboeddhist en dichter rond het jaar 600.

Zeg stop

Mensen die regelmatig stilstaan bij zichzelf en STOP zeggen, tot hier en niet verder, krijgen meestal geen burn-out. Zij gaan onderzoeken wat er aan de hand is en waarom ze de grenzen stellen. Ze zijn zich bewust van wat ze wel en niet kunnen en vragen zich ook af: is dit zoals ik het wil of kan het ook anders. Hoe blijf ik gezond? Ze nemen de regie over hun leven en werk.

Ken uzelf

Ken uzelf, *ken de signalen* en denk na over ‘hoe houd ik het leuk, nu en ook over vijf jaar’. Een op de tien huisartsen stopt met het vak binnen tien jaar nadat de opleiding afgerond is. Huisartsen die opleider zijn, zijn over het algemeen meer tevreden met hun werk [11]. Zorg naast inspanning voor ontspanning. Kijk naar de zaken in het werk die energie geven en de zaken die energie kosten, is de verhouding optimaal? En doe eens niets. Kunt u dat nog? Persoonlijk leiderschap, regie houden over eigen werk en leven, timemanagement zijn van groot belang [16].

Vraag feedback

Vraag feedback aan collega's in de praktijk. Feedback wordt gemakkelijker gegeven als er een concrete vraag wordt gesteld. Zoek steun bij collega's. U kunt elkaar in de gaten houden. En luister dan ook naar de zorgen die ze uiten, wuif deze niet weg.

Deel zorgen

Deel zorgen met anderen, denk aan de intervisiegroep [17]. Zij kennen u meestal goed en kunnen u, omdat er wat langer tijd tussen de bijeenkomsten zit, goed observeren. Mocht u geen intervisiegroep hebben dan is het tijd om daar eens over na te denken. Gedeelde smart is halve smart.

Regelmatig offline

Zorg ervoor regelmatig *offline* te zijn. Zet computer en telefoon vaker uit, u hoeft niet altijd de hele dag online en bereikbaar te zijn. Multitasken bestaat niet. De ‘multitasker’ bestaat dus niet, u kunt hoogstens wat beter zijn in het schakelen tussen bellen en op de weg letten. Dat heet *task-switching*. Toch gaat daarmee altijd tijd verloren. Onze hersenen kunnen namelijk niet direct verder wanneer van het een naar het ander wordt teruggegaan.

Uit wetenschappelijk onderzoek naar het brein blijkt dat mensen niet geschikt zijn om te multitasken, en dat heeft met oud of jong weinig te maken. Het brein lijkt als een seriële processor te werken, zo laat recent functioneel MRI-onderzoek zien. Daardoor kunnen we zelfs taken die weinig met elkaar te maken hebben slecht tegelijk uitvoeren. We kunnen wel snel van taak wisselen: *task-switching* dus, meer dan multitasking. Ook is het mogelijk bepaalde eenvoudige taken zo te automatiseren dat zij zonder aandacht kunnen worden uitgevoerd. Dit gaat echter ten koste van flexibiliteit: de uitvoering van de taak kan niet worden veranderd als dat nodig is. Verder laat onderzoek zien dat leren wordt gehinderd wanneer mensen door andere taken worden afgeleid [18].

Vraag hulp

Wie tegen zichzelf aanloopt kan ook een *coach* [19] zoeken die kan begeleiden om met de stress te leren omgaan. Tijdens een gezamenlijke zoektocht wordt bekeken wat de belemmerende factoren zijn die de stress veroorzaken en welke invloed [16] iemand kan hebben om die factoren om te buigen, of zelfs te mijden. Er wordt op zoek gegaan naar de juiste balans tussen inspanning en ontspanning.

Coaching van belang

Soms lukt het niet om het zelf op te lossen, er zelf een weg in te vinden, terwijl je dat wel het liefst wilt. Een professionele begeleider, zoals een coach of supervisor, kan dan een prima interventie zijn. De eerste gesprekken staan meestal in het teken van veel luisteren en spiegelen. Onderzoeken wat de vraag is en welke doelen men wil bereiken. Daarnaast is er ook aandacht voor de fysieke kant van de uitputting, voor de leefstijl. Als de vitaliteit toeneemt, kan gedragsverandering aangepakt worden. Want het veranderen van gedrag en attitude is dikwijls belangrijk om te leren anders met stress om te gaan.

Stel grenzen

Huisartsen vinden het regelmatig, net als andere hulpverleners, moeilijk om hun grenzen te stellen. In de casus die aan de orde komen in deze bijdrage blijkt dat ook.

Toch is het wel van belang om goed voor jezelf te zorgen. Het initiatief ‘Dappere dokters’ is een voorbeeld van huisartsen die het ‘klagen’ omzetten in actie, met resultaat!

Ook in het klein, in de eigen praktijk, is het belangrijk grenzen te stellen: naar patiënten, naar personeel en naar samenwerkingspartners. Volgens de Harvard-methode omgaan met interesses [20] kan hierbij ondersteunend werken.

