

# Evaluatie van het persoonlijk functioneren: supervisie of toetsing?

M. B. G. SCHMITZ EN A. W. WIND

---

**Toetsing en supervisie zijn twee methoden om in een groep van collega's het functioneren als huisarts te bespreken. Bij supervisie staat het persoonlijk functioneren centraal: de huisarts krijgt inzicht in de eigen persoon, vooral op het gebied van gevoelens, houding en gedrag met betrekking tot het werk. Supervisie helpt de huisarts het persoonlijk ideaalbeeld van zijn werk te vertalen naar wat voor hem met zijn (on)mogelijkheden haalbaar is. Bij toetsing wordt het handelen van de deelnemende huisartsen vergeleken met een algemene norm. Hieruit ontstaat inzicht in ieders persoonlijk functioneren.**

---

## Inleiding

Volgens het rapport *Basistakenpakket van de huisarts*<sup>1</sup> is het onder andere de taak van de huisarts:

- rekening te houden met zijn persoonlijk functioneren en met de invloed hiervan op zijn relatie met de patiënt;
- een kritische instelling ten opzichte van het eigen handelen te onderhouden, met name door zelftoetsing en/of intercollegiale toetsing.

Balint wees in 1957 op het belang van het persoonlijk functioneren van huisartsen voor de relatie met de patiënt: de houding van de arts beïnvloedt de patiënt in diens ziektegedrag.<sup>2</sup> In navolging van de door Balint gevormde studiegroep in Londen (20 huisartsen en Balint als psychiater-adviseur) ontstonden in verschillende Europese landen Balint-groepen. Het accent lag in deze groepen op het leren omgaan met psychosociale problematiek, en het persoonlijk functioneren werd in verband hiermee besproken. Sinds 1957 hebben in Nederland meer dan 1000 huisartsen aan zo'n groep deelgenomen. Na 1970 is de belangstelling echter afgenomen<sup>3</sup> en op dit moment draaien er nog slechts enkele groepen in Nederland.

---

Mevrouw drs. M.B.G. Schmitz, andragoog, Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit; mevrouw A.W. Wind, basisarts.

Correspondentie: Mevrouw drs. M.G.B. Schmitz, Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit, Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam.

Waar kan men thans terecht voor een intercollegiale evaluatie van het persoonlijk functioneren (i.e. het gedeelte van het functioneren als arts dat beïnvloed wordt door de eigen houding, aard, normen en waarden, levensgeschiedenis en levenssituatie)? Voor de evaluatie van het persoonlijk functioneren heeft men, in een georganiseerde vorm, de keuze tussen toetsingsgroepen en supervisiegroepen.<sup>4</sup>

In dit artikel geven wij informatie over supervisie en zetten wij deze methode af tegen intercollegiale toetsing. Dat gebeurt aan de hand van onze ervaring met het geven van supervisie aan huisartsen. Tevens zullen we aangeven in welke situaties supervisie geëigend is.

## Supervisie

Supervisie als leermethode is ontwikkeld in opleidingen voor hulpverlenende beroepen, waar de persoonlijke invulling in de beroepsuitoefening een grote rol speelt. Binnen de huisartsenwereld heeft supervisie zich zowel in de beroepsopleiding als in de nascholing ontwikkeld.<sup>5</sup> De werkwijze is als volgt: aan de hand van ingebrachte casuïstiek worden allerlei aspecten van de werksituatie geanalyseerd. Er wordt ingegaan op het arts-patiënt contact, de huisarts in de eerstelijns gezondheidszorg en de persoon van de huisarts. Zo wordt bekeken hoe houding, inzichten, normen en gevoelens van invloed zijn bij de werkuitvoering.<sup>6</sup>

In groepjes van twee of drie deelnemers onder leiding van een supervisor (een speciaal hiervoor opgeleide gedragswetenschapper of huisarts) komt men om de twee weken twee uur bijeen. Bij de start van de supervisie (15-20 zittingen) wordt de huisarts gevraagd op schrift te stellen waarom hij voor supervisie kiest en wat hij wil leren. Iedere volgende bijeenkomst wordt schriftelijk voorbereid met een verslag waarin de belangrijkste leerpunten van de vorige zitting worden vermeld en waarin een nieuwe casus (of een nieuw probleem) wordt voorbereid met vragen ter bespreking. Zo mogelijk wordt ter illustra-

tie een bandopname van een toepasselijk consult gemaakt.

