

122

NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP
Burgemeester Reigerstraat 87
3581 KP UTRECHT tel. 030-516741

 **NIVEL**
bibliotheek
Liefhartingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

HANDLEIDING VOOR HUISARTSEN-PROJEKTGROEPEN

diskussie, literatuurstudie, rapportage en onderzoek door
groepen huisartsen over huisartsgeneeskundige onderwerpen

WERKGROEP PROJEKTEN:

november 1979

Drs. K. Blanken, socioloog

M. Cottaar

P. Cromme

Dr. C. de Geus

Dr. J. van Noort

} huisarts

INHOUDSOPGAVE HANDLEIDING PROJEKTEN	BLZ
I. HET PROJEKTENPLAN	1
II. DE START VAN EEN PROJEKT	3
1. De deelnemers.	3
2. Voorzieningen.	4
3. Het groepsfunktioneren.	4
4. De keuze van een onderwerp.	7
5. De ondersteuning van projectgroepen.	8
III. DE VERKENNING VAN ELKAARS WERKWIJZE	9
1. De sleepnetmethode.	9
2. Andere verkenningsmethoden.	11
IV. VAN VERKENNING NAAR VRAAGSTELLING	13
1. De verwerking van het materiaal uit de ver- kenningsfase.	13
2. Het formuleren van vraagstellingen.	14
3. Naar beantwoording van de vraagstellingen.	15
V. HET VERDERE VERLOOP VAN EEN PROJEKT	16
1. Het groepsproces.	16
2. De inhoud van het project.	18
VI. DE AFRONDING VAN EEN PROJEKT	20
1. Onderzoek, toetsing en nascholing.	20
2. De rapportage.	21
VII. OVERZICHT VAN HET VERLOOP VAN EEN PROJEKT	22
BIJLAGEN:	
I: Introductiebrief.	24
II: Sleepnetmethode LOOP00R.	26
III: Andere verkenningsmethoden.	29

I. HET PROJEKTENPLAN

Hoe kan ik dit probleem hanteren? Wat zou de beste aanpak zijn? Dit zijn vragen waarop je als huisarts in je dagelijks werk vele malen het antwoord moet zien te vinden. Soms kun je een standaardbeleid voeren, maar vaak ontbreekt dit. Bovendien komt de vraag achteraf, of de ingeslagen weg de juiste is, meestal niet aan bod. In de praktijk immers eist de volgende patient alle aandacht op.

Iedere huisarts ontwikkelt zijn eigen gewoonten om bepaalde problemen op een bepaalde manier aan te vatten. Eigen inzicht en inventiviteit spelen dus een belangrijke rol in het huisartsenvak. Dat is de charme van het beroep, maar het maakt ons ook kwetsbaar. Doe ik het zo wel goed? Dōe ik het wel zo goed? Deze vragen blijf je jezelf stellen.

Om te komen tot een beter funktioneren in het algemeen zijn er onder meer trainingen in methodisch werken. Terwille van een beter funktioneren in konkrete situaties en bij bepaalde problemen ontwikkelt de Werkgroep Projekten van het N.H.G.-bestuur het Projektenplan.

In het plan staat de ervaring centraal dat ieder onderwerp (hetzij een klacht, een ziekte of een probleem waar je regelmatig mee te maken hebt) aspecten vertoont die specifiek huisartsgeneeskundig zijn. Dat wil zeggen, wat is voor jou als huisarts van belang om te weten en te kunnen bij de aanpak van een bepaald verschijnsel in de praktijk? Deze vragen te beantwoorden is het doel van een projekt. Wat formeler gezegd komt dit neer op: de huisartsgeneeskundige aspecten van een onderwerp aan het licht brengen en nagaan welke problemen met die aspecten in de praktijk verbonden zijn.

De gedachte achter het plan is, dat huisartsen zelf duidelijk maken wat huisartsgeneeskunde inhoudt. Dat is om twee redenen van belang. In de eerste plaats omdat het de deelnemers aan een projekt een houvast biedt in het dagelijkse werk. In de tweede plaats kan het uitgangspunten opleveren voor toetsing en nascholing, wetenschappelijk onderzoek en beleid.

Om beide redenen is een systematische aanpak van een projekt noodzakelijk. Het goed funktioneren van een projekt wordt erdoor bevorderd, terwijl verder mogelijk wordt dat de resultaten van meerdere projektgroepen in hetzelfde kader geplaatst worden.

Deze handleiding is geschreven op basis van de ervaringen die opgedaan zijn in enkele proefprojekten en in de zogenaamde h.g.h.-groepen (h.g.h. = huisartsgeneeskundig handelen) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Ze bevat aanbevelingen om in betrekkelijk korte tijd (ongeveer $1\frac{1}{2}$ jaar of 20 bijeenkomsten) een eenmaal gekozen onderwerp grondig te verkennen.

De algemene lijn is:

- De relevante problemen die het onderwerp in ieders praktijk met zich mee brengt, worden expliciet gemaakt.
- De mogelijke oplossingen hiervoor worden door middel van discussie, studie en - eventueel - onderzoek geïnvventariseerd en afgewogen.
- Met een rapportage wordt het projekt afgerond.

Natuurlijk hoeft een projekt niet $1\frac{1}{2}$ jaar te duren en kan het ook tussentijds afgebroken worden. In alle gevallen is de rapportage noodzakelijk om anderen verder te helpen.

Tot besluit: als we de huisartsgeneeskunde mogen vergelijken met een legpuzzel, dan zijn de projekten stukjes daarvan die uitgesneden, ingekleurd en samengevoegd hele stukken van de huisartsgeneeskunde in beeld kunnen brengen.

II. DE START VAN EEN PROJECT

Om te kunnen beginnen met een projekt moeten er deelnemers zijn. Deze hebben een ruimte nodig voor hun bijeenkomsten, terwijl verder nog wat kleinere voorzieningen getroffen moeten worden.

Het werken in een groep - zeker ook in een projektgroep - verloopt langs hindernissen. Realiseert men zich dit van te voren, dan kan men proberen ze te omzeilen.

Het bureau van het N.H.G. wil in de aanloopfase van een projekt, maar ook wel daarna, behulpzaam zijn.