Verander de praktijkvoering

Maurice Bom en Marc van der Pas, huisartsen in de Ganzenhoef Bijlmer in Amsterdam hebben in hun praktijk zelf een andere aanpak ontwikkeld [21] om de werkdruk te hanteren.

Enkele aspecten waarop de huisartsen zelf invloed hebben, hebben zij toegepast in hun praktijk en ze zijn heel tevreden. Tijdens een inloopsprekkuur kan iedereen dezelfde dag terecht als dat gewenst is. Hiermee wordt een hoop ‘gedoe’ voor de assistenten weggenomen. Patiënten vinden het prettig dat ze terechtkunnen. En ze krijgen gratis koffie en wifi in de wachtkamer; het effect daarvan zien we in spreekkamer terug.

‘Een standaardconsult is bij ons vijftien minuten. In een “normale” praktijk is tien minuten regelmatig al niet te doen, maar hier in de Bijlmer is dat al helemaal niet haalbaar.

Doordat we veel zelf doen in de praktijk, zoals spiralen zetten of ECG’s, en omdat we de hele dag open zijn, kunnen wij een groot deel van de gemiste inkomsten door de lagere patiëntenaantallen compenseren’, legt Marc uit. Daarnaast maken ze optimaal gebruik van e-consulten en online afspraken plannen.

De huisartsenpraktijk zet zich ook in voor goede relaties met organisaties in de buurt. Zo is er elke zes weken een gezamenlijk lunch met thuiszorg.

‘Ons werkplezier is zoveel groter sinds we op deze manier praktijkvoeren. En wat daar ook bij helpt is, dat we allerlei dingen uitbesteden, zoals financiën en de salarisadministratie’, aldus Maurice Bom. ‘Doordat we zo’n kleine praktijk zijn, kunnen we bovendien veel flexibeler reageren op veranderingen of dingen die we anders willen.’

Voorkom werkstress onder het personeel

Huisartsen hebben een steeds grotere taak als het gaat om personeelsbeleid. Dus naast het goed zorgen voor zichzelf is het belangrijk het personeel goed te begeleiden. Wie dit een lastige opgave vindt, vraagt begeleiding of advisering bij het managen en organiseren van de praktijk.

Zorg dat de taakeisen uitdagend en niet te hoog zijn. Regel voldoende autonomie, sociale steun en werkvariatie voor de werknemers. Zorg voor een goede balans in werk-rustschema’s. Doe dat niet alleen voor uzelf maar ook voor de medewerkers in de praktijk. U bent zelf als leidinggevende (huisarts) het voorbeeld.

Creëer voor de werknemers praktische hulpmiddelen ter preventie van stress en ten behoeve van tijdig herstel, zoals werk(tijd)flexibiliteit. Zorg voor scholing, niet alleen vakinhoudelijk, maar ook scholing over burn-outpreventie, mindfulness, timemanagement en dergelijke.

En tot slot, faciliteer psychologische of andere professionele ondersteuning bij werkgerelateerde stress- en/of slaapproblemen.

Pieter

‘Er kwam niets uit mijn handen en daar had ik graag meer over willen horen, dat fysieke deel.’

Benut apps

- Mindfulness app, met vele ontspanningsoefeningen
- Sleep Cycle
- Mindfulness VGZ

Pieter

‘Toen ik overspannen was, werkte 50 % werken niet. Ik kon nauwelijks empathie opbrengen voor de patiënten, zeker voor degenen die ik toch al niet zo aardig vond. Ik heb in deze periode veel geleerd, onder andere welke patiënten mij veel energie kosten. Daarna ben ik dat anders gaan doen. Was ik maar tuinman dacht ik vaak, halve dagen werken, mijn handen gebruiken en in de natuur. Terwijl ik steeds moest praten, luisteren en beslissingen nemen. In de begeleiding kreeg ik opdrachten om te onderzoeken hoe ik werkte. Ik kwam tot de ontdekking dat ik heel veel tijd bezig was met wachten op de patiënt, tot die de spreekkamer in was, tot die zich uit- en weer aangekleed had. Dat ben ik anders gaan doen.

Ik heb me altijd de uitzondering gevoeld. Ik kon geen consulten doen in vijf tot tien minuten, niet tijdens de opleiding en niet daarna. Wij hebben meteen besloten om per patiënt vijftien minuten te rekenen. En nu blijkt dat meer huisartsen dat willen en nodig hebben. Nu kan ik het pas accepteren, ik wil het op mijn eigen manier doen en me niet continu aanpassen aan de omgeving. Voor mij bleek, dat ik het eerst rationeel moest accepteren, daarna emotioneel accepteren en nu kan ik het implementeren in mijn leven.’

De definitie van overspanning en burn-out zoals deze is geformuleerd in de multidisciplinaire richtlijn *Overspanning en burn-out* en de LESA [22] luidt:

Van overspanning is sprake wanneer er is voldaan aan alle vier de onderstaande punten:

- Er is ten minste sprake van drie van de volgende klachten: moeheid, gestoorde of onrustige slaap, prikkelbaarheid, niet tegen drukte kunnen, emotionele labiliteit, piekeren, zich gejaagd voelen, concentratieproblemen.

