

Wie zorgt er voor de huisarts?

In de regel is een huisarts tevreden met het huisarts-zijn. Het biedt voldoening en plezier, en het is vaak meer dan een baan. Het is een identiteit. Toch hoor je steeds vaker: 'Hoe lang houd ik dit nog vol? Wil ik dit nog wel?' De huisarts heeft het druk en staat onder druk. De vele veranderingen in financiering en organisatie zijn daar debet aan, maar meer nog de toegenomen emotionele impact van het vak. Die emotionele last is te verlichten, en werkplezier en kwaliteit zijn te verhogen, want er is een effectieve aanpak: intervisie, balint-methode, goede coaching.

De huisartsgeneeskunde in Nederland staat op een ongekend hoog niveau. De pas afgestudeerde huisarts is goed opgeleid, communicatief, bereid tot samenwerking en – net als voorheen – sterk gemotiveerd. Als je huisartsen vraagt waaraan ze het meeste belang hechten als indicator voor de kwaliteit, zeggen zij vaak: het plezier in mijn werk. Dit kwam naar voren tijdens de Wintercursus 2010 van DOKh (<http://www.dokh.nl>), in een enquête onder veertig huisartsen die konden kiezen uit veertien kwaliteitsindicatoren, waaronder organisatie van de praktijk, resultaten van praktijkaccreditering, beloning, goede samenwerking in een team, prestatie-indicatoren of waardering van de patiënt.

WAARDOOR NEEMT WERKPLEZIER AF?

De afgelopen tien jaar hebben grote veranderingen gebracht. Er zijn veel ambities benoemd en gerealiseerd: er kwamen huisartsenposten; er was meer samenwerking met elkaar en met andere partijen; er waren meer parttime werkende huisartsen; er waren meer patiënten die goed geïnformeerd het spreekuur bezoeken; er kwamen praktijkondersteuners. Er werd meer gedaan aan kwaliteitsverbetering door middel van spiegelinformatie, accreditering en visitatie, en meer geprotocolleerd werken, vooral in de chronische zorg. Maar ook het coderen en administreren, de werkgevers- en management-taken, namen toe.

De overheid en de Inspectie voor de gezondheidszorg willen almaar meer bepalen en controleren, en velen ervaren dit als bedreigend. Een voorbeeld is de zaak-Tuitjenhorn.

De toenemende bureaucratie eist haar tol en doet een zware aanslag op het werkplezier. Zorgverzekeraars hebben hierin het voortouw genomen en stuwten de bureaucratie met hun hang naar controle onnodig op. Kortom, huisartsen hebben veel zorgen, variërend van: 'Is dit wel mogelijk allemaal?' tot: 'Blijven de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde intact?'

Een huisarts onderzoekt een 19-jarig meisje. Zij is eerder in behandeling geweest voor een schimmelinfectie aan haar teen, die na onderzoek door huisarts en dermatoloog kanker bleek te zijn. Het behandelvoorstel is amputatie van de voet. Nu komt ze op het spreekuur omdat ze een bultje ontdekt in de lies. De huisarts onderzoekt, voelt wat hij vreest (een uitzaaiing) en weet: in haar leven zal zich een tragedie ontrollen. Dat is een loodzwaar gevoel, dat hij op dat moment niet kan delen. Wat te zeggen? Wat niet te zeggen? Dus de huisarts regelt wat geregeld moet worden en vervolgt het spreekuur. De eigen gevoelens worden weggezet, geparkeerd. Maar waar blijven die?

HOE KUN JE PLEZIER IN JE WERK HOUDEN?

Het huisartsenwerk vraagt om voortdurende zorg voor de eigen emoties. Niet pas als de 'parkeerplaats' vol is en je je afvraagt of dit nog is vol te houden, want dan is het plezier al ver te zoeken. Het is belangrijk de werkelijke zwaarte van het werk te erkennen. Bij coaching en behandeling van burn-out blijken de volgende thema's belangrijk, in theorie en in de praktijk: zelf de regie voeren, afwisseling in het werk, waardering krijgen en geven, zingeving en vooral: zorg voor de huisarts zelf.

Regie

Is de huisarts nog baas over eigen werk? Steeds minder. Met de marktwerking is ook de macht van de verzekeraars, gesteund door de overheid, toegenomen zonder dat daar macht van de huisarts tegenover staat. Er mag niet onderhandeld worden. Patiënt en verzekeraar hebben de macht; zij stellen de eisen. De regie houden in het consult – in balans met de patiënt – vergt flexibiliteit. De regie houden over het personeel kan een uitdaging zijn die een huisarts liever uit de weg gaat. Voorheen had de huisarts een sterke, alom erkende autonomie en was er respect voor diens positie. Het zich eigen maken van een nieuw soort regie is de nieuwe uitdaging.

Afwisseling

Sommige huisartsen kampen met een gevoel van sleur. Ze ervaren geen uitdaging meer, ze 'weten het nu wel'. Waar komt dat? Maar vooral: kan dat anders? De eerste stappen zijn: weer nieuwsgierig worden, beseffen dat verandering mogelijk is. Valt er een interesse te verdiepen, binnen of buiten het vakgebied? Het zou de grote belangstelling voor kaderopleidingen kunnen verklaren.

Waardering

In de eerste plaats is er de waardering voor jezelf en je collega's. Zonder een positieve cultuur in het team wordt elk meningsverschil een conflict. Elkaar complimenteren is niet vanzelfsprekend, maar het kan een stroef draaiend team wel enorme energie geven.