1. De deelnemers:

Projektgroepen kunnen gevormd worden uit bestaande groepen, zoals N.H.G.-centra, waarneemgroepen, en dergelijke. Verder wordt gedacht aan speciaal voor dit doel op te richten groepen. In bijlage I, aan het einde van de handleiding, is als voorbeeld een introductiebrief opgenomen, waarmee men de kollegae kan oproepen deel te nemen aan een projekt. Om goed te kunnen funktioneren is een minimum aantal deelnemers noodzakelijk; maar een groep mag ook weer niet te groot worden. In een (te) kleine groep is de diversiteit van meningen misschien niet groot genoeg. Dit is juist een van de pijlers waarop het projekt steunt, omdat de verschillen van inzicht de nieuwsgierigheid prikkelen. Een kleine groep is bovendien nog gehandicapt bij het verdelen van taken, zoals het opsporen en bestuderen van literatuur. In een groep die (te) groot is zal het daarentegen moeilijk zijn om iedereen voldoende intensief mee te laten doen.

Wij vinden dat het minimum aantal deelnemers vijf is. Een maximum durven wij niet zo goed aan te bevelen. De ervaring leert dat met 10 deelnemers een projekt nog werkbaar is.

2. Voorzieningen:

De grootte van de groep bepaalt natuurlijk de omvang van de ruimte die men nodig heeft om samen te komen. Voor een kleine groep kan de studeerkamer van een van de deelnemers soms al voldoende zijn. Grotere groepen kunnen zich beter richten op bestaande vergaderakkomodaties bij een ziekenhuis, dorps huis, gezondheidscentrum of horeca-onderneming. Een noodzakelijk ondersteuningsmiddel voor de groepsdiscussie is een flapoverstandaard, met voldoende vellen papier. Vergeet niet de viltstiften. Materiaal om persoonlijke aantekeningen te maken zal iedere deelnemer zelf wel meebrengen. Toch is het goed een paar bloknotes en potloden ter beschikking te houden.

Voor de noodzakelijke verspreiding van schriftelijke informatie onder de deelnemers aan een project heeft men onder meer een typemachine, wat tijd van een typiste en een kopieermachine nodig. Men kan hiervoor eventueel de steun van het bureau van het N.H.G. inroepen.

Op een gegeven moment zal men in de literatuur duiken. In eerste instantie zal het voldoende zijn de handboeken uit de eigen boekenkast te gebruiken en recente jaargangen van de bekende vakbladen: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap, Patient Care, enz. In tweede instantie kan men hulp verwachten van de documentalist of de beheerder van de bibliotheek van een perifere ziekenhuis of van een universiteit. Enkele universitaire huisartsen instituten zijn bovendien bereid hulp te verschaffen bij het zoeken naar de benodigde literatuur.

3. Het groepsfunctioneren:

Deelnemen aan een project betekent samenwerken met anderen. Dat proces kan moeizaam verlopen als men er weinig of geen ervaring mee heeft. Houd voortdurend voor ogen dat het resultaat van een project weliswaar van groot belang is, maar dat de weg erheen bepaalt of en in hoeverre dit

doel bereikt wordt. Met andere woorden: verlies het einddoel niet uit het oog, maar concentreer je op de gebeurtenissen die "hier en nu" in de groep aan de orde zijn. Natuurlijk zijn een paar grondregels voor het sociale verkeer van belang: wees gewoon jezelf en aksepteer het dat een kollega dat ook is. Bedenk dat het gemakkelijk is kritiek te leveren, maar dat het meer zin heeft te weten waarom iemand een andere mening heeft. Realiseer je ook dat niet iedereen dezelfde spankracht heeft en neem dan ook rustpauzes in acht.

Deze algemeenheden zijn echter niet voldoende om een groep goed te laten funktioneren. Daarom vervolgen wij hier met enkele organisatorische aanbevelingen. Al doende leert een groep samen te werken en dat is op zichzelf al een goede reden om een projekt te beginnen.

- Maak afspraken over plaats, frekwentie, tijdstip en duur van de bijeenkomsten. De meeste mensen vinden het prettig stipt op tijd te beginnen en met een uitlopmarge van ongeveer een kwartier ook op een afgesproken tijd te sluiten.
- Bespreek wie de leiding van het projekt op zich neemt. Het is aan te raden hiervoor een duo aan te wijzen en wel een gespreksleider en een rapporteur. Deze functies kunnen mettertijd verwisselen.

De gespreksleider bewaakt de agenda, de tijd en de voortgang in de vergadering. De rapporteur maakt een puntenverslag, verzorgt de distributie hiervan en van konvokaties en andere schriftelijke informaties.

- Maak afspraken over eventuele wijzigingen in de samenstelling van de groep en over de mogelijkheid om tijdelijk gasten bij het projekt te betrekken.
- Maak na een aantal (drie tot vijf) bijeenkomsten een excerpt uit de verslagen en leg de problemen die dan relevant zijn vast. Zodoende begin je al vroegtijdig de eindrapportage te structureren. Wanneer het dan een-

maal zover is, zal deze fase des te sneller verlopen.

- De deelnemers aan het projekt moeten zichzelf kunnen zijn in de groep en daarom is het aan te raden om van tijd tot tijd te bespreken of iedereen zich nog thuis voelt in het gezelschap en tevreden is met de voortgang van het projekt.
- Voorkom dat de voortgang van het projekt stagneert door vertraging bij een van de deelnemers. Door regelmatig te evalueren zal het makkelijker bespreekbaar zijn als een van de leden van de groep achterblijft t.a.v. de taken die hij op zich genomen heeft.

Een projektgroep heeft een specifiek doelen daarom moet niet alleen op het groepsproces gelet worden, maar ook op de eisen die dit doel stelt. De nu volgende vuistregels hebben hun waarde in de praktijk bewezen:

- Maak voldoende tijd vrij, niet alleen voor het bijwonen van de vergaderingen maar ook - en vooral - voor het opsporen en bestuderen van de literatuur.
- Blijf nadrukkelijk trouw aan het gekozen onderwerp. Bijvoorbeeld: het onderwerp is kinderen met een loopoor, dat wil zeggen, kinderen met een oor dat loopt en niet oren die op doorbreken staan. Neem dit op in de regelmatige evaluatie.
- Bespreek aan het begin de projektdoelstelling en de verwachtingen van ieder van de deelnemers en ga regelmatig na of het projekt nog tegemoet komt aan de belangstelling van alle deelnemers.
- Wanneer blijkt dat een onderwerp te veel omvat, bespreek dit dan, krimp het eventueel in of wijzig het.
- Beschouw kasuïstiek als een zijpad, dat slechts betreden wordt voor zover het van betekenis is voor het vervolgen van de hoofdweg, de huisartsgeneeskundige aspecten van het onderwerp aan het licht te brengen.
- Indien het wenselijk is externe deskundigen te raadplegen, laat dan een van de deelnemers zich hiermee belasten.