- Gevoelens van machteloosheid en/of controleverlies treden op als reactie op het niet meer kunnen hanteren van stressoren in het dagelijks functioneren.
- Er bestaan significante beperkingen in het beroepsmatig en/of sociaal functioneren.
- De symptomen zijn niet uitsluitend toe te schrijven aan een psychiatrische stoornis.

Van burn-out is sprake wanneer er wordt voldaan aan de volgende drie punten:

- Er is sprake van overspannenheid.
- De klachten zijn langer dan zes maanden geleden begonnen.
- De gevoelens van vermoeidheid en uitputting staan sterk op de voorgrond.

Literatuur

1. Selye H. Personal message of Hans Selye. Montreal: International Institute of stress; 1979.
2. Houdenhove B van. In wankel evenwicht. Over stress, levensstijl en welvaartsziekten. Tiel: Lannoo; 2005.
3. Compennolle T. Stress, vriend & vijand. De aanpak van stress thuis en op het werk. Tiel: Lannoo Scriptum; 2006.
4. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;840:33–44.
5. Meijman TF, Mulder G. Psychological aspects of workload. In: Drenth PJD, Thierry H, Wolff CJ de (red.). *Handbook of work and organizational psychology*. 2e druk. Hove: Psychology Press Erlbaum; 1998. pp. 5–33.
6. Freudenberg HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues.* 1974; <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.
7. Geurts, S. In timeout of office. Inaugurele rede, Radboud Universiteit Nijmegen; 2011.
8. Laethem M van. Reciprocity between work stress and sleep: Perseverative cognition as an underlying mechanism. Promotieonderzoek. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen; 2017.
9. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2009; <https://doi.org/10.1038/nrn2639>.
10. Zweden S. Waarom duurt burn-out zo lang? *Tijdschr Psychother.* 2015;41(1):5–21. <https://doi.org/10.1007/s12485-015-0002-2>.
11. LHV. Meer tijd voor de patiënt. 2017. <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/meer-tijd-voor-de-patient>. Geraadpleegd in 2017.
12. Ven A van den, Schmit Jongbloed L. Heel de dokter. Leiden: LSJ Uitgeverij; 2015.
13. MOVIR. Huisartsen onder druk. Enkele resultaten uit de werkplezier-werkdrukscan in opdracht van MOVIR onder 693 huisartsen. MOVIR; 2012.
14. Rongen A, et al. Update van de kennis over overspannenheid en burn-out: diagnose, prognose, interventies en patiënten perspectief. Amsterdam: Coronel instituut; 2015.
15. www.csrcentrum.nl Zie de white paper 'Onderbouwing en effectiviteit van stresscoaching volgens de Chronische Stress Reversal (CSR)-methode.' Meerkerk; 2014.
16. Covey SR. De 7 eigenschappen van effectief leiderschap. Amsterdam: Business Contact; 2010.
17. Rietmeijer C. Supervisie en intervisie in de geneeskunde, huisartsen versterken functioneren. *Tijdschrift Voor Coach.* 2008;1:52–4.
18. Theeuwes J. Veel tegelijk doen. Onze hersenen kunnen niet multitasken. Deventer: Vakmedianet M&O; 2012.
19. www.coachesvoormedici.nl. Geraadpleegd in 2017.

20. Fisher R, Ury W, Patton B. Excellent onderhandelen. Business bibliotheek. Nederlandse vertaling. Amsterdam: Uitgeverij Contact; 1994.
21. AOF. Door anders organiseren, meer tijd voor de patiënt. 2017. https://www.aof-amsterdam.nl/index.php/104-door-anders-organiseren-meer-tijd-voor-de-patient?utm_medium=email&sslid=M7I0NTI0N7c0NTA3AwA&sseid=MzQ1NTGwMLEwswAA&jobid=bc4f042b-48a4-44ec-83d6-2559cd0cec91. Geraadpleegd in 2017.
22. LVE, NVAB. Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burn-out. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals. 2011. https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf

Drs. S. van den Hil psycholoog, Coaches voor Medici, CSR-coach, Amsterdam.

Vallen en weer opstaan: leren omgaan met fouten

Gert B. Roos

Samenvatting

Artsen maken fouten en reageren daarop vaak met heftige oordelen en emoties. Deze eigen reacties kunnen een ontwrichtend effect hebben, soms van korte duur maar vaak voor langere tijd.

In deze bijdrage worden deze reacties beschreven en wordt onderzocht hoe dokters een mildere houding kunnen ontwikkelen in relatie tot hun eigen feilbaarheid. Daarbij worden inzichten toegepast die komen uit de literatuur over 'zelfcompassie'. Er wordt ingegaan op mogelijkheden om de eerste opvang te verbeteren en op de plek van coaching bij het leren omgaan met de gevolgen van een fout.

Ten slotte wordt beschreven hoe dokters op deze processen kunnen anticiperen door het ontwikkelen van een professionele houding van mededogen naar zichzelf.

