

18 NOV. 1983

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

ONDERLINGE TOETSING IN DE HUISARTSGENEESKUNDE

EINDVERSLAG

VAN DE EXPERIMENTELE FASE

Utrecht, oktober 1983

A.H.J. van de Rijdt-van de Ven, gedragswetenschapper

A.M. Touw, arts

J.B. de Groot, arts

nederlands huisartsen instituut

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING (p. 4)
 - 1.1. Doel van het projekt
 - 1.2. De evaluatievragen
 - 1.3. De wijze waarop de evaluatie is uitgevoerd
2. STRUKTUUR ELEMENTEN (p. 8)
 - 2.1. Werving en deelname
 - 2.1.2. Kenmerken van de deelnemende groepen aan de experimentele fase
 - 2.2. Het programma voor de experimentele fase
 - 2.2.1. Korte typering van de werkwijzen
 - 2.3. Beleidsontwikkeling en relatie met andere organisaties
 - 2.3.1. Kontakten met diverse organisaties
 - 2.4. Organisatie en tijdsinvestering
 - 2.4.1. Beschikbare mankracht en taken
 - 2.4.2. Knelpunten in de taakuitvoering
3. PROCES ELEMENTEN (p. 25)
 - 3.1. Gegevens over de deelnemende groepen (p. 25)
 - 3.1.1. Overzicht van de deelnemende groepen
 - 3.1.2. Verwachtingen van de deelnemers bij de start van de toetsingsbijeenkomsten
 - 3.1.3. Veranderingen van opvattingen en verwachtingen
 - 3.1.4. Groepsgrootte
 - 3.1.5. Invloed van de samenstelling van de groepen op het groepsproces
 - 3.1.6. Frequentie, tijdstip en doelmatigheid

- 3.2. Programma en methode (p. 43)
 - 3.2.1. De opbouw van het programma
 - 3.2.2. Voorbereiding en tussentijdse evaluatie
 - 3.2.3. De onderwerpkeuze
 - 3.2.4. De registratiemethode bij werkwijze I
 - 3.2.5. De uitwisseling van de registratiegegevens bij werkwijze I
 - 3.2.6. De registratiemethode bij werkwijze III - audiobandjes
 - 3.2.7. De bespreking van de audiobandjes
- 3.3 Normontwikkeling (p. 78)
 - 3.3.1. Opvattingen over normen
 - 3.3.2. Verdere uitwerking van het begrip 'Normen'
 - 3.3.3. Proces van normontwikkeling in de groepen, werkwijze I
 - 3.3.4. Proces van normontwikkeling, werkwijze III
 - 3.3.5. Hoe oordeelt men over het zelf opstellen van normen
 - 3.3.6. Praktische consequenties
 - 3.3.7. Tweede registratie
- 3.4. Nascholing (p. 107)
 - 3.4.1. Inleiding
 - 3.4.2. Toetsing als leerproces
- 3.5. Groepsproces en begeleiding (p. 115)
 - 3.5.1. Hoe bedreigend is toetsing
 - 3.5.2. Groepsklimaat
 - 3.5.3. Begeleiding van groepen
 - 3.5.4. Waardering van de begeleiding door de deelnemers
- 3.6 Waardering en resultaten (p. 130)
 - 3.6.1. In hoeverre hebben de bijeenkomsten aan de verwachtingen voldaan
 - 3.6.2. In hoeverre geven de bijeenkomsten steun en zijn ze leerzaam
 - 3.6.3. In hoeverre is er sprake van een goede beoordeling van ieders handelen

- 3.6.4. In hoeverre leiden de bijeenkomsten tot gedragsveranderingen
 - 3.6.5. In hoeverre zijn groepen in staat zelfstandig met toetsing door te gaan
 - 4. INHOUDELIJKE ELEMENTEN (p. 146)
 - 4.1. Onderwerpen
 - 4.1.1. Ervaringen met de gekozen onderwerpen, Werkwijze I
 - 4.1.2. Ervaringen met de gekozen onderwerpen, Werkwijze III
 - 4.2. Normen
 - 4.2.1. Inleiding
 - 4.2.2. Voorbeelden normen werkwijze I
 - 4.2.3. Voorbeelden normen werkwijze III
 - 5. EINDKONKLUSIES EN OVERWEGINGEN (p. 167)
 - 5.1. Inleiding
 - 5.2. Deelname en waardering
 - 5.3. In hoeverre wordt toetsing als bedreigend ervaren
 - 5.4. In welke mate is begeleiding nodig
 - 5.5. In hoeverre gaan de groepen door met onderlinge toetsing
 - 5.6. De belangrijkste bevindingen t.a.v. de methodiek
 - 5.7. Aanpassing van de methode, het opstellen van een werkboek
 - 5.6. Discussiepunten
- Bijlage I : Beschrijving per groep (p. 177)
- Bijlage II : Evaluatie in cijfers (p. 198)
- Bijlage III : Literatuurverwijzing (p. 223)

1. INLEIDING

1.1. Doel van het project

Op 1 februari 1982 ging het NHI-project Onderlinge Toetsing in de Huisarts-geneeskunde van start.