Bespreek, alvorens iemand ter vergadering uit te nodigen, wat men hiervan verwacht.

- Maak in de discussie voortdurend het onderscheid tussen wat men feitelijk doet in de praktijk, wat men gegeven de praktijkomstandigheden een optimale handelwijze vindt en wat men gegeven het onderwerp de ideale aanpak zou vinden. Bedenk hierbij dat het om huisartsgeneeskunde gaat en niet om wat specialistisch mogelijk is.
- De discussie en de literatuurstudie zullen vragen oproepen die binnen de groep niet alle beantwoord kunnen worden. Leg deze vragen vast, verklaar waarom ze niet beantwoord kunnen worden, motiveer het belang van een antwoord op deze vragen en tracht suggesties te doen voor nader onderzoek.

4. De keuze van een onderwerp:

Elk onderwerp is geschikt voor een project, omdat niet het onderwerp voorop staat, maar de manier waarop men er in de praktijk mee omgaat. Toch doet men er goed aan de keuze van een onderwerp met zorg te verrichten. Het onderwerp moet namelijk interessant zijn en voldoende discussiestof opleveren. Het onderwerp mag echter ook weer niet te omvangrijk zijn om te voorkomen dat het de studie- en discussievermogens van de groep te boven gaat. Uiteraard zal de ene groep meer aan kunnen dan de andere. Dit is afhankelijk van vragen zoals:

- hoe lang bestaat de groep al?
- heeft men ervaring met het werken in groepen?
- hoeveel tijd kan men besteden aan (literatuur)studie?
- is men bekend met de zoekprocedures voor literatuur?
- heeft men onderzoekservaring?

Wij bevelen de volgende manier aan om een onderwerp te kiezen:

- Ieder van de deelnemers schrijft een aantal (van twee tot vijf) onderwerpen die hij of zij interessant vindt op een flapover.
- Onderwerpen die vaker genoemd worden of die nauw ver-

want zijn, voegt men samen.

- Over het lijstje van onderwerpen dat dan ontstaan is, wordt een zekere tijd gediskussieerd. Men gaat hierbij in op de motieven waarom men het onderwerp interessant vindt, terwijl men verder de mogelijkheden inschat om het in de afgesproken tijd af te handelen.
- Iedere deelnemer noemt vervolgens uit het rijtje het onderwerp dat hem het meest aanspreekt en het minst. Leg dit vast door de onderwerpen van een +, dan wel van een - te voorzien.
- Kies vervolgens het onderwerp dat de meeste ++ en de minste -- gekregen heeft, of start de discussie opnieuw.
- Probeer in ieder geval tot een overeenstemming te komen.

5. De ondersteuning van projectgroepen:

Het bureau van het N.H.G. wil op verzoek hulp verlenen aan projectgroepen. Dit houdt in de eerste plaats administratieve steun in. Hieronder verstaan we: het typen en fotokopiëren van verslagen of konvokaties en - zo nodig - de verzending hiervan naar de deelnemers van het projekt. Het opzoeken van literatuur, het fotokopiëren van artikelen of het regelen van een vergaderdatum valt nadrukkelijk niet onder deze vorm van steun.

Bij ernstige belemmeringen in het verloop van een projekt kan voorzien worden in advies en eventueel begeleiding.

III. DE VERKENNING VAN ELKAARS WERKWIJZE

Nadat een onderwerp gekozen is, wordt de volgende stap in het projekt de verkenning van de werkwijze die ieder in de praktijk volgt t.a.v. het onderwerp. Het doel is dat van de diverse werkwijzen een totaal-beeld ontstaat. Een overzicht van de overeenkomsten en verschillen in het huisartsgeneeskundig handelen vormt de basis voor het verdere verloop van het projekt. Er zijn verschillende manieren denkbaar om dit beeld naar voren te halen. Een daarvan zullen wij onder de naam "sleepnetmethode" verder uitwerken. Enkele andere worden daarna in het kort aangegeven.

1. De sleepnetmethode:

De sleepnetmethode is onze benaming voor de SOAP-metodiek van brainstorming. Wij hebben een voorkeur voor deze aparte benaming omdat het om een variant van de SOAP-metodiek gaat.

De letters "SOAP" staan voor:

- S (subjective) wat komt er bij je op bij dit onderwerp?
- O (objective) waar vraag je naar als iemand met deze klacht of ziekte zich tot je wendt?
- A (assessment) welk onderzoek verricht je en welke nevenonderzoeken vraag je aan?
- P (planning) wat is je diagnose en wat denk je verder te gaan doen? Welk resultaat beoog je hiermee?

Deze vragen worden achtereenvolgens door de deelnemers beantwoord. Dit wordt vastgelegd op flapovers. Op deze wijze ontstaat aan het einde van de brainstorming een groot aantal uitspraken die weergeven welke elementen in het handelen van de deelnemers bij dit onderwerp een rol spelen. (Bijlage II geeft een voorbeeld van het resultaat

van een brainstorming volgens de sleepnetmethode). Het is nu niet van belang om vast te stellen wie juist of minder juist handelt, of men gewoontegetrouw zo handelt dan wel alleen bij bepaalde omstandigheden. Het gaat er wel om, dat de deelnemers enig inzicht krijgen in de overeenkomsten en verschillen in elkaars werkwijze. Deze brainstorming kan ook anders gestructureerd worden. De S van subjective wordt in de sleepnetmethode namelijk gebruikt om te zien wat dit onderwerp bij de huisarts persoonlijk oproept, maar bij deze letter kan ook gevraagd worden naar de wijze waarop een klacht gepresenteerd wordt.

Hieronder volgen twee verschillende manieren, die beide enigszins afwijken van de sleepnetmethode:

A.

- P: De presentatie van de klacht.
- I: De informatie die de huisarts wil verzamelen (zowel door te vragen als door te onderzoeken of door neven-onderzoeken aan te vragen).
- A: De analyse van de informatie.
- P: Het plan van (be)handeling.

B.

- S: Wat komt er bij je op bij dit onderwerp?
- O: Wat weet je en wat zijn de feiten met betrekking tot dit onderwerp?
- A: Wat wil je allemaal weten, onderzoeken en vragen?
- P: Wat ga je doen om antwoord op je vragen te krijgen?

Het moge duidelijk zijn dat op deze manier iedere groep zijn eigen structuur in de brainstorming kan aanbrengen. Men kan bovendien ook ongestructureerd brainstormen (vrije associatie) of dit proces schriftelijk laten verlopen. Bij de vrije associatie is het de bedoeling dat de ideeën die spontaan bij de deelnemers naar boven komen zonder

het gebruik van een bepaalde rubricering genoteerd worden.