Inleiding

Hoe graag we ook anders zouden willen, dokters maken fouten. Uit een recente systematische review blijkt het in de eerste lijn te gaan om zo'n twee tot drie incidenten per honderd patiëntcontacten. Ongeveer 4 % daarvan is geassocieerd met ernstige schade voor de patiënt [1].

Het voorkómen van zo'n incident speelt een belangrijke rol in het denken en handelen van veel artsen. Geconfronteerd worden met een eigen fout vormt voor hen een ingrijpende professionele en persoonlijke ervaring [2].

G.B. Roos (✉)
Laren (NH), Nederland
e-mail: gbroos@worldonline.nl

Casus

Mirjam is een 36-jarige huisarts. Op maandagochtend leest zij in de overdracht van de huisartsenpost een bericht over haar patiënt, mevrouw Dulleman (74 jaar). Mevrouw is door ambulancepersoneel gereanimeerd na een collaps thuis op basis van een ritmestoornis. Bij nader onderzoek op de SEH blijkt er een extreme hypokaliëmie te bestaan, oorzaak voor de ritmestoornis. Er lijkt sprake van cerebrale restschade.

Mirjam realiseert zich dat zij in de voorgaande week herhaalde contacten had met mevrouw Dulleman in verband met ernstige diarree. Zij heeft ORS geadviseerd.

Als zij deze maandagochtend het dossier van haar opent, vallen de diuretica op (furosemide 40 mg dd) die zij gebruikt. Het was haar eerder ontgaan; die hadden gestopt moeten worden. De relatie met het incident is voor haar direct helder.

‘Mijn fout’, flitst het door haar heen, ‘hoe kon ik zo stom zijn, ongelofelijk’. De casus zal haar weken bezighouden. ‘Had ik maar’ en ‘wat als’ blijven in haar hoofd rondspoken. Ook al proberen haar collega’s haar gerust te stellen, ze maakt zichzelf ernstige verwijten en twijfelt zelfs aan haar geschiktheid voor het vak.

Emoties na fouten

Incidenten, met name de ernstige, brengen heftige emoties teweeg [2–4]. Genoemd worden onder andere shock en paniek, schaamte, zelfverwilt en verlies van zelfvertrouwen. Deze emoties kunnen zeer intens zijn en lang aanhouden.

Dit proces wordt in de literatuur wel beschreven als ‘secundaire victimisatie’ [5]: de dokter zelf dreigt hier slachtoffer te worden van de eigen sterke emoties en de daarmee samenhangende oordelen en overtuigingen.

Van den Brink en Koster [6] beschrijven deze reacties als de psychologische equivalenten van de bekende reacties *fight*, *flight* en *freeze*, die kunnen optreden in aansluiting op een bedreiging. Een psychologische stressor, zoals het maken van een betekenisvolle fout, leidt dan tot vergelijkbare reacties op psychosociaal gebied.

Fight vertaalt zich als **zelfkritiek**: een stroom van verwijten richt zich op het onacceptabele stuk van onszelf, dat verantwoordelijk wordt gehouden voor de fout.

Flight krijgt de vorm van **zelfisolatie**: we vermijden het contact met dit stuk in onszelf en vermijden ook contact met anderen hierover. Schaamte speelt een belangrijke rol.

Freeze is te herkennen in **overidentificatie**: we bijten ons vast in onze denkbeelden en overtuigingen, nuanceren lijkt nauwelijks mogelijk. Voorbeeld: de gedachte iets ongelofelijk stoms gedaan te hebben lijkt een vaststaand feit gewor-

den. Het kost ook veel moeite om de aandacht van deze gedachte af te leiden en door te gaan met andere activiteiten.

Casus (vervolg)

Mirjam gedraagt zich naar buiten toe professioneel: ze organiseert een gesprek met mevr. Dulleman en haar familie, erkent daarin haar fout en bespreekt het scala aan emoties dat bij hen bovenkomt.

Ook maakt zij een VIM-melding (= Veilig Incidenten Melden) en bespreekt die in het intercollegiaal overleg.

Haar eigen emoties blijven storend aanwezig. Ze slaapt slecht en is snel geïrriteerd naar haar partner en kinderen. Die weten wat er speelt en proberen haar zoveel mogelijk te sparen.

Pas een maand later brengt zij haar verhaal in bij haar intervisiegroep. Eerst de feiten, maar na doorvragen komen ook de pijnlijke emoties en scherpe zelfverwijten op tafel. De groepsleden oordelen niet, maar vergoelijken ook niet. Ze luisteren met compassie naar het aangrijpende verhaal en geven voorzichtige suggesties: ‘Zou je ook zo streng zijn als een goede vriendin dit overkwam?’, ‘Hoe heb jij eigenlijk leren omgaan met je feilbaarheid?’

De bijeenkomst helpt Mirjam om de realiteit onder ogen te zien: ook goede dokters maken fouten.