Op de bijeenkomst wordt de casus geanalyseerd. Met open vagen wordt de huisarts geholpen bij het ontdekken en verkennen van knelpunten in het werk. Er vindt een herformulering plaats van wat men persoonlijk als kern van het probleem ervaart (*kader*). Vervolgens wordt de aandacht gericht op de vraag: welke persoonlijke belemmeringen staan verandering in de weg en op welke wijze kunnen deze overwonnen worden?

Adviezen over een betere aanpak blijken vaak niet te helpen: de huisarts is zelf verantwoordelijk voor het zoeken naar en vinden van bij hem passende wegen die leiden tot verbetering. Hij wordt door de supervisor begeleid en gestimuleerd in dit zoekproces. Door een nieuw gedrag in de praktijk te oefenen en dat weer te bespreken vindt geleidelijk aan verandering plaats. Ook wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de huisarts leert uit opgedane ervaringen. Wanneer hij 'leert te leren' vergroot hij zijn probleem-oplossend vermogen.

## Toetsingsgroepen en supervisiegroepen

Toetsingsgroepen voor huisartsen zijn intercollegiale groepen die de handelwijze van de deelnemers toetsen aan normen. De normen kunnen vooraf door derden omschreven zijn (methode van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut) of door de groep zelf ontwikkeld worden (methode van de Stichting O & O). De huisarts kan zowel op zijn somatische als op zijn 'algemene' vaardigheden getoetst worden. Onder dit laatste valt de evaluatie van het persoonlijk functioneren. Hierbij wordt met behulp van een bandopname een spreekuurcontact getoetst aan normen voor de huisartsgeneeskundige wijze van probleem-oplossen en hulpverlening.<sup>7</sup> Aan de hand van een tevoren (samen) vastgesteld onderwerp wordt ieders handelen op dat gebied geanalyseerd. Men krijgt inzicht in zijn vaste routines en moet zijn werkwijze beargumenteren. Op deze wijze worden lacunes en zwakke plekken in ieders handelen opgespoord.

Een toetsingsgroep heeft zes tot tien deelnemers en komt gedurende een aantal jaren ongeveer eenmaal per maand bijeen. Er is initiële begeleiding.

In de *tabel* zijn de overeenkomsten en verschillen tussen toetsingsgroepen en supervisiegroepen weergegeven.

## Ervaringen met supervisie aan huisartsen

De eerste auteur van dit artikel heeft een onderzoek gedaan bij een groep van 20 huisartsen, die bij haar supervisie hebben gehad in de periode 1983-1985.<sup>8</sup> Hierop zijn de volgende gegevens gebaseerd.

Veel voorkomende onderwerpen bij supervisie zijn:

- Moeilijke patiënten:
  - autoritaire patiënten: ‘ze zijn eisend; maken me onzeker; ik voel me door ze gemanipuleerd’;
  - mensen die een langdurige begeleiding nodig hebben: ‘wat heb ik ze te bieden, ik sta met lege handen’;
  - zeurpieten: ‘ze hebben onbenullige klachten; ze slaan mijn adviezen in de wind en toch komen ze terug’;
  - buitenlandse werknemers: ‘ze willen altijd verwezen worden; mijn therapievoorstellen worden niet serieus genomen’.
- Huisarts in de eerste lijn: ‘ik voel me vaak onzeker over wat ik te bieden heb; ik ben bang voor het maken van fouten, om een slechte indruk te maken bij de specialist’.
- Tijdsdruk: zie *kader*.
- Samenwerken met een collega: ‘ik durf niet te zeggen wat me dwars zit en loop er soms dagen mee rond; ik voel me door de ander beoordeeld’.