De schriftelijke brainstorming is een manier waarbij de deelnemers ieder voor zich hun ideeën puntsgewijs neerschrijven op een kaartje (ieder idee krijgt zijn eigen kaartje). De kaarten prikt men op of stalt men uit en vervolgens overlegt men hoe men de kaarten zal rubriceren. Daarbij kan men de vragen van de sleepnetmethode gebruiken of zelf andere rubrieken maken, afhankelijk van het gepresenteerde kaartmateriaal. Verschil van mening omtrent de rubricering lost men op door dubbelkaarten te vervaardigen.

Enkele voordelen van de schriftelijke brainstorming zijn: men hoeft niet te wachten tot men aan de beurt is, maar men kan allemaal tegelijk participeren; er wordt rekening gehouden met de wens anoniem te blijven; de verschillen in welsprekendheid spelen geen rol.

2. Andere verkenningmethoden:

- Spreekuurtoneel

Schrijf in dialogovorm een denkbeeldig spreekuurkontakt betreffende het gekozen onderwerp uit. Laat dit door iedereen schriftelijk becommentariëren en bespreek dit.

- Rollenspel

Iemand wil een geval inbrengen; hij speelt zelf de patiënt en kiest uit de deelnemers zijn huisarts. De overige deelnemers observeren het spel. Hierbij kunnen de rubrieken van de sleepnetmethode gebruikt worden. Na afloop legt men de indrukken van de patient en van de dokter vast, alswel de observaties van de overigen. Dit geheel bespreekt men.

- Observatie

Met behulp van de geluids- of beeldband kan men een gebeurtenis vastleggen, reproduceren en bespreken.

- Kasuïstiekbeschrijving

Aan de hand van bandjes, spreekuurnotities en registratiekaarten kan men een x-aantal gevallen betreffende het gekozen onderwerp beschrijven en dit vervolgens bespreken.

Evenals dit het geval is bij het volgen van de "sleepnetmethode" kan men aan de hand van een bespreking van het materiaal dat men op deze manieren verworven heeft een beeld krijgen van de wijzen van werken in de praktijk. In bijlage III worden deze, andere verkenningsmethoden toegelicht.

IV. VAN VERKENNING NAAR VRAAGSTELLING

De sleepnetmethode levert een kaleidoskopisch beeld op van de werkelijkheid waarin elementen van verschillende orde en gewicht naast elkaar voorkomen. Men zal dit materiaal eerst moeten verduidelijken (wat wordt precies bedoeld?), aanvullen (ontbreken nog elementen?) en wegen (wat vindt men belangrijk?). Vervolgens heeft men vraagstellingen nodig om verder te gaan.

Getracht wordt dan deze vragen te beantwoorden aan de hand van de literatuur, of door middel van eenvoudig onderzoek.

1. De verwerking van het materiaal uit de verkenningsfase:

De uitspraken die tijdens de verkenningsfase gedaan worden, zijn niet steeds even duidelijk. De volgende stap die de groep zet, is dan ook de bedoelingen achter de uitspraken helder te krijgen. Men kan dit zeer uitputtend uitspraak na uitspraak behandelen, of men neemt de lijst even door en bij voorkomende onduidelijkheden vraagt men om een toelichting.

Hoewel de kans niet groot is, kan het voorkomen dat men bepaalde elementen in de verkenning vergeten heeft. Daarom hebben we de onderstaande lijst gemaakt waarmee men het materiaal op volledigheid kan nalopen.

Is aandacht besteed aan:

- a. het onderscheid tussen symptoom, klacht, hulpvraag en diagnose?
- b. preventieve aspecten?
- c. medisch-technische aspecten?
- d. medisch-therapeutische aspecten (in het bijzonder: iatrogene schade)?
- e. medisch-psychologische aspecten?
- f. begeleidingsaspecten?
- g. de betekenis van het tijdsverloop?
- h. het sociaal functioneren (de invloed op het gezin, de omgeving en het werk)?
- i. financiële aspecten?
- j. het eigen persoonlijk functioneren?

- k. samenwerkingsaspecten binnen de eerste lijn?
- l. samenwerkingsaspecten met andere voorzieningen (o.a. de tweede lijn)?

m. de eigen verantwoordelijkheid van de patient?

De laatste stap in de verwerking van het materiaal alvorens naar de vraagstellingen over te gaan, is de weging van de uitspraken. Niet iedere uitspraak die tijdens de verkenning gedaan wordt, is even belangrijk. Het is dan ook de bedoeling een onderscheid te maken tussen hoofd- en bijzaken. Men gaat als het ware terug naar de start van het projekt en naar de motieven die toen een rol speelden bij de keuze van het onderwerp. Men kan hierbij het beste dezelfde procedure volgen. Dat wil zeggen:

- iedereen kiest uit elke rubriek één uitspraak waar hij het meeste en één waar hij het minste belang aan hecht.

2. Het formuleren van vraagstellingen:

De veelheid van gegevens die nu beschikbaar is, vormt een bonte verzameling van stellingen en onzekerheden, dingen die men zeker weet, niet zeker weet of zeker niet weet. Het aantal vragen dat men aan dit materiaal kan ontleen, kan men ad libitum uitbreiden, al was het maar door iedere uitspraak van een vraagteken te voorzien. "Het is zo, dat ..." wordt dan: "Is het wel zo, dat ...?". Stelling wordt veronderstelling of hypotese.

Men kan nu behoefte krijgen een uitspraak waarover iedereen in de groep het eens is, toch op zijn juistheid te toetsen. Als men hiertoe besluit, is het nuttig zich bewust te maken waarom. Waarom vinden we deze vraag relevant? Zijn er in het materiaal uitspraken waarover geen eenstemmigheid bestaat, dan liggen de vragen voor het opschrijven. Ook dan kan het zinvol zijn één mening tot uitdrukking te brengen in een hypotese en die, alvorens haar te toetsen, op haar relevantie te bekijken. Hier, zoals ook in het voorgaande geval, moet men in het oog houden,

dat "juist" nog niet hoeft te betekenen "het enig juiste!".

Er leiden meer wegen naar Rome.