Verder na een fout, de eerste fase

Nergens is praktisch vastgelegd hoe een huisarts kan worden opgevangen en ondersteund na een fout. Er bestaan KNMG-richtlijnen voor het vereiste gedrag van artsen na een fout [7]. Daaronder vallen het aangaan van een open gesprek met de patiënt, het erkennen van de fout en het hanteren van de begeleidende emoties. Recent werd in detail beschreven welke communicatievaardigheden ingezet kunnen worden om dit gedrag effectief in te zetten [8]. Deze zaken zijn belangrijk, maar vormen niet het focus van deze bijdrage.

Voor het hanteren van de eigen verwarrende emoties bestaan echter geen richtlijnen. Terwijl we voor bijna alle incidenten in de huisartsenpraktijk protocollen hebben klaarliggen, is er geen protocol dat omschrijft hoe om te gaan met onszelf of met collega's na zo'n potentieel beschadigend incident. Binnen ziekenhuizen en grotere zorginstellingen is inmiddels een beweging te zien die de opzet van 'peer support systemen' ondersteunt. Ook de huisartsenpraktijk zou gebaat kunnen zijn bij een richtlijn voor deze omstandigheden.

Voor huisartsen vormen intervisiegroepen en individuele begeleidingstrajecten mogelijkheden om eigen fouten en incidenten professioneel aan de orde te stellen. Wat biedt tegenwicht aan de beschadigende emoties en gedachten van de dokter? Van den Brink en Koster [6] (zich baserend op onderzoek van Kristin Neff [9–11] en

Figuur 1 Stressreacties en hun tegenkrachten vanuit zelfcompassie. (Met toestemming overgenomen uit: Brink en Koster [6])



Christopher Germer [12]) beschrijven drie *antidotes* die ingezet kunnen worden om de eigen stressreacties te temperen. (Omdat de Engelse termen ook in Nederlandse publicaties gebruikelijk zijn, worden deze hier gebruikt.)

Drie ‘antidotes’

- *Self-kindness* vormt een tegenwicht tegen zelfkritiek: een vriendelijke bejegening van de emotionele pijn en het gekwetst zijn. Vaak wijzen anderen ons op de heftigheid waarmee wij onszelf in deze situaties bejegenen. Door training (zie hierna) kan ons bewustzijn hiervan toenemen, en kunnen wij een mildere houding naar onszelf leren ontwikkelen, zoals we dat ook naar een ander zouden doen die onbedoeld een fout beging.
- *Common humanity* staat voor de generaliseerbaarheid van deze pijnlijke professionele ervaring. Alle dokters gaan hier doorheen, vaak meer dan één keer. Het is een ‘lijden’ dat ons verbindt. Het mag gedeeld worden, zéker of juist met collega’s. Dit inzicht helpt om de zelfgekozen isolatie te doorbreken en het gesprek aan te gaan.
- *Mindfulness*. Niet buiten de werkelijkheid, niet vanaf een meditatiekussen, maar heel gewoon: open en niet-oordelende aandacht voor de eigen emotionele pijn. Het gewaarworden daarvan is een tegenkracht tegen het continu denken: ‘had ik niet anders gekund?’ (overidentificatie). Het helpt om een realistisch perspectief te ontwikkelen. (Ja, dit doet enorm pijn, ja hier was ik altijd bang voor, en ja zo voelt dat dus. . .).

De combinatie van deze drie kwaliteiten vormt de basis voor een houding van ‘zelf-compassie’. Het concept ‘compassie’ als een kwaliteit die beoefend kan worden komt vooral voort uit eeuwenoude boeddhistische tradities. Het heeft zich daarin sterk ontwikkeld, op basis van een empirische methode van zelfonderzoek vanuit de eerste persoon.

De effectiviteit op vele gebieden wordt in toenemende mate wetenschappelijk bevestigd, zoals recent werd onderbouwd in een uitvoerig overzicht van de bestaande literatuur ([6], fig. 1).

De meest praktische toepassing van ‘common humanity’ bestaat uit contact met vertrouwde personen uit de eigen omgeving. Daaruit volgt dat de eerste begeleiding na het maken van een fout hoort plaats te vinden op de werkvloer en thuis. Dokters zijn na een fout gebaat bij aandachtige collega’s en vrienden die tijd maken voor

hun verhaal, ruimte creëren voor de vaak heftige emoties, en kunnen verdragen dat zij deze niet direct ongedaan kunnen maken.

Omgekeerd kunnen dokters na een fout zelf actief zoeken naar zulke ondersteunende gesprekspartners. Ook kunnen zij leren om zich professioneel te ontwikkelen binnen één of meerdere van deze drie aandachtsgebieden (self-kindness, common humanity, mindfulness).

Langere termijn na een fout

Het maken van een fout kan een diepe wond slaan, hoe geneest die en wat kan daaraan bijdragen? Scott et al. [13] onderzochten hoe hulpverleners herstellen na het meemaken van een eigen fout. Voor een deel van deze dokters geldt dat zij er goed, soms zelfs beter uitkomen. Zij worden op enige manier betere dokters door wat ze doormaakten. Een ander gedeelte slaagt daar niet of minder in. Zij ‘overleven’, maar worden ook op langere termijn achtervolgd door de eigen storende gevoelens rond het doorgemaakte incident. Ten slotte is er een kleine groep die uitvalt: uit het vak, of uit de vertrouwde werkomgeving. Een deel van de artsen zoekt contact met een coach. Onbekend is hoe vaak dit gebeurt, welke ingangsklachten bepalend zijn voor deze beslissing, of hoeveel tijd er zit tussen deze hulpvraag en het incident.