De doelstellingen van het project zijn:

- huisartsen de mogelijkheid bieden ervaring op te doen met onderlinge toetsing;
- methoden voor onderlinge toetsing ontwikkelen die door huisartsen zelf uitgevoerd kunnen worden;
- een werkboek voor onderlinge toetsing tot stand brengen;
- samen met het NUHI komen tot voorstellen met betrekking tot integrale invoering van toetsing.

Het project is verdeeld in een experimentele fase en een implementatie fase. Deze rapportage is de verslaglegging van de experimentele fase.

In deze fase werden door het NHI toetsingsgroepen voor huisartsen georganiseerd. Deze groepen kregen tijdens de bijeenkomsten begeleiding van het NHI. De begeleiders zorgden tevens voor de evaluatie van de ervaringen uit deze groepen.

Het NUHI organiseert gelijktijdig een project voor onderlinge toetsing.

Beide projecten verzorgen hun eigen rapportage; op basis van beide rapportages zijn gezamenlijke conclusies en aanbevelingen opgesteld.

Voor een volledige verantwoording van doelen en methoden voor dit project wordt verwezen naar het projectvoorstel (Bijlage III, no. 1).

1.2. De evaluatievragen

Bij aanvang van het project is bepaald dat niet gestreefd zal worden naar een uit wetenschappelijk oogpunt qua validiteit en objectiviteit optimale evaluatie. Hoewel een dergelijke evaluatie zeer waardevol zou zijn, is daar van afgezien omdat een dergelijk onderzoek de uitvoering van het project te veel zou belasten.

Doel van deze evaluatie is een procesbeschrijving te geven om op grond daarvan na te gaan of de beoogde doelstellingen bereikt worden.

In het projectvoorstel werden de volgende evaluatievragen opgenomen:

- A) - Leerproces: in welk mate is ervaring opgedaan met onderlinge toetsing en zijn huisartsen in staat zelfstandig met toetsing door te gaan?
- Groepsproces: hoe bedreigend is het toetsingsproces en hoe kan deze het beste worden weggenomen? Wat motiveert tot toetsing?
 - Methodiek van toetsing: welke methoden, werkvormen en procedures zijn optimaal m.b.t. de gestelde doelstellingen?
 - Hoe was de motivatie, de attitude en de satisfactie van de deelnemers?
 - Is er een proces van normontwikkeling tot stand gekomen?
 - Begeleiding: in hoeverre heeft de begeleiding aan haar doel beantwoord en kan deze het beste afgebouwd worden opdat groepen via een consultatiefase "self-supporting" kunnen worden?
 - Welke zijn de gebleken behoeften aan (na)scholing?
 - In welke mate zijn veranderingen te constateren in het gedrag van huisartsen?
 - In hoeverre is het mogelijk bestaande organisatorische kaders bij het opzetten van toetsing te betrekken?

Voor de beoordeling of in de experimentele fase de beoogde doelen bereikt zijn, werden de volgende criteria genoemd:

- B) - Voldoende deelname aan de groepen en een positieve beoordeling door de deelnemende huisartsen blijktens hun rapporten
- Tot stand komen van ervaring en "know-how" blijktens de rapportage over deze fase door de projectmedewerkers t.a.v. de bovengenoemde evaluatie vragen
 - Tot stand komen van een werkboek
 - Tot stand komen van een verder uitgewerkte projectbeschrijving voor de implementatiefase
 - (Zo mogelijk) formuleren van voorstellen t.a.v. ontwikkelingen op landelijk gebied dankzij het project
 - Het tot stand komen van een rapportage betreffende de organisatie van het project, voor wat betreft werving, samenwerking met het NUHI en de beroepsverenigingen
 - Het bekend zijn met de wijze waarop doelgroepen gemotiveerd kunnen worden om in de implementatiefase aan toetsing te gaan deelnemen.

1.3. De wijze waarop de evaluatie is uitgevoerd

De in de vorige paragraaf beschreven evaluatievragen en criteria zijn in de beginfase van de experimentele periode nader omschreven in een draaiboek voor de evaluatie (Bijlage III, no. 2).

Daarin zijn alle vragen en criteria uitgewerkt in subvragen en is aangegeven hoe die evaluatiegegevens verzameld werden. Deze evaluatieprocedures en de gebruikte vragenlijsten zullen niet opgenomen worden in dit verslag. Voor verdere informatie wordt verwezen naar genoemd evaluatie draaiboek.

De belangrijkste bronnen waarop deze verslaggeving gebaseerd is zijn:

- meningen van de deelnemers, deze werden verzameld via een schriftelijke evaluatie per bijeenkomst en een tussentijdse- en een eindvragenlijst.
- ervaringen van de begeleiders. Door de begeleiders werd per bijeenkomst een verslag gemaakt. Ten behoeve van deze verslagen werden van alle bijeenkomsten audio-opnamen gemaakt. Tussentijds en na beëindiging van de begeleiding werden door de begeleiders samenvattende verslagen per groep gemaakt. Deze verslagen werden aan de betreffende groepen voorgelegd, na goedkeuring vormden zij de basis voor deze rapportage.