Resten de vragen die zich al eerder (bijvoorbeeld bij het brainstormen) als zodanig aangediend hebben. Vragen die rezen en onbeantwoord bleven. Dan is het, evenals in de vorige situaties, de kunst een vraag helder te formuleren. Het mag voor niemand onduidelijk zijn wat je bedoelt. De vraag is maar voor één uitleg vatbaar. Van de aard van de vraagstelling is afhankelijk hoe het beste naar een antwoord gezocht kan worden. Bij voorbaat zij men gewaarschuwd voor de teleurstelling die men beleeft wanneer de gegevens die men met veel moeite verzameld heeft, de vraag niet blijken te beantwoorden. Een zorgvuldig beraad vooraf - welk en hoeveel materiaal hebben we nodig - kan deze teleurstelling voorkomen.

3. Naar beantwoording van de vraagstellingen:

Men kan de vraagstellingen vervolgens op verschillende manieren aanpakken:

- a. Men vergelijkt de oplossingen die men nastreeft met die van de andere leden van de groep.
- b. Men zoekt in de literatuur op of deze vraagstellingen voorkomen, welk belang eraan gehecht wordt en wat de aangegeven oplossingen zijn.
- c. Men gaat na of de vraagstellingen onderzoekbaar zijn. Zo ja, dan ontwerpt men een onderzoeksprogramma.
- d. Men legt de vraagstellingen voor aan een forum van deskundigen.

Natuurlijk kunnen deze mogelijkheden gekombineerd worden, afhankelijk van de tijd die men in het projekt wil steken en van de beschikbaarheid van bijvoorbeeld een metodoloog of van deskundigen.

V. HET VERDERE VERLOOP VAN EEN PROJEKT

Gaandeweg verandert de losse verzameling van deelnemers aan een projekt in een echte groep. Dat wil zeggen, persoonlijke interessen worden groepsinteressen die op hun beurt richting en vorm geven aan wat de deelnemers individueel denken, willen en doen. Dit proces is van groot belang voor een projekt omdat het de deelnemers motiveert door te gaan en omdat het een efficiënte taakverdeling mogelijk maakt.

Hoe een projekt zich ontwikkelt, wat de deelnemers precies gaan doen, alvorens het projekt af te ronden is niet alleen afhankelijk van het groepsproces maar ook van de aard van de vraagstellingen en van andere factoren.

1. Het groepsproces:

Iedere groep maakt zijn eigen geschiedenis. In elke groepsgeschiedenis komen echter stevast dezelfde problemen voor:

- vertrouwt men elkaar?
- aksepteert men discipline en leiding in de groep?
- ontwikkelt men een gemeenschappelijke kijk op het te behalen resultaat?
- komt men tot een taakverdeling in de groep?
- besluit men met de resultaten van het projekt naar buiten te treden?

Verwarde discussies en uitvoerige kasuïstiekbesprekingen zij doorgaans signalen van een gebrek aan onderling vertrouwen. Als men dan probeert door een straffere leiding meer discipline in de groep te brengen zal men ervaren dat dit averechts werkt. Iedereen wil gelijk hebben, men probeert elkaar vliegen af te vangen, sommigen haken af en iedereen krijgt de pé in. Als men elkaar vertrouwt zal men gemakkelijker gevoelens tonen, luisteren, om verduidelijking vragen wanneer men iets niet begrijpt en elkaar helpen zo goed mogelijk te formuleren. De gespreksleider zal er dan ook in de eerste plaats op uit zijn een sfeer te scheppen waarin het onderlinge vertrouwen kan

groeien. Hij haalt de teugels niet meteen aan, stimuleert deelnemers zich te uiten en geeft iedereen daarvoor de ruimte. Dit alles betekent dat een gespreksleider geen voorzitter is maar een "procesbewaker". Meestal zal hij niet de enige zijn die deze functie vervult: iedereen bewaakt mee. In een hechte groep wisselt men het bewaken van het proces makkelijk af, bijvoorbeeld wanneer de gespreksleider een zware dag achter de rug heeft.

Een gemeenschappelijke kijk ontwikkelen op het resultaat waar uiteindelijk naar toe gewerkt wordt, is een van de moeilijkste fasen. Vaak merkt men ook pas door vast te lopen in een latere fase dat men dit probleem nog niet voldoende doorgewerkt heeft.

De volgende fase in het groepsproces is de taakverdeling. Wanneer het proces goed verloopt, zal men hier vanzelf behoefte aan krijgen. Meestal zal men dit niet zover doorvoeren dat iedere deelnemer een specifieke taak krijgt. Enkele subgroepjes nemen de verantwoording op zich om, bijvoorbeeld, de beschikbare literatuur uit te pluizen. Forceer de vorming van subgroepen niet.

Natuurlijk kan men door taakverdeling efficiënter werken, maar alleen dan wanneer men door de voorafgaande fasen heen gegroeid is. Anders zal men een taakverdeling vlug gaan zien als een opdracht, een verplichting die men moet vervullen. Er kan echter geen sprake van zijn in een projectgroep dat men elkaar ergens toe dwingt want men is bijeen op basis van vrijwilligheid.

In een minder hechte groep leidt taakverdeling vaak tot een machtsstrijd. Die strijd wordt weliswaar verhuld maar de signalen ervan duiken in de gedachten van de groepsleden op in de vorm van vragen, zoals: hij doet het leukere stuk werk en scheept mij af met de moeilijkheden, of, hij werkt met die aardige kollega en ik moet het met die zeurpiet doen. Een onderlinge machtsstrijd is overigens een normaal groepsfenomeen. Mits men zich bewust is van

het verschijnsel kan het de groei van de groep zelfs aanmerkelijk versterken.

2. De inhoud van het projekt:

Hoe de inhoud van het projekt verder ontwikkeld wordt na de toepassing van de sleepnetmethode kan moeilijk in deze algemene handleiding vastgelegd worden. De belangstelling van de groep is de voornaamste richtinggever. Wij willen bepleiten dat aan iedere kategorie van de sleepnetmethode aandacht wordt besteed. Zodoende kan een totaalbeeld van het beleid van een groep ontstaan.

Men zit in dit geval waarschijnlijk met meerdere vraagstellingen, die niet allemaal even degelijk uitgewerkt kunnen worden. Diskussie, literatuurstudie en mogelijk een beperkt opgezette registratie zijn de meest geëigende middelen om het projekt dan mee te vervolgen.

Het kan ook zo gaan, dat men vooral voor één bepaalde kategorie belangstelling ontwikkelt, of voor één bepaalde vraagstelling. Van de aard hiervan hangt het dan af hoe men met het projekt doorgaat. Gaat de aandacht naar het persoonlijk funktionieren uit (de kategorie subjektief) dan leveren rollenspelen en diskussie waardevol materiaal op. Is men vooral praktisch georiënteerd, dan gaat men misschien werken aan een evaluatie van het gebruik van bepaalde instrumenten. Koncentreert men zich op de diagnostiek, dan wil men misschien een protokol ontwerpen. Het zal duidelijk zijn dat uiteenlopende voortzettingen van een projekt mogelijk zijn.