Het komt zeker voor dat de relatie met de fout niet meer duidelijk is. Ingangsklachten zijn dan bijvoorbeeld een verlies aan werkplezier, aan zingeving of een gevoel van gejaagdheid/nervositeit. In deze situaties blijkt soms pas na enkele gesprekken dat er een ‘knik’ in de professionele ontwikkeling is ontstaan, met de gemaakte fout als trigger. Deze ‘knik’ kan zelfs leiden tot overspanning en burn-out.

Begeleiding

Wat gebeurt er binnen een coachingstraject van een huisarts na een fout en hoe wordt hier gewerkt aan het herstel van de balans? Ik kies ervoor om deze vraag te beantwoorden vanuit wat hiervoor is gezegd over zelfcompassie. Beschreven wordt dan ook hoe de drie ondersteunende kwaliteiten (mindfulness, self-kindness en common humanity) in de begeleiding terugkomen en gestimuleerd worden.

Mindfulness

De term ‘mindfulness’ kan hier verwarrend zijn, omdat associaties kunnen opkomen met de hierop gerichte specifieke training. In dit verband wordt bedoeld: ‘gewoon’ de eigen gevoelens en gedachten kunnen ervaren, zonder daarvoor weg te lopen vanuit veroordeling of schaamte. Simpel, maar zeker niet eenvoudig. Een

veilige omgeving waarin de begeleider doorvraagt op gevoelens en (veroordelende) gedachten is hierbij een voorwaarde.

Dit proces is van groot belang. Aanleiding voor de begeleiding vormt immers de last die veroorzaakt wordt door die eigen heftige gevoelens en oordelen. Die emoties en cognities moet de coachee zich dus bewust zijn of worden, zodat het mogelijk wordt om hierover in gesprek te gaan.

Vaak geldt dat er moeite gedaan moet worden om deze ervaringen (opnieuw) tot het bewustzijn toe te laten. Pijnlijke emoties zijn dikwijls niet meer bewust aanwezig, maar laten hun invloed nog wel gelden. Somberheid of cynisme kan hiervan een uiting zijn.

De dokter moet dus weer teruggeleid worden naar het eigen verhaal: diens ervaringen, gedachten, oordelen en emoties, zowel voor, tijdens, als na het ontdekken van de eigen fout. Was er sprake van stressvolle omstandigheden, vermoeidheid, impulsiviteit of vertroebelende emoties? Vaak was dat het geval. Was er voldoende overzicht over de consequenties van het foutieve gedrag? Vaak was dit niet zo.

De coach structureert, vraagt door op de verschillende aspecten, attendeert op opvallende reacties en probeert in dit alles zo neutraal mogelijk te spiegelen wat naar voren komt.

‘Neutraal’ moet hier gelezen worden als ‘niet interpreterend of oordelend’. Het sluit zeker niet uit dat ook de coach vanuit empathie of herkenning eigen emoties ervaart in dit proces. Diens professionaliteit omvat het compassievol omgaan met zowel het verhaal van de coachee, als met de eigen emoties.

Het ondersteunen bij de ontwikkeling van dit volledige verhaal omvat soms meerdere coachingsgesprekken, en vormt de basis voor het vervolg. De coach kan hierbij verschillende technieken inzetten. Een deel daarvan komt vanuit de zogeheten ‘narratieve begeleidingskunde’ [14]. Daarin gaat het om manieren om de ander meer diepte in het eigen verhaal te laten ervaren, bijvoorbeeld door het gebruik van metaforen of door het toepassen van perspectiefwisseling (‘hoe ziet de realiteit eruit in de ogen van anderen in jouw verhaal?’).

Ook kunnen schrijfpoddrachten worden gegeven, of kan een coachee creatief aan het werk worden gezet door bijvoorbeeld een *moodboard* te maken rond de eigen ervaring (= een zelfgemaakte visuele verbeelding daarvan). Resultaat van deze inspanning is dat de coachee met (enige) afstand kan kijken naar de eigen ervaring: zo is het gegaan, dat waren mijn emoties, mijn gedachten en mijn oordelen en dit ervaar ik er nu bij. Alleen al het verwoorden en op afstand brengen hebben een belangrijk ‘helend’ effect.

Self-kindness

Maar er gebeurt meer: het eigen verhaal over wat er ‘daar en toen’ gebeurde wordt verbreed en geactualiseerd. Wat zegt dit over de coachee in het ‘hier en nu’? Welke waarden en normen worden zichtbaar in wat er verhaald is? Hoe is in de eigen socialisatie omgegaan met ‘fouten maken’? Welke professionele opvattingen en

beroepsrollen zijn uit dit alles ontstaan? Vaak blijkt hieruit dat het gaat om strenge en veroordelende patronen, het tegendeel van ‘self-kindness’.