In de loop van de supervisierEEKS worden de problemen geanalyseerd en opnieuw geformuleerd. Hoe dit proces van herformulering in zijn werk gaat, wordt geïllustreerd aan de hand van ‘last hebben van de tijdsdruk’. Dit voorbeeld laat zien dat, wanneer omgevingsfactoren niet veranderbaar zijn, het accent gelegd wordt op het eigen aandeel van de huisarts in wat hij als moeilijk ervaart. Vaak blijken bij de herformulering van geheel verschillende beginproblemen, op een dieper niveau gelijksoortige persoonlijke knelpunten aanwezig te zijn. Zo kan het uit de weg gaan van conflicten een rol spelen bij zowel het last hebben van de tijdsdruk, als bij samenwerkingsproblematiek, of ook doorwerken in de omgang met allerlei moeilijke patiënten. Wanneer men dan leert om conflicten minder uit de weg te gaan, heeft dit op een breed vlak effect.

Aan het eind van de supervisie schrijft iedere deelnemer in een schriftelijk verslag wat hij heeft geleerd. Genoemd worden:

- Meer inzicht gekregen in:
  - hoe ik werk;
  - processen van hulpverlening;

- mijn eigen persoon;
- hoe ik uit mijn ervaringen leer.
- Nieuw gedrag ontwikkeld:
  - ik werk meer ontspannen (stel minder hoge eisen, heb leren kiezen); – ik heb meer zelfvertrouwen (beter leren omgaan met onzekerheden, eigen beperkingen);
  - ik heb gevoelens leren uiten (ga conflicten aan);
  - ik kan beter ingaan op het proces van de hulpverlening (signalen opvangen, inzicht in probleemsituaties);
  - ik heb beter leren samenwerken (kritiek uiten/ontvangen, ben flexibeler).

De supervisie levert vooral de huisarts persoonlijk minder problemen in het werk op, maar leidt de methode ook tot een betere hulpverlening? *Grol et al.* stelden vast dat de huisarts, naarmate hij meer zelfvertrouwen heeft en zich prettiger voelt in zijn werk, ook meer open staat voor de patiënt en hem bete-

re hulp kan verlenen.<sup>9</sup> Driekwart van de huisartsen zegt aan het eind van de supervisie prettiger en meer ontspannen te werken.<sup>8</sup> Hieruit kan voorzichtig geconcludeerd worden dat supervisie ook een positief effect op de hulpverlening heeft.

De huisarts leert in de supervisie te werken met de probleem-verhelderende methode, die hij ook kan gebruiken in het omgaan met patiënten met levensproblematiek. Problemen als het accepteren van en het leren leven met beperkingen op lichamelijk en geestelijk gebied, vragen van de huisarts een heel andere werkwijze dan hij gewend is bij de toepassing van zijn medisch-biologische kennis. Wanneer hij met adviezen aan komt dragen, blijken deze vaak niet aan te slaan. Een andere manier is de patiënt zélf verantwoordelijk te maken en te helpen bij het zoeken naar eigen oplossingen. Deze werkwijze wordt ook toegepast in de supervisie