In de tweede plaats is er maatschappelijke waardering. Horen huisartsen die gewoon te krijgen of kunnen we die ook

zoeken? Het heeft er alle schijn van dat alleen probleemsituaties de publiciteit halen. Huisartsen moeten veel duidelijker maken hoe complex het werk is geworden door alle veranderingen, ook qua emotionele impact.

In de derde plaats is er de vergoeding die bij de zwaarte van het beroep past. Het baart ons zorgen dat kwaliteitsverbeteringen, die veel moeite kosten, aanvankelijk wel worden gefinancierd maar na enige jaren niet meer.

Zingeving

Problemen met zingeving hangen vaak samen met de verwachtingen waarmee de huisarts begon. Het streven de ander te helpen is bedoeld uiteindelijk min of meer te falen, waarna frustratie en het gevoel van tekortschieten op de loer liggen. Na een aantal jaren ontstaat machteloosheid of cynisme. Daar zicht op krijgen kan een belangrijk doel zijn bij coaching/intervisie. Hoe realistisch is het wat de huisarts wil bieden? In hoeverre faal je als dokter wanneer de patiënt vindt dat jij tekortschiet? In een veilige omgeving kan daarover (mee)gedacht worden.

ZORG VOOR DE HUISARTS

Wie zorgt er voor de huisarts? Doe je dat zelf? Of verwacht je dat van een ander, van een collega, partner, vrienden? Het is opmerkelijk dat de huisarts zorgt voor anderen, maar vaak tekortschiet in de zorg voor zichzelf. De aandacht voor anderen moet in balans zijn met de aandacht voor jezelf. En de setting dient zodanig te zijn dat de zorg voor elkaar expliciet en transparant is. Dat hoort bij samenwerking.

Coaching, supervisie en interventie zijn methoden om op deze vijf thema's persoonlijk in te gaan en het plezier te her vinden. Coaches zijn te vinden via www.coachesvoormedici.nl. Veel huisartsen nemen deel aan interventiegroepen waarvan de samenstelling, het niveau en de methoden verschillen. Intervisie onder begeleiding heeft meestal een beter resultaat. Een van die methoden is de balintmethode.

Balintmethode

De balintmethode is in de jaren vijftig geïntroduceerd door Michael Balint, een Hongaarse psychiater-psychoanalyticus die samenwerkte met huisartsen in Londen. Hij merkte dat de huisartsen problemen ondervonden met patiënten die te maken hadden met overdracht en tegenoverdracht. Doel is zelfonderzoek en ontwikkeling van het gevoelsleven. Een

balintgroep wordt begeleid door een psychoanalytisch geschoolde hulpverlener, meestal een psychiater of psychotherapeut. Er zijn in Nederland 45 geregistreerde groepen (zie www.balintnederland.nl). Een balintgroep helpt door ruimte te creëren voor de huisarts en zijn persoonlijke ervaring, door steun te bieden en door het inbrengen van de eigen associaties van de groepsleden. Deze associaties zijn ongeacht de inhoud verbonden aan de problematiek van de inbrenger. Dergelijke groepen functioneren vaak langdurig. De deelnemers ervaren een hechte band.

Het begrip 'overdracht' staat voor het totaal van gevoelens dat de patiënt ervaart ten opzichte van de huisarts (bijvoorbeeld moederlijk, straffend, eisend, vleidend). Soms zijn deze gevoelens sterk aanwezig; de meeste huisartsen herkennen voorbeelden direct. Een sterke overdracht is meer gerelateerd aan de persoon van de patiënt dan aan de actuele situatie tijdens het spreekuur. Door de eigen gevoelens van 'tegenoverdracht' te begrijpen, kan de huisarts een beeld krijgen van deze overdracht en zo van de verwachtingen en de valkuilen. Bij de balintmethode wordt getracht tegenoverdracht te begrijpen in wat die zegt over de patiënt en diens onbewuste verwachtingen. En tegenoverdracht zegt altijd iets over de huisarts zelf.

'Mevrouw W. is als altijd beleefd, zorgvuldig en monter. Ze zal nooit vergeten te vragen hoe het met mij gaat. Toch geeft mij dit een ongemakkelijk gevoel. Ik mag tegenover haar niet tekortschieten.' In de balintgroep kun je onderzoeken wat een patiënt als mevrouw W. met je doet, in welke positie ze je onbewust neerzet. Je wilt je vrijer voelen, de groepsleden geven hun indrukken weer. Daarmee spiegelen ze verschillende aspecten om samen te proberen het beeld compleet te maken. Daarbij kunnen ook de deels onbewuste wensen en impulsen van de huisarts zichtbaar worden. Je leert elkaar goed kennen en de acceptatie van de anderen maakt het gemakkelijker om eigen zwaktes te zien en te accepteren. Er ontstaat meer ruimte en plezier!

CONCLUSIE

Door de complexe veranderingen in het huisartsenvak is een situatie ontstaan die zorgelijk is. Het omgaan met de emotionele impact van het dagelijkse werk vergt meer dan de klassieke aanpak van 'diep ademen en doorgaan'. Nieuwe paradigma's zijn nodig. Coaching kan daarbij een pre zijn. Intervisie – bij voorkeur begeleid – is voor elke huisarts wenselijk. De balintmethode is een van de mogelijkheden. ■