Met welk deelonderwerp men ook verder gaat, altijd krijgt men te maken met vragen als, wat is normaal, wat is goed, wat is slecht, wat is ideaal, wat is optimaal haalbaar? Door de vergelijking van elkaars werkwijze kan men een groepsnorm ontwikkelen. Vaak zal blijken dat de uiterste grenzen van deze norm ver uitelkaar liggen, of dat de norm afwijkt van wat als ideaal beschouwd wordt. Vaak ontbreekt een ideale norm. Altijd echter houdt men er wel opvattingen op na over wat "goed"

en "slecht" is in de huisartsgeneeskundige praktijk.

Meestal leven deze opvattingen impliciet.

In het kader van een projekt is het juist erg belangrijk meningen over "goed" en "slecht" huisartsenhandelen expliciet te maken en met argumenten aan te tonen waarom een waarde-oordeel zo uitvalt.

De literatuur zal in de meeste gevallen te hulp worden geroepen als men naar argumenten zoekt. Het zal echter blijken dat huisartsgeneeskundige literatuur vrijwel ontbreekt. Projekten zullen dan ook vaak pionierswerk moeten verzetten. Als men geen toetsstenen in de literatuur vindt, valt men terug op de eigen kracht van de groepsdiskussie. Ook kan het zinvol zijn bepaalde vraagstellingen voor te leggen aan een forum van deskundigen.

VI. DE AFRONDING VAN EEN PROJEKT

Het resultaat van de bewerking van de vraagstellingen kan uitmonden in een voorstel voor nader wetenschappelijk onderzoek, een advies voor nascholing, of richtlijnen voor het dagelijks handelen.

Het projekt wordt afgerond met een rapportage over het verloop en de gevonden resultaten.

1. Onderzoek, toetsing en nascholing:

Van het begin af aan werden de praktijkervaringen van de deelnemers uitgewisseld. Men stuitte op overeenkomsten en verschillen waarvan men trachtte de achtergronden te achterhalen. De vraagstellingen werden bewerkt en nu komen de eindvragen van het projekt aan de orde:

1. Hebben wij antwoord(en) op onze vragen kunnen vinden?
2. Hoe belangrijk is het de vraagstellingen beantwoord te vinden?
3. Voor wie zijn de antwoorden van belang (patient, huisarts, enz.)?
4. Hoe verdeeld zijn de antwoorden?
5. Wat zijn de konsekwenties van uiteenlopende antwoorden?

Het zal blijken dat dit moeilijke vragen zijn. Het antwoord is echter bepalend voor de richting die in de eindrapportage gevolgd wordt. Had het projekt vooral betekenis als nascholing voor de deelnemers, dan is het misschien mogelijk een advies te geven over de noodzaak van nascholing in dit onderwerp en welke aspecten dan vooral de aandacht verdienen.

Het projekt eindigt anders wanneer de resultaten een bepaald criterium (hetzij voor de structuur, of voor het proces van het huisartsgeneeskundig handelen, dan wel voor het te verwachten resultaat) aannemelijk maken. Natuurlijk hoeft een criterium dat zo ontstaat niet algemeen geldig

te zijn. In ieder geval zullen de argumenten voor een bepaalde standaardisering stof opleveren voor verdere discussie.

Het is een onvermijdelijke ervaring in een projekt op te merken hoe weinig specifiek huisartsgeneeskundige literatuur beschikbaar is. Een projekt is daarom al van belang indien het vraagstellingen oplevert die verder, wetenschappelijk onderzoekbaar zijn.

2. De rapportage:

Door regelmatig te evalueren zal gaandeweg duidelijk worden hoe de eindrapportage over het projekt eruit gaat zien.

De eindrapportage zal tenminste een uiteenzetting moeten bevatten over het doel van het projekt. Het spreekt vanzelf dat in deze handleiding het doel algemeen gehouden is en dat in de praktijk in de ene situatie bepaalde onderdelen meer belangstelling genieten dan in een andere situatie. Om een vergelijking mogelijk te maken is een doelomschrijving dus onontbeerlijk. Verder wordt in de eindrapportage uiteengezet hoe het projekt verlopen is, zodat de buitenstaanders zich een idee kunnen vormen van de wijze waarop de vraagstellingen tot stand zijn gekomen en de studie of het onderzoek uitgevoerd is. Dit is van belang om de resultaten van het projekt beter te kunnen interpreteren.

Het hoofdbestanddeel van de eindrapportage bevat uiteraard een uiteenzetting over de redenen waarom juist deze vraagstellingen gekozen zijn en welke oplossingen ervoor geboden worden. Tenslotte worden de konklusies geformuleerd in termen van een nascholingsadvies, onderzoeksvoorstel of praktische richtlijn.

VII. OVERZICHT VAN HET VERLOOP VAN EEN PROJEKT

1. Maak kennis met elkaar, bespreek het doel en de opzet van een projekt, breng in diskussie wat de deelnemers ieder voor zich verwachten te leren in een projekt en suggereer een paar onderwerpen. Kies vervolgens een onderwerp.
2. Pas de sleepnetmethode toe op het gekozen onderwerp.
3. Bespreek het resultaat hiervan uitvoerig, vul het materiaal aan, weeg het en leg de hoofdzaken waar de groep zich waarschijnlijk mee bezig wil houden zo goed mogelijk vast.
4. Verwerk het sleepnetmateriaal tot vraagstellingen en probeer deze zo helder mogelijk te formuleren. Maak afspraken over het opzoeken, bestuderen en rapporteren van literatuur. Bespreek andere mogelijkheden voor voortzetting van het projekt: konsultaties van deskundigen, registratie.
5. Analyseer wat de resultaten van de literatuurstudie, de inschakeling van deskundigen of het verrichten van een eigen onderzoek opleveren voor de beantwoording van de gestelde vragen. Wat zijn de konsekwenties hiervan voor de praktijk?
6. Maak een rapportage over het verloop van het projekt, de doelstelling, het resultaat van de studie of onderzoeks-fase en de konsekwenties hiervan voor de praktijk. Formuleer een voorstel voor nader, wetenschappelijk onderzoek, of een advies voor nascholing, of aanbevelingen voor het dagelijks handelen; combineer dit zo mogelijk.