Het accent bij deze rapportage ligt bij het beschrijven en begrijpen van het van het verloop. In de vragenlijsten werden vele open vragen gesteld. Door het opnemen van veel citaten zal getracht worden zo goed mogelijk alle verschillende meningen en ervaringen weer te geven. Er zijn ook cijfermatige gegevens beschikbaar; deze dienen vooral ter ondersteuning van de procesbeschrijvingen. De cijfermatige gegevens zijn, waar relevant, in de tekst opgenomen. Een uitvoeriger weergave van de verzamelde cijfers is in bijlage II opgenomen.

Per 1 maart 1983 werd een tussentijdse rapportage uitgebracht (Bijlage III, no. 3). Hoewel deze rapportage een vervolg is op deze voorafgaande is er naar gestreefd om deze eindrapportage als een zelfstandig stuk te beschouwen. Van de onderdelen uit het project, die in de tussentijdse evaluatie reeds volledig besproken zijn, worden in deze rapportage slechts conclusies vermeld. Die onderdelen zijn:

- het ontwikkelen van een draaiboek voor de experimentele fase (Tussentijdse rapportage hoofdstuk 2.1.)
- werving en deelname (Tussentijdse rapportage hoofdstuk 2.2.)
- kenmerken van de deelnemers (Tussentijdse rapportage paragraaf 2.2.5.)

Bij de overige onderdelen zijn, waar van toepassing, beschrijvingen uit de tussentijdse evaluatie overgenomen.

De lezer die ook reeds kennis heeft genomen van de tussentijdse rapportage zal dus af en toe reeds bekende passages tegenkomen.

2. STRUKTUUR ELEMENTEN

2.1. Werving en deelname

Over de situatie bij de start van het project en de wervingsactiviteiten in de periode 1 februari 1982 tot de start van de groepen in juni 1982, is verslag gedaan in de tussentijdse rapportage (paragraaf 2.2.1. tot en met 2.2.3.).

Na deze tijd hebben wij geen rechtstreekse akties meer ondernomen gericht op werving van nieuwe groepen. Wel werd er een nieuwe versie van de voorlichtingsbrochure uitgebracht, omdat er nog regelmatig verzoeken binnenkwamen om schriftelijke informatie te geven over het project (+ 250).

Naast de twaalf groepen die in de experimentele fase konden deelnemen bestond er kontakt (gelegd d.m.v. wervingsakties) met tien andere groepen. Met deze groepen is telefonisch kontakt onderhouden. Met zeven van de tien zijn definitieve afspraken gemaakt voor deelname aan de implementatiefase van het project. Twee andere groepen, die zich aanvankelijk hadden aangemeld zijn hierop teruggekomen. De deelnemers vonden het een te grote tijdsinvestering. De tiende groep beraad zich nog; dit betreft een groep huisartsen die allen werkzaam zijn in intramurale instellingen.

Zoals in de vorige rapportage werd vermeld, blijken persoonlijke kontakten of informatie bijeenkomsten voor de werving belangrijk. Belangstellenden kunnen op deze wijze directe informatie krijgen, toegespitst op hun vragen. Naast bovenstaande groepen van de wachtlijst, zijn er 8 aanmeldingen van groepen die in de implementatiefase deel zouden willen nemen. Voor de meeste hiervan geldt, dat zij ook via persoonlijke kontakten, hetzij met een van de projektmedewerkers, hetzij via deelnemers uit de experimentele fase hun aanmelding hebben gedaan. Dergelijke kontakten kwamen b.v. tot stand op een Warffumcursus voor Drentse huisartsen. Op uitnodiging van de organisatoren werd hier tweemaal een middag

verzorgd over onderlinge toetsing. Hierna meldden zich twee groepen aan.

Ook op het NHG-congres (1982) werd een workshop gehouden , waar in het kort deze methode voor onderlinge toetsing werd gedemonstreerd en geoefend.

Op uitnodiging van de Stichting Toetsing Huisartsen en de Van Hoytema Stichting werd op de cursus "Toetsing" meegewerkt aan een programma met oefeningen onderlinge toetsing.

Er blijken nog steeds aanmeldingen binnen te komen, ook zonder akties onzerzijds. Door de projectgroep is besloten zelf geen akties te ondernemen gericht op werving van nieuwe groepen voor de implementatiefase, om te voorkomen dat mensen eerst gemotiveerd worden voor toetsingsprojecten, terwijl bij aanmelding blijkt dat er weinig mogelijkheden meer voor deelname zijn.

2.1.2. Kenmerken van de deelnemende groepen aan de experimentele fase

Aan de experimentele fase van het project namen 12 groepen deel. De helft hiervan waren bestaande groepen, de andere zes zijn speciaal voor toetsing geformeerd.

De zes bestaande groepen waren:

huisartsen van een gezondheidscentrum (1)

huisartsen van een home-team (1)

nascholingsgroepen (3)

waarneemgroep (1)

De overige zes groepen werden gevormd door:

enkele initiatiefnemers, die huisartsen uit dezelfde plaats of een naburige, uitnodigden (2)

samengaan van twee of meer waarneemgroepen (1)

een waarneemgroep, aangevuld met enkele andere huisartsen (3).