Er wordt hier een essentieel deel van de persoonlijkheid zichtbaar, een stuk dat meestal ‘onder de oppervlakte’ blijft. Bewustwording helpt ook hier om de blik helder te krijgen: welke innerlijke overtuigingen zijn belemmerend of zelfs destructief? Zijn er mogelijk ook ‘helpende overtuigingen’ beschikbaar vanuit de veelheid aan eigen opvattingen die alle mensen hebben? En hoe ziet dezelfde realiteit eruit als *die* overtuigingen leidend zouden zijn? De coachee leert zo onderkennen welke rol de interne strenge criticus speelt bij het veroorzaken en in stand houden van het ‘lijden’ na de fout. Dit inzicht, samen met het onderzoeken van alternatieve oordelen, helpt om een milder oordeel te vormen naar zichzelf toe. Ook hier kan de coach verschillende modellen en opdrachten inzetten.

Een bekend model voor de relatie tussen overtuigingen en gedrag is de theorie van Bateson/Dilts [15]. Hierin wordt inzichtelijk hoe ons gedrag gestuurd wordt vanuit onze innerlijke overtuigingen, en hoe dit proces vaak een onbewust karakter heeft.

Gerichte manieren om ‘self-kindness’ te stimuleren vormen opdrachten als een ‘compassionele brief’ aan jezelf schrijven, of ‘het gouden randje’ rond deze donkere wolk ontdekken (‘heb je hieruit iets waardevols geleerd wat je anders misschien niet geleerd zou hebben?’) [6].

Daarbij worden gevoelens van mededogen gericht ingezet om de eigen ervaring betekenis te geven, en een helende relatie met zichzelf te bevorderen.

Common humanity

Wat hiervoor beschreven werd draagt al in belangrijke mate bij aan de realisatie: *‘Lijden hoort bij het mens-zijn, en deze specifieke vorm daarvan deel ik in ieder geval met andere dokters en hulpverleners. Naast mij zijn er velen in verleden en heden die een vergelijkbare fout hebben gemaakt.’* Dit inzicht kan een essentiële verschuiving aanbrengen in het eigen perspectief:

‘Ik vorm geen uitzondering ten opzichte van mijn collega’s (en op wie mogelijk neergekeken wordt door die collega’s).’

Integendeel: *‘Ik maak een pijnlijk proces door dat mijn collega’s veelal uit eigen ervaring kennen. Het doormaken van dit proces vormt onderdeel van mijn beroeps-socialisatie.’*

Voor aiOS die na een fout met een coach in gesprek komen, kan een interessante opdracht zijn: interview eens een paar opleiders over de vraag hoe zij hebben geleerd om te gaan met de eigen feilbaarheid. Varianten hierop zijn ook toepasbaar op artsen in andere fases van hun carrière.

Steeds is de focus: deel je ervaring, leer van elkaar, stel je open voor ondersteuning door je collega’s. Daarnaast is het besef van *common humanity* heilzaam voor het verder verbreden van het perspectief: feilbaarheid hoort bij het mens-zijn. We maken allemaal fouten, vaak onbedoeld. We hoeven fout gedrag niet goed te praten, maar we mogen wel compassievol omgaan met de mens achter dit gedrag.

Het compassievol erkennen van onze fouten en de moed en bereidheid er iets uit te leren dragen bij aan onze wijsheid.

Praktische zaken rond coaching

Het beoogde effect van de begeleiding is het voorkómen van blijvende schade, dus van secundaire victimisatie. In de praktijk geven zes tot acht gesprekken meestal voldoende inzicht om weer zelf verder te kunnen werken aan herstel. Het interval tussen de gesprekken bedraagt meestal twee tot drie weken. Deze tijd is ook essentieel voor verwerking en voor het werken aan opdrachten.

Coaching is voor huisartsen erkend als vorm van geaccrediteerde scholing, mits begeleid door een NHG-erkende coach [16].

Preventie en anticiperen

Is het mogelijk nú al een milde houding te ontwikkelen die helpt als zich bijvoorbeeld een fout voordoet? Dát die fout komt, is bijna onvermijdelijk. Daarmee komen ook bijna altijd de pijnlijke reacties: schaamte, zelfveroordeling en isolatie. Wat we kunnen beïnvloeden is ons vermogen om dit proces professioneel te hanteren. Dat vermogen kan ontwikkeld worden.

Het trainen van zelfcompassie, op basis van de hiervoor vermelde theorie, is sterk in opkomst en kan gezien worden als een logisch vervolg op het brede aanbod van trainingen in ‘mindfulness’. In Nederland is deze compassietraining ontwikkeld door de mindfulnesstrainers Erik van den Brink (tevens psychiater) en Frits Koster. Deze training is bekend geworden als Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL) [6].

MBCL-trainingen zijn inmiddels ook aangeboden aan artsen en andere hulpverleners die al enige ervaring in mindfulnessbeoefening hebben.