De eerste, tweede en derde fase zal vier tot vijf bijeenkomsten in beslag nemen. De vierde en vijfde fase kan - afhankelijk van de zwaarte van het onderwerp en de mogelijkheden van de groep - vier tot twaalf en meer bijeenkomsten

vergen, terwijl voor de afrondende, zesde fase gerekend moet worden met ongeveer drie bijeenkomsten.

In totaal zal een projekt tussen de tien en twintig bijeenkomsten vereisen.

Bijlage I

INTRODUKTIEBRIEF

Geachte kollegae,

De huisarts is over het algemeen pragmatikus. Dit is ook nodig om de dagelijkse toevloed van de patiënten en problemen te verwerken. Meestal komt alles wel terecht, maar hoe zeker weten wij dat we het dan ook goed hebben gedaan. Ik bedoel: hoe stevig is de huisartsgeneeskundige basis van ons handelen.

Van het N.H.G. uit wordt getracht de belangstelling gaande te houden voor het zelfonderzoek door huisartsen van hun vak. Een projekt biedt hier goed de mogelijkheden voor.

Het houdt in:

1. Inventarisering: systematisch wordt getracht alles wat met een beperkt onderwerp in de huisartsgeneeskunde te maken heeft bijeen te brengen. De eigen praktijkervaringen komen op een indringende, maar niet bedreigende manier aan de orde en dit leidt tot een gemeenschappelijke herkenning van bepaalde problemen.
2. Vergelijking: deze problemen worden getoetst aan de literatuur, aan de mening van deskundigen of er wordt een eigen onderzoek naar opgezet. Hoe belangrijk zijn deze problemen, welke oplossingen zijn mogelijk, wat kan men daaraan hebben in de praktijk?
3. Rapportage: een projekt kan uitmonden in een voorstel voor nader, wetenschappelijk onderzoek, een advies voor nascholing, of richtlijnen voor het dagelijks handelen.

Samen met kollega wil ik proberen in een projekt op te zetten. Hiervoor hebben wij een bijeenkomst belegd op in op uur. We willen dan bespreken wat

ieder voor zich kan leren in een projekt, welke onderwerpen in aanmerking komen, hoeveel tijd een projekt in beslag gaat nemen en natuurlijk: wanneer we beginnen.

We roepen belangstellenden op zich te melden bij:

....

....

....

Met kollegiale groet,

....

Bijlage II

VOORBEELD VAN HET RESULTAAT VAN DE BRAINSTORMING VOLGENS
DE SLEEPNETMETODE: *HET LOOPPOOR.*

Subjektief

I. Wat komt er bij je op, wanneer je denkt aan een loopoor?

- duurt lang
- mag niet zwemmen, vinden zij vervelend
- complex gebeuren
- geeft vaak komplikaties
- vind ik leuk, want er is een rechtlijnige aanpak mogelijk
- is tenminste weer eens iets gewoons
- twijfel ik weer over antibiotica voorschrijven, als het van het middenoor uitgaat
- moeilijk om sukses te boeken want de mensen moeten veel dingen uitvoeren waarvan sommige niet leuk of pijnlijk zijn
- heeft volgende week zo'n eczeemachtige irritatie aan de oorschelp
- wat zou de verwekker zijn.

Objektief

II. Waar vraag je naar?

- doet het pijn
- sinds hoe lang
- koorts gehad
- oorpijn gehad
- pijn in de nek of in het hoofd
- wel eens eerder gehad
- ruikt het vies
- is het zomaar begonnen met lopen of was er voor die tijd al iets aan de hand
- jeukt het
- wat dacht u toen u merkte dat uw oor liep
- is er een trauma geweest van het hoofd
- hoort u slecht.

Analyse

III. Wat voor onderzoek doe je?

- en face kijken of er een zwelling is rond het oor
- is de oorschelp rood gezwollen
- is er afscheiding, wat voor kleur
- voelt het gebied warm aan
- lymphomen vlak onder de oorlel, bij de fossa articularis
- lymphomen langs de sternocleidomastoideus
- pijn bij druk in fossa art. mandibulae wanneer je met de pink drukt in de richting van het trommelvlies
- pijn bij trekken aan, bewegen van oorschelp
- pijn bij kloppen op mastoïd
- doorgankelijkheid neus links en rechts
- rood tranend oog aan dezelfde kant
- inspectie uitwendige gehoorgangen, kleur en zwelling
- inspectie trommelvlies zo mogelijk
- zonodig gehoorgang reinigen met wattenstaaf
- zonodig gehoorgang reinigen met waterstofperoxide in oorspuit of 20 cc steriele spuit
- is er een perforatie, waar, dat wil zeggen, wandstandig of centraal
- eiwitstrip en testtape.

Wat vraag je aan of doe je aan nevenonderzoeken?

- kweek van de afscheiding en antibiogram
- BSE of diff.
- mastoïdfoto bij lange duur of recidief.

Planning

IV. Aan welke diagnose denk je bij een "loopoor"?

1. Otitis media acuta met trommelvliesperforatie.
2. Otitis media chronica al of niet met mastoïditis.
3. Otitis externa.
4. Furunkel gehoorgang.

5. Nattend eczeem gehoorgang.
6. Liquorrhoe.
7. Cholesteatoom.
8. Poliep gehoorgang.
9. Doorgebroken dentogeen abces.

Wat denk je te gaan doen bij een loopoor t.g.v. 1 t/m 9?

- Bij: 1. Waterstofperoxide versus niets
Breedspectrumantibioticum.
2. Zonder mastoïditis therapie als bij 1.
Met mastoïditis verwijzen.
3. Furacine tampons
Kenalog Sofradex Locacorten Vioform.
4. Antibiotica oraal/zalf.
5. Idem 3.
6. Verwijzen neuroloog.
7. Verwijzen oorarts.
8. Verwijzen oorarts.
9. Verwijzen kaakchirurg.