Wat vaak een rol speelde bij de beslissing tot deelname, was dat toetsing in eigen plaats kon worden georganiseerd. Vooral artsen uit kleinere plaatsen spreekt dit aan.

Tevens was voor bestaande groepen een argument om deel te nemen, het feit dat in dezelfde of bijna dezelfde samenstelling getoetst kon worden; verdieping van de eigen samenwerking was dan vaak een nevensdoel.

De groepen hebben een verschillende frequentie en tijdstip van de bijeenkomsten. Alle bijeenkomsten duren twee uur.

Frequentie

1 x per maand 6 groepen

2 x per maand 5 groepen

1 x per drie weken 1 groep

Aanvangstijd van de bijeenkomst

4 groepen - 16.00 of 16.30 uur

1 groep - 18.00 uur

7 groepen - 19.30 uur of later

De invloed van het tijdstip en de frequentie van de bijeenkomsten, op het verloop van de toetsing wordt beschreven in paragraaf 3.1.6.

<u>Groepsgrootte</u>		<u>Aanwezigheidspercentage (gem. 86%)</u>
1 groep	5 deelnemers	100%
1 groep	6 "	86%
5 groepen	7 "	resp. 94, 92, 87,86 en 78%
1 groep	8 "	82%
1 groep	9 "	85%
1 groep	10 "	85%
1 groep	11 "	88%
1 groep	12 "	71%

De invloed van de grootte van de groepen op het verloop wordt eveneens beschreven in het procesgedeelte, paragraaf 3.1.4.

Keuze van werkwijze

- werkwijze I - 7 groepen
- werkwijze III - 2 groepen
- werkwijze I en III - 3 groepen

Tien groepen hebben dus bij de aanvang voor werkwijze I gekozen. De meerderheid beschouwde deze werkwijze als goede aanvangs-activiteit waarin men in de groepen aan elkaar en aan het proces van toetsing kon wennen. Men hoopte in een aantal groepen dan later op een meer intensieve vorm te kunnen overstappen. Bij drie groepen is dit ook gebeurd. Na gemiddeld 4 bijeenkomsten besteed te hebben aan werkwijze I zijn zij overgestapt naar werkwijze III.

Twee groepen zijn voortijdig gestopt. Zij kozen voor werkwijze I over verschillende redenen. Bij de ene groep speelden praktische overwegingen mee, nl. de grootte van de groep. Men wilde als

groep in zijn geheel meedoen aan deze aktiviteit.

De andere groep heeft heel bewust voor werkwijze I gekozen, omdat die werkwijze juist zo het accent legt op het somatisch handelen. Daaraan had men behoefte omdat psycho-sociale aspecten van het handelen al voldoende naar voren kwamen in de samenwerkingsrelaties waarbij zij betrokken waren. Bij beide groepen bleek achteraf dat deze keuzes een rol hebben gespeeld bij het voortijdig beëindigen van deelname aan het project. Men vond de methode te weinig persoonlijk gericht en de schriftelijke registratie minder geschikt.

De vijf andere groepen zijn bij hun keuze voor werkwijze I gebleven. Zij konden hier goed mee werken, op enkele aanpassingen van de methode na, die later in deze rapportage worden beschreven. De twee groepen die bij aanvang direct voor werkwijze III kozen, hadden verschillende beweegredenen hiervoor. Een groep wilde onderlinge samenwerking intensiveren en een andere methode leren voor de onderlinge praktijkbesprekingen. De andere groep werd speciaal voor dit doel samengesteld uit artsen uit dezelfde of een naburige woonplaats, zij wilden vooral gesprekstechniek toetsen en hechtten minder belang aan het toetsen van somatisch handelen.

Werkwijze II werd door geen enkele groep gekozen. Lang met een onderwerp bezig zijn is dus blijkbaar niet zo aantrekkelijk. Wel waren er groepen die bij werkwijze I toch meerdere bijeenkomsten aan één onderwerp besteedden.

Aantal bijeenkomsten

Het maximum aantal begeleide bijeenkomsten was vooraf op 20 gesteld. Het uiteindelijke aantal was afhankelijk van de ontwikkelingen in de groep en de praktische mogelijkheden. Slechts een groep had het aantal bijeenkomsten vooraf vastgelegd op 10. Doordat de twaalf groepen niet alleen op dezelfde tijd begonnen met bijeenkomsten, de bijeenkomsten een verschillende frequentie

hadden en sommige groepen tussentijds overstapten naar een andere werkwijze, bestond er verschil in fase van het toetsingsproces waarin de groepen verkeerden aan het eind van de experimentele periode.

Zo kon bij zes groepen de begeleiding worden afgerond, bij vier groepen wordt de begeleiding binnenkort afgerond, twee groepen hadden voortijdig hun deelname aan het project beëindigd.