MBCL-trainingen info Erkende trainers kunnen gevonden worden via de sites www.mbcl.nl en www.compassietraining.nl. Op verzoek worden geaccrediteerde trainingen georganiseerd voor artsen. Ook via de VVAA/Academie van Medisch Specialisten worden op artsen gerichte en geaccrediteerde MBCL-trainingen aangeboden. Voor meer informatie: <https://bfcmind.nl>

Last not least: het trainen van compassie als grondhouding heeft natuurlijk een breder doel dan alleen het temperen van de eigen destructieve reacties die kunnen optreden na een fout. Compassie kan dokters helpen om vollediger en meer in balans aanwezig te zijn: gericht op de patiënt én in mild contact met de eigen persoon.

Dankbetuiging De auteur dankt Erik van den Brink en Chris Rietmeijer voor het kritisch lezen van het manuscript en voor hun waardevolle aanvullingen.

Literatuur

1. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):544–53.
2. Harrison R, Lawton R, Perlo J, Gardner P, Armitage G, Shapiro J. Emotion and coping in the aftermath of medical error: a cross-country exploration. *J Patient Saf.* 2015;11(1):28–35.
3. Sirriyeh R, Lawton R, Gardner P, Armitage G. Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Qual Saf Health Care.* 2010;19(6):e43.
4. Newman MC. The emotional impact of mistakes on family physicians. *Arch Fam Med.* 1996;5(2):7.
5. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000;320:726–7.
6. Brink E van den, Koster F. *Compassievol leven, een mindfulness-based verdiepingsprogramma.* Amsterdam: Uitgeverij Boom; 2016.
7. Meer H van der, Hendriks A. Een goed gesprek over incidenten en fouten: tips voor artsen. KNMG sept. 2016. <https://www.knmg.nl/.../roadshow-een-goed-gesprek-na-een-incident-1.htm>
8. Dielissen PW, Jagt EJ van der, Timmerman AA. *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk.* Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2016. pag. 68–75.
9. Neff KD. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity.* 2003a;2:85–102.
10. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity.* 2003b;2:223–50.
11. Neff KD. *Zelfcompassie.* 9e druk. Amsterdam: Uitgeverij Cargo; 2011.
12. Germer CK. *Mindfulness en zelfcompassie.* Amsterdam: Nieuwezijds; 2009.
13. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:325–30.
14. Banning H, Banning-Mul M. *Narratieve begeleidingskunde. Hoe het gebroken verhaal professioneel te waarderen.* Soest: Nelissen; 2005.
15. Ready R, Burton K. *NLP voor Dummies (hfdst. 11 'Veranderen met logische niveaus').* 7e druk. Amersfoort: BBNC uitgevers; 2016. p. 175–91.
16. NHG erkende coaches zijn georganiseerd binnen 'Coaches voor Medici', zie: <http://www.coachesvoormedici.nl>. Geraadpleegd 25 augustus 2017.

G.B. Roos coach voor artsen en paramedici, Laren (NH).

Bijblijven

Bijblijven (Tijdschrift Praktische huisartsgeneeskunde) is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V.

Redactie

Prof. dr. Wil J. H. M. van den Bosch,
hoofdredacteur, emeritus hoogleraar
Huisartsgeneeskunde, Lent
Dr. Peter Dieleman, redactielid, huisarts te
Kontich en medewerker aan het Academisch
Centrum voor Huisartsopleiding, Universitaire
Instelling te Antwerpen
André Haverkort, redactielid, huisarts n.p.,
Beuningen
Prof. dr. Betty Meyboom-de Jong, redactielid,
emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde,
Groningen
Lizzy Slok-Raijmakers, redactielid, huisarts,
Houten
Kees J. in 't Veld, redactielid, huisarts n.p.,
Brielle
Tessa Versteegde, redactielid, huisarts n.p.,
Mook

Redactiesecretariaat: Bohn Stafleu van Loghum, Postbus
246, 3990 GA Houten, José Huijden, j.huijden@bsl.nl
Uitgever: Anita van Meyel, a.vanmeyel@bsl.nl,
tel. 030-638 3767

Afbeelding omslag

Ron Slagter, Haarlem

Abonnementen

Bijblijven verschijnt 10 keer per jaar.

Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 273,00,
online-only abonnement (alleen online toegang) € 163,80,
losse nummers € 39,00.

Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt
automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de
vervaldatum schriftelijk is opgezegd.

Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu
van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.

Telefoon: 030-638 3736. Bij wijziging van de tenaamstel-
ling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de
gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klanten-
service of wijzigingen door te geven via het formulier op
www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van
Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van
Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar
op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op
verzoek toegezonden.

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en
berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met
bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de
uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in
deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoor-
waarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de
Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer
3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders
is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden
voor tijdschriften zijn in te zien op [www.bsl.nl/schrijvenbij-
bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies](http://www.bsl.nl/schrijvenbij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies) of kunnen
bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2017, Bohn Stafleu van Loghum



mvw
media voor vak
& wetenschap

ISSN 0168-9428