**Tabel.** Overeenkomsten en verschillen tussen supervisiegroepen en toetsingsgroepen.

Overeenkomsten		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– discussie over ieders normen en waarden;</li> <li>– bewustwording eigen werkwijze;</li> <li>– leren door de vergelijking met andere huisartsen.</li> </ul>		
Verschillen		
	Supervisie	Toetsing
Vorm	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kleine groep: grote eigen bijdrage, veel persoonlijke aandacht;</li> <li>– individuele probleeminbreng.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– grote groep: veilig, weinig persoonlijke aandacht;</li> <li>– groepstherapie.</li> </ul>
Probleem-aanpak	<ul style="list-style-type: none"> <li>– probleemverhelderende methode, m.b.v. normen, rekening houdend met de eigen mogelijkheden en beperkingen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– systematisch vergelijkenderwijs, aan de hand van expliciet geformuleerde normen.</li> </ul>
Werkwijze	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bewustwording persoonlijk handelen;</li> <li>– veel aandacht voor de oorzaken van minder goed functioneren;</li> <li>– veel aandacht voor persoonlijke belemmeringen die verandering in de weg staan;</li> <li>– goede begeleiding van het veranderingsproces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bewustwording eigen routines;</li> <li>– oorzaken normafwijkend gedrag kort besproken;</li> <li>– geen persoonsgerichte analyse van belemmeringen die verandering in de weg staan;</li> <li>– mogelijkheden tot verandering kort besproken.</li> </ul>
Leerproces	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schriftelijke verslaglegging persoonlijk leerproces: verantwoording afleggen aangaande het geleerde;</li> <li>– ‘leren te leren’</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– leerpunten zelf bijhouden;</li> <li>– omgang met het geleerde vrijblijvend.</li> </ul>

wanneer de huisarts met zijn persoonlijke werkproblemen komt. Door op deze wijze in te gaan op de problemen van zijn collega's, wordt de huisarts in de supervisiegroep getraind in de toepassing van deze methode.

## Conclusie

Voor het evalueren van het persoonlijk functioneren kan men zowel bij supervisie als bij toetsing terecht. Bij toetsing komt dit aspect vooral aan bod bij groepen die zich richten op 'algemene vaardigheden'. In een groep van 8-10 deelnemers wordt per thema het doorsnee handelen van de huisarts besproken. Hieruit blijkt voor ieder persoonlijk waar hij afwijkt van de algemene norm. Mogelijkheden om normafwijkend gedrag te veranderen, komen aan de orde. Of men dit ook werkelijk in praktijk wil en kan toepassen, krijgt minder aandacht. Toetsing zal het meeste effect

hebben waar het gaat om niet al te moeilijk aan te leren nieuw gedrag.

Bij supervisie is de aandacht gericht op situaties die ieder persoonlijk als moeilijk ervaart. In een groepje van twee of drie deelnemers wordt gezocht naar de achtergrond van het probleem en naar de mogelijke oplossingen. De huisarts gaat in de praktijk met deze oplossingen experimenteren, waarna er tijdens de supervisie opnieuw aandacht aan wordt besteed. Zo wordt men begeleid in het leren van nieuw gedrag. Supervisie helpt de huisarts een houding te ontwikkelen van 'leren te leren': uit persoonlijke ervaringen conclusies trekken die tot een zelfstandige groei en ontwikkeling leiden en tot een vergroting van het probleem-oplossend vermogen.

Supervisie kan gezien worden als een aanvulling op toetsing: vanuit een vergroting van het inzicht door middel van toetsing kan een behoefte aan supervi-

sie ontstaan. Uit de opgedane ervaringen blijkt dat huisartsen voor supervisie kiezen wanneer ze vastlopen bij weerkerende problemen in het werk, het gevoel hebben op dood spoor te zitten (isolement, jarenlange routines), bij samenwerkingsproblemen met collegae, of wanneer ze in de privé-situatie zijn vastgelopen en daardoor het werk (bijna) niet meer aankunnen.

Binnen de beroepsopleiding tot huisarts wordt supervisie gebruikt als methode om tot integratie te komen van theorie en praktijk: om een evenwicht te vinden tussen zoals men idealiter zou willen werken en wat in de praktijk haalbaar is. Veel aandacht wordt besteed aan een vergroting van het probleemoplossend vermogen. Deze punten zijn ook zeer relevant voor beginnende huisartsen (tweede tot vijfde jaar van vestiging).

Supervisie heeft meer effect, naarmate men er meer voor gemotiveerd is.

## De herformulering van een probleem

In de supervisie wordt door middel van probleemverheldering een nieuw licht geworpen op het ingebrachte probleem. Hoe dit proces in zijn werk gaat, wordt geïllustreerd aan de hand van 'last hebben van de tijdsdruk in het werk'. Bij de inbreng in de supervisie wordt dit probleem door verschillende huisartsen als volgt geformuleerd: 'mijn vrouw (gezin) klaagt dat ik te weinig tijd voor haar (ze) heb; ik neem teveel hooi op mijn vork; ik heb er last van als het spreekuur uitloopt; ik heb nooit eens tijd voor mezelf'.