Van de zes groepen met afgeronde begeleiding ligt het gemiddelde aantal bijeenkomsten op 13 met een maximum aantal van 17 en een minimum van 10 begeleide bijeenkomsten. Bij de vier groepen waarvan de begeleiding nog niet is afgerond is dit gemiddelde aantal tot nu toe 10, maximaal 15 en minimaal 9 bijeenkomsten.

Alle groepen zowel de bestaande, als de speciaal voor toetsing geformeerde groepen hebben afspraken gemaakt om de toetsingsactiviteiten voort te zetten. Zie ook paragraaf 3.6.5.

Kenmerken van de deelnemers

Op grond van de geregistreeerde kenmerken, bleek er een grote variatie te zijn in leeftijd, ervaring, praktijkgrootte en praktijkvoering.

Er bleek geen over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde categoriën. Hierop is slechts een uitzondering: deelnemers uit kleinere plaatsen (tussen 5.000 en 20.000 inwoners) zijn beter vertegenwoordigd (59%) dan deelnemers uit grote plaatsen (7%).

Zie voor verdere bijzonderheden over de deelnemers de tussentijdse rapportage, paragraaf 2.2.5.

2.2. Het programma voor de experimentele fase

De ontwikkeling van het programma is reeds beschreven in de tussentijdse rapportage (hoofdstuk 2.1.). Hier zullen de belangrijkste uitgangspunten waarop het programma is gebaseerd, worden herhaald.

- Deze vorm van toetsing heeft betrekking op proceselementen, het handelen van de huisarts.
- De normen waaraan het handelen wordt getoetst, zullen onderling in de toetsingsgroep worden vastgesteld.
- De deelnemers moeten bereid zijn hun gedrag zonodig te veranderen, toetsing zal kunnen leiden tot het gericht volgen van nascholing.
- Het toetsingsproces verloopt in fasen:
 1. Voorbereiding
 2. Kiezen van werkwijze en onderwerpen
 3. Beschrijving van de eigen handelswijze door de groepsleden; uitwisseling en bespreking van die gegevens.
 4. Vaststellen van normen voor het betreffende onderwerp.
 5. Nagaan of verandering in eigen handelen noodzakelijk is en of nascholing hiervoor is gewenst, indien mogelijk het uitvoeren van die nascholing.
 6. Tweede beschrijving van het handelen om vast te stellen of er een verandering heeft plaatsgevonden.
 7. Rapportage
- Het programma voorziet in 7 tot maximaal 20 begeleide bijeenkomsten.
- Het onderwerp van toetsing wordt niet beperkt. Binnen de werkwijzen zijn vele onderwerpen mogelijk mits aan enkele criteria wordt voldaan.

Op grond van deze uitgangspunten is het draaiboek voor de werkwijzen (bijlage III no. 4) opgesteld. Groepen huisartsen die deelnemen aan dit project, kunnen kiezen uit drie verschillende modellen, werkwijze I, werkwijze II en werkwijze III.

Elke werkwijze heeft dezelfde opbouw in fasen van het toetsingsproces. De verschillen tussen de werkwijzen worden bepaald door het aantal

aspecten en de uitgebreidheid hiervan welke per onderwerp worden getoetst.

Een ander verschil is de registratiemethode. Werkwijze I en II gebruiken een schriftelijke methode om het handelen vast te leggen bij werkwijze III wordt het handelen tevens op audiobanden vastgelegd.

2.2.1. Korte typering van de werkwijzen

Onder aspecten verstaan wij onderdelen van het somatisch of psychologisch handelen van de huisarts, zoals bijvoorbeeld anamese, lichamelijk onderzoek, het beantwoorden aan de hulpvraag of systematisch handelen.

Onder onderwerpen verstaan wij een bepaald ziektebeeld of klachtenpatroon, zoals bijvoorbeeld: hypertensie, urineweg-infectie of rugklachten.

Werkwijze I : Het toetsen van één aspect van het somatisch handelen bij één onderwerp, vervolgens nog één aspect van een ander onderwerp.
Naar keuze x-maal te herhalen.

Werkwijze II : Het toetsen van verschillende aspecten van het somatisch handelen bij één onderwerp.

Werkwijze III : Het toetsen van zowel somatische als psychosociale aspecten bij één klacht of probleem.

Werkwijze I

De groep kiest om achtereenvolgens verschillende aspecten van het somatisch handelen bij verschillende onderwerpen te toetsen.

De te onderscheiden stappen in deze werkwijze zijn als volgt:

- Algemene oriëntatie op het onderwerp.
- Hierna worden afspraken gemaakt over het vastleggen van de handelwijze in de praktijk.
- In de tijd tussen deze bijeenkomst en de volgende verzamelt elke deelnemer de afgesproken gegevens.
- Aan de hand van deze gegevens worden op de volgende bijeenkomst de verschillen besproken en men stelt gezamenlijk normen en criteria op, die schriftelijk worden vastgelegd.
Tevens worden persoonlijke aandachtspunten vastgelegd.
- Na een aantal aspecten van verschillende onderwerpen op deze manier te hebben besproken, vindt een tweede observatie van het handelen in de praktijk plaats.