Bijlage III

ANDERE VERKENNINGSMETODEN

1. Spreekuurtoneel

Voorbeeld: kind met loopoor

M = moeder

D = huisarts

Jan = kind met loopoor

- 0 M: "Zeg eens dag dokter".
D: "Hallo Jan".
M: "Er komt viezigheid uit zijn oor, ik zag het vanmorgen op zijn kussen".
- 5 D: (kijkend naar Jan: pips jongetje, zwijgend starend naar trommeltje met dropjes; rechter oor ingedroogde goorgelige afscheiding op de oorschelp, andere oor afgewend)
(weet voor zichzelf "otitis media perforata". Werpt en passant een blik op de kaart): "Dat had hij drie maanden geleden ook, hè, toen is het ook uit zichzelf doorgebroken".
- 10 M: "Ja, maar ik heb nu niks aan hem gemerkt".
D: "Jan, kom eens bij me" (tot moeder) "Dus hij heeft geen pijn gehad?".
- 15 M: "Nee, maar hij is erg hard voor zijn eigen".
Jan (haal krachtig zijn neus op. Dokter merkt snotneus).
M: "Moeten zijn amandelen er nou niet uit?"
D: "We zullen eens kijken".
- 20 Jan (tot M): "Jij moet meegaan" (M staat op. Jan trekt haar mee).
D: (pakt otoscoop) "Draai je eens om Jan. Ik kijk eerst met een lichtje in je goede oor, dan weet je hoe dat voelt (ziet er droog uit, dokter ziet cerumen). (Tot moeder, al kijkende in het oor): "Daar zijn ze tegenwoordig niet zo scheutig mee, met het weghalen van de amandelen, als het nou niet anders kan ...".
- 25

- M: "Aafje is er anders erg van opgeknapt ... maar ja, u zal het wel het beste weten ...".
- 30 D: (draait Jan om) "Nou hier eens kijken" (kijkt door otoscoop zonder deze in de prut te dopen, terwijl hij de oorschelp naar boven achter trekt. Ziet gelig concave vloeistofspiegel, troebel. Ruikt niets) "Het komt goed los".
- 35 M: "Ik denk wel eens, hij zal toch geen bloedarmoede hebben?".
- D en Jan (door elkaar): "Ja dat kan natuurlijk altijd" - "Ik wil geen prik".
- D: (pakt tongspatel uit een glazen beker): "Jan je laat je goed helpen. Doe je mond eens wijd open".
- 40 Jan (kijkt argwanend naar houten spatel en opent aarzelend zijn mond).
- D: (duwt met spatel tong omlaag) "Zeg eens A".
- Jan: Aaahchhhch (wordt vuurrood).
- 45 M: "Mag hij zeker weer niet zwemmen?"
- D: "Maar liever niet naar school en met zwemmen wachten we ook een poosje".
- Jan (kijkt veroordeeld).
- M: "En zijn abonnement dan?"
- 50 D: "Dat moet u zelf beslissen. Als hij vlot geneest mag hij met 2-3 weken wel weer in het water".
- M: "De badmeester wil een briefje hebben. Kan hij niet beter ophouden met de lessen. Hij kan nou toch niet meer diploma-zwemmen".
- 55 Jan: "Droppie ... " (krijgt hij).
- M: "Dat vergeten we niet".
- D: "Zeg maar tegen de badmeester dat dokters geen briefjes schrijven; dat hij op uw eigen mededeling kan afgaan".
- 60 M: "Maar hij vraagt erom".

D: "Als u dan mijn antwoord wilt overbrengen".

M: (kijkt voor zich uit, maakt zich sterk voor het treffen met de badmeester).

65 D: (schrijft recept) "Over een week zie ik Jan graag terug. Hij krijgt neusdruppels, drie keer op een dag en smeer op dat oor maar wat vaseline tegen de viezigheid. Loopt u nog even bij de assistente binnen voor een vingerprikje". (via intercom): "Wil je bij Jan Vendeloo een Hb-tje doen?"

70 Jan (neemt afweerhouding aan).

M: "Kom op, vorige keer heb je ook niet gehuild. Het is zo gebeurd". (loopt naar de deur, Jan voor zich uitduwend, draait zich bij de deur om): "O ja, mijn man vroeg of u wat had voor de hoofdpijn. Vooral als hij bukt heeft hij last".

75

D: "Stuur 'm dan maar eens langs. Dan kan Jan wel eens door zijn vader aangestoken zijn".

M: (kijkt vragend).

80

D: "Misschien heeft uw man een bijholte-ontsteking, dan is hij een besmettingsbron".

M: "Maar hij heeft geen last van zijn oren. Ik zei al, hij zal je zelf wel laten komen".

D: "In elk geval laten we Jan zijn amandelen nog rustig zitten, die kan hij nog niet missen".

85

M: "Nou dag dokter".

Jan (is de deur al door).

D: "Dag Jan, dag mevrouw".

Intercom: "Het Hb is 74%".

90

D: "Wil je nog wat ferrofumaraat bijschrijven op het recept, 3 x .65 mg voor 1 maand?"

Intercom: "Ja dokter".

D: (schrijft op patiëntenkaart): Recid. loopoor, keel gb, Hb 74, neusdr. + fefum. Contrôle 1 week.

Stuur een dergelijk "toneel" aan de deelnemers met het verzoek in de kantlijn (of op een bijgevoegde blanco blad-

zijde) kommentaar te leveren. Alle aspecten van het na-gebootste konsult komen hiervoor in aanmerking. Gebruik de regelnummering voor een adekwate verwijzing van het kommentaar.

Verzamel de commentaren, stuur ze rond aan alle deelnemers en bespreek het geheel.

2. Rollenspel

Het rollenspel is vooral geschikt om inzicht te krijgen in het gedrag en de houding van patient en dokter. Met behulp van het volgende observatieschema kan men een aantal gegevens vastleggen:

<u>patient</u> - wat zegt de p. over zijn klacht? - welke symptomen worden genoemd?	<u>huisarts</u> - wat vraagt de huisarts aan de p.? - waar gaat de huisarts nader op in?
<u>relatie</u> - wat is de houding van de h.a./p.? - komen meningen en gevoelens makkelijk aan bod?	<u>resultaat</u> - wat is de hulpvraag van de p.? - welke diagnose stelt de huisarts en wat is zijn therapie?

Wijs voor het spel een gespreksleider aan. Deze verdeelt de observatietaken onder de toeschouwers. Hij informeert na afloop van het spel eerst naar de indrukken van de spelers en bedankt ze voor hun bijdrage. Vervolgens vraagt hij de toeschouwers naar hun kommentaar. Diskussieer over de indrukken van de spelers en de commentaren van de anderen en schroom niet een onduidelijke passage in het spel over te spelen. Neem de tijd en eindig met een gemeenschappelijke konklusie over de betekenis van het besprokene.

3. Observatie

Men kan de reproducties van spreekuurgebeurtenissen op geluids- of beeldband op dezelfde wijze bespreken als bij een rollenspel het geval is.

4. Kasuïstiekbeschrijving

De kasuïstiek is een veel gehanteerd middel om problemen te bespreken. Het nadeel is dat het vaak gedaan wordt om de problemen die de arts zelf heeft met een bepaald geval te omzeilen. Bespreek daarom gevallen aan de hand van een vast patroon waar de rol van de huisarts in opgenomen is, bijvoorbeeld de sleepnetmethode.