Het probleem wordt vanuit verschillende invalshoeken benaderd: op het gebied van de feitelijke organisatie betreft het de verhouding tussen de tijd die wordt besteed aan de praktijk, het gezin en de eigen vrije tijd. De norm 'de praktijk gaat altijd voor' blijkt automatisch te worden toegepast. De tijdsindeling blijkt historisch gegroeid te zijn, zonder open overleg met alle betrokken partijen over ieders wensen en mogelijkheden. Er zijn geen duidelijke afspraken gemaakt met elkaar. Het lijkt alsof er geen alternatieven zijn: zoals het nu gaat, is de enige mogelijke manier. Conflicten worden uit de weg gegaan.

Een gevoel van overbelasting speelt ook een rol, vanwege de onduidelijke invulling van het takenpakket van de huisarts. Dit is een gegeven van het vak, maar bij de analyse blijkt voor iedere huisarts weer een ander accent op de problematiek te liggen. Het kan daarbij gaan om:

– te weinig bewustzijn van de eigen mo-

gelijkheden en grenzen als huisarts: wat heb ik te bieden, wat zijn mijn grenzen;  
– geen duidelijke keuzen kunnen maken over wat wel en wat niet meer tot het eigen werkerterrein gerekend wordt;  
– bij onzekerheden zich erg verantwoordelijk voelen en dan meer doen dan nodig is.

Wanneer er vervolgens stilgestaan wordt bij het persoonlijk aandeel van de huisarts zelf, dan kan 'last hebben van tijdsdruk' opnieuw geformuleerd worden als een of meer van de volgende punten:

– ik heb een hoog streefniveau en raak gefrustreerd als ik dat niet waar kan maken;  
– ik kan geen water in de wijn doen, omdat ik dat als falen ervaar;  
– ik kan geen 'nee' zeggen, omdat ik bang ben niet aardig gevonden te worden;  
– ik durf geen risico's te nemen, ga conflicten uit de weg;  
– ik heb moeite met het uiten van mijn gevoelens;  
– ik maak mijn persoonlijke behoefte volkomen ondergeschikt aan alles en iedereen.

Bij de herformulering wordt het accent gelegd op het eigen aandeel van de huisarts in wat hij als moeilijk ervaart. Hij kan dan kiezen tussen óf de situatie accepteren zoals die is, óf te experimenteren met nieuw gedrag. De huisarts wordt hiermee verantwoordelijk gesteld voor het eigen aandeel in de instandhouding of verandering van een probleemsituatie.

<sup>1</sup> Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts, Utrecht; Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

<sup>2</sup> Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht: Spectrum, 1965.

<sup>3</sup> Dokter HJ, Verhage F, Balint herzien. Medisch jaar 1984; 80-92.

<sup>4</sup> Wind AW. Zachte huisartsgeneeskunde gewogen. Het hanteren van de huisarts-patiënt relatie in intercollegiale groepen huisartsen. [Doctoraalscriptie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1986.

<sup>5</sup> Schmitz MBG. Supervisie, een nieuwe scholingsmethode voor huisartsen. Med Contact 1984; 39; 23-4.

<sup>6</sup> Siegers FMJ, Haan PM. Handboek supervisie. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1983.

<sup>7</sup> Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Methoden, normen en protocollen. 2e dr. Utrecht: Bunge, 1986.

<sup>8</sup> Schmitz MBG. Supervisie voor huisartsen: wat heb je eraan? [Interne publikatie]. Amsterdam: HIVU, 1986.

<sup>9</sup> Grol R, et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. Fam Pract 1985; 2: 128-35.

## Nota bene

Achter de schijnbare eenvoud van het handelen van de huisarts gaat een zeer hoge mate van complexiteit van besluitvorming schuil.

Stelling bij: Knottnerus JA. Interpretatie van diagnostische gegevens [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.