Aan de hand van de gegevens van de tweede observatie van het handelen in de praktijk, worden de afwijkingen van de normen

en de eventueel opgetreden veranderingen in de loop van het toetsingsproces t.a.v. het handelen besproken.

Werkwijze II

De groep die voor deze werkwijze kiest, gaat meerdere aspecten (verschillende stappen in het verloop) van het somatisch handelen toetsen bij één onderwerp.

Het verloop van de bijeenkomsten is als volgt:

- Algemene oriëntatie op het onderwerp.

Vaststellen welke aspecten bij dit onderwerp relevant zijn.

Voorbeeld: onderwerp: hypertensie

aspecten : lichamenlijk onderzoek

laboratorium bepaling

therapie

controle/begeleiding

- Bepalen van de volgorde waarin deze aspecten zullen worden besproken.
- Vervolgens wordt afgesproken hoe ten aanzien van ieder deelaspect de registratie van de praktijkgegevens plaats zal vinden.
Voorbeeld: lichamenlijk onderzoek - vragenlijst
controle - gegevens patiëntenkaart
- Wat betreft het eerste deelaspect, wordt het handelen in de praktijk vastgelegd en vervolgens onderling vergeleken en besproken. Op grond hiervan worden algemene conclusies en persoonlijke aandachtspunten vastgelegd.
- Vervolgens komt het tweede deelaspect aan de beurt. Eerst weer registratie in de praktijk, dan vergelijken en bespreken, dan vastleggen van conclusies.
- Als op deze wijze alle relevante aspecten aan bod zijn geweest, worden de conclusies samengevoegd en stelt de groep een aantal normen en criteria vast ten aanzien van het eigen handelen bij dit onderwerp.
- De groep gaat na of nascholing, literatuurstudie of iets dergelijks gewenst is. Hierover worden afspraken gemaakt.

- Het handelen in de praktijk wordt in een tweede ronde opnieuw geregistreerd. De aandachtspunten of normen, die ten aanzien van alle deelaspecten in de eerste ronde zijn vastgesteld, worden nu opnieuw onderling vergeleken. Men gaat daarbij na of het handelen in overeenstemming is met de gemaakte afspraken. Tot slot worden de eindconclusies opgesteld.

Werkwijze III

Deze werkwijze is gericht op het toetsen van geïntegreerd somatisch en psycho-sociaal handelen. Dat wordt gedaan aan de hand van enkele klachtenpatronen of problemen.

Voorbeelden van de bij deze werkwijze geschikte onderwerpen zijn: rugpijn, kind met buikpijn, hoofdpijn e.d.

Het verloop van de bijeenkomsten is als volgt:

- De eerste stap is een algemene oriëntatie op geïntegreerd somatisch en psycho-sociaal handelen. De groep kiest de aspecten waar zij aandacht aan gaat besteden en bij welke klachten.

Voorbeelden: aandacht voor systematisch werken, voor lichamelijk onderzoek, voor samenwerking met anderen e.d.

Besproken wordt hoe het praktijkmateriaal vastgelegd gaat worden.

- Vervolgens verzamelt één deelnemer een aantal praktijkgegevens op de afgesproken wijze en vindt er in de groep een bespreking plaats van dat materiaal.

Het verschil van de hier gevolgde procedure met die van werkwijze II is, dat het onderwerp nu niet aspect na aspect uit elkaar wordt gehaald, maar dat het verloop van een volledig arts/patiënt contact onder de loep wordt genomen.

Op iedere bijeenkomst worden enkele casussen van één deelnemer besproken. Na deze bespreking stelt de betreffende persoon voor zichzelf aandachtspunten vast en worden zo mogelijk ook enkele algemene conclusies geformuleerd over wat wenselijk handelen is, onder die omstandigheden. Beide worden schriftelijk vastgelegd.

Deze procedure wordt herhaald tot alle deelnemers eenmaal praktijkmateriaal hebben ingebracht. Dan worden alle vastgelegde conclusies bij elkaar gevoegd en wordt er nagegaan welke normen voor eigen handelen daaraan te ontleen zijn. Ook deze worden schriftelijk vastgelegd.

- De groep kan voor het vastleggen van die normen of om toepassing te bevorderen besluiten tot aanvullende literatuurstudie, training of dergelijke.
- Hierna volgt een tweede ronde van casusbesprekingen.
Bij iedere deelnemer bekijkt de groep of er ten aanzien van persoonlijke aandachtspunten verandering in het gedrag zijn opgetreden en in hoeverre het handelen in overeenstemming is met de eerder opgestelde normen.
Ter afsluiting worden weer algemene eindconclusies geformuleerd.

Deze drie werkwijzen zijn uitvoeriger beschreven in het draaiboek, wat de volgende elementen omvat:

- De basiselementen, zoals:
 - * een overzicht van te toetsen aspecten per werkwijze
 - * registratiemethoden per aspect
 - * criteria voor onderwerpkeuze
- Een planning van de groepsbijeenkomsten per werkwijze:
 - * wat moet aan de orde komen
 - * in welke volgorde
- Procedures voor het verloop van bepaalde activiteiten:
 - * procedure voor het kiezen van werkwijze en onderwerp
 - * procedure voor het uitwisselen en bespreken van registratiegegevens e.e.
- Hulpmiddelen zoals:
 - * registratieformulieren
 - * observatieformulieren voor het beluisteren van audiocassettes
 - * lijst van vragen en discussiepunten
 - * lijst van mogelijke onderwerpen e.d.

Aan de hand van dit draaiboek, met verschillende variaties in procedures en hulpmiddelen zijn nu ervaringen opgedaan bij twaalf groepen.

Deze ervaringen zijn beschreven in deel 3 (Proceselementen) van deze rapportage. De conclusies over het programma en de aanpassing van de methode voor het opstellen van een werkboek voor de implementatiefase is te vinden in paragraaf 5.6. en 5.7.

2.3. Beleidsontwikkeling en relatie met andere organisaties

2.3.1. Kontakten met diverse organisaties

De Stichting Toetsing Huisartsen (STH)

Het Voorlopig Uitvoerend Bureau Toetsing (VUB), waarvan de oprichting werd vermeld in de tussentijdse rapportage is vrij snel omgezet in de Stichting Toetsing Huisartsen.

De STH is te beschouwen als de (voorlopige) pendant van het Centraal Begeleidings Orgaan Toetsing Specialisten. De STH heeft tot doel de ontwikkeling van toetsing voor huisartsen te stimuleren, makers en gebruikers van toetsingprogramma's met elkaar in contact te brengen en waar mogelijk is, coördinerend op te treden. Het bestuur van de Stichting wordt gevormd vanuit de LHV en het NHG. De Stichting functioneert naast de Stichting Nascholing Huisartsen.

De STH wordt bijgestaan door een Wetenschappelijk Advies Raad (WAR). Met het bestuur en de coördinatoren van de STH en met de WAR worden kontakten onderhouden. Informatie uitwisseling en een bijdrage leveren vanuit het projekt aan enkele concrete activiteiten is op het moment het belangrijkste. Zo hebben twee medewerkers van het NHI-toetsingsprojekt meegedaan aan de door de STH en de Van Hoytema Stichting georganiseerde workshop "Toetsing". Daarnaast is afgesproken dat de projektmedewerkers hun ervaring ter beschikking zullen stellen bij de opleiding van de regionale toetsingscoördinatoren van de STH. De projekt-leider heeft zitting in de WAR.

Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI)

De kontakten met het NUHI bestaan middels een twee maandelijks overleg tussen de uitvoerders en de projektleiding van de NHI en NUHI-projekten. Het doel van dit overleg is ondermeer:

Uitwisselen van ervaringen; bespreking van de verschillende produkten uit het projekt, zoals draaiboeken, evaluaties en rapportages; afstemming van de promotie en werving; afstemming van onderwerpen die voor begeleidingscommissie en departement van belang zijn.

De laatste overleg-bijeenkomsten zijn voornamelijk besteed aan besprekingen over de opzet en inhoud van de eindrapportages van beide toetsingsprojekten, van de gezamenlijke rapportage voor wat betreft verschillen en overeenkomsten in beide projekten is er een afstemming tot stand gekomen tussen beide instituten met betrekking tot toekomstige publicaties en wetenschappelijke tijdschriften.

De andere Universitaire Huisartsen Instituten

Ten behoeve van de werving van de groepen voor de experimentele fase zijn er kontakten geweest met universitaire huisartsen instituten en met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Hierna zijn geen kontakten meer geweest met de afzonderlijke universitaire huisartseninstituten.

Wel heeft de directeur van het NHI in het IOH verslag gedaan van het verloop van het projekt.

De Begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie is één maal bijeen geweest, sinds het verschijnen van de tussentijdse rapportage.

Een belangrijke gebeurtenis op deze vergadering -welke was gewijd aan de bespreking van de tussentijdse rapportage van het NHI en het NUHI- was de aanbeveling die de begeleidingscommissie heeft gedaan aan het departement met betrekking tot de voortgang van de projekten. De begeleidingscommissie was met de projekt-leiders van mening dat het departement moest worden verzocht een beslissing over verdere subsidiëring van de projekten te nemen op basis van de uitkomsten van de tussentijdse rapportages en daarmee niet te wachten tot het verschijnen van de eindrapportages

van de experimentele fase van beide projekten. De projekt-leiders vreesden dat in het laatste geval de continuïteit van de projekten in gevaar zou komen. Het is verheugend dat de begeleidingscommissie op grond van de gegevens uit de tussentijdse rapportages een dergelijke aanbeveling heeft geformuleerd.

Het Departement

Op basis van bovengenoemde aanbeveling heeft het departement in augustus 1983 besloten subsidie te verlenen voor de vervolgfases van beide projekten.

Andere instituties

Vanuit het projekt worden ervaring en deskundigheid ingebracht in enkele andere commissies of organen.

Bedoeld wordt hier ondermeer kontakten met

- de commissie Toetsing van het NHG
- De Stichting Nascholing Huisartsen

Op de Tenth WONCA World Conference on family medicine, werd door de projekt-leider een korte voordracht over toetsing gehouden: "Quality assessment by local practitioner groups in the Netherlands", welke voordracht in de Conference proceedings is opgenomen (Bijlage III, no.5)

2.4. Organisatie en tijdsinvestering

2.4.1. Beschikbare mankracht en taken

Sedert het verschijnen van de tussentijdse rapportage zijn hierin geen wijzigingen opgetreden.

2.4.2. Knelpunten in de taakuitvoering

Een voortdurend spanningsveld bestaat er tussen de beschikbare hoeveelheid mankracht en tijd enerzijds en de eisen die worden gesteld aan de uitvoering van het projekt anderzijds.

In de tussentijdse rapportage is hierover al het een en ander opgemerkt. De aldaar uitgesproken verwachting dat vooral in de periode voorafgaand aan het verschijnen van deze rapportage tijdnoed zou gaan ontstaan, is uitgekomen. Deze periode viel namelijk samen met de start van nieuwe groepen en de inhoudelijke voorbereiding van de nieuwe programma's. Slechts door grote inspanning en (veel) overwerk is een en ander toch tot stand gekomen, zij het dat er nog geen tijd beschikbaar was voor de opzet van het nieuwe evaluatiedraaiboek.

In het algemeen kan worden gesteld dat de hoeveelheid werk die verbonden is met het goed laten verlopen van een projekt als deze, is onderschat.

De voorbereiding van het werk in de toetsingsgroepen, het begeleiden van de groepen, de daarmee gepaard gaande reistijden, het opstellen van veel rapportages, groepsverslagen, tussentijdse verslagen, de tussentijdse rapportage en dit eindverslag, de handmatige verwerking van al de gegevens en systematisering daarvan, alsmede het bijstellen van de methodieken vergen meer inspanning en tijd, dan oorspronkelijk werd gedacht.

Zo werd door de begeleiders aan reistijden naar de bijeenkomsten, 12% van de beschikbare uren besteed, de tijd voor de bijeenkomsten zelf nam 11% hiervan. De resterende 77% voor alle andere activiteiten was lang niet voldoende. Bovendien zijn er voor deze rapportage nog ongeveer 180 overuren gemaakt.

3. PROCESELEMENTEN

3.1. Gegevens over de deelnemende groepen

3.1.1. Overzicht van de deelnemende groepen

In juni 1982 zijn de eerste twee groepen van start gegaan, gevolgd door acht anderen in september en oktober. De laatste twee groepen startten in november 1982 en januari 1983.

Doordat de groepen een verschillende frequentie in bijeenkomsten hebben en sommige groepen tussentijds overstapten van werkwijze I naar werkwijze III, waren er bij afsluiting van de experimentele periode variaties in de fasen die de groepen doorlopen hadden.

Van de twaalf groepen die in de experimentele periode van het project hebben deelgenomen, kon de begeleiding bij zes groepen worden afgesloten en er werd een eindevaluatie gehouden.

De drie andere afgeronde groepen hebben werkwijze III gevolgd.

Een van deze groepen was gestart met werkwijze I en na 4 bijeenkomsten overgestapt op werkwijze III. Deze groep heeft van beide werkwijzen zowel de eerste als de tweede registratie uitgevoerd. Bij de andere twee groepen van werkwijze III is de begeleiding na de eerste registratie ronde afgesloten.

Bij vier groepen is de begeleiding nog niet afgesloten.

Een gering aantal bijeenkomsten en specifieke ontwikkelingen in de groepen waren de aanleiding daartoe. In Bijlage I, de beschrijving per groep, is de verdere toelichting te lezen.

Twee groepen hebben hun deelname aan het project vroegtijdig beëindigd. Voor beiden gelden specifieke redenen voor dit stoppen. In de bijlage worden die eveneens toegelicht. Opvallend is wel dat het hier de twee groepen die het eerst gestart zijn betreft.

In die groepen werden de eerste ervaringen opgedaan met het ontwikkelde programma en de later omschreven problemen.

De deelnemende groepen zijn op verschillende wijze te rubriceren naar gevolgde werkwijze; werkwijze I, werkwijze III en een combinatie van werkwijze I en werkwijze III of naar fase in de begeleiding; groepen waarvan de begeleiding is afgesloten,

groepen waarvan de begeleiding wordt voortgezet en groepen die voortijdig gestopt zijn. De evaluatiegegevens uit de groepen zijn steeds naar deze indeling gepercentueerd. In de tekst zullen per vraag de gegevens weergegeven worden die voor die vraag relevant zijn. Aanvullende evaluatiegegevens zijn in bijlage II te vinden.

De indeling van de twaalf groepen is als volgt:

	N	= aantal deelnemers
werkwijze I begel. afgerond	24	groepen no: 1-2-4
werkwijze III begel. afgerond	19	groepen no: 3-9-12
werkwijze I niet afgerond	17	groepen no: 7-8
werkwijze III niet afgerond	13	groepen no: 6-10
voortijdig gestopt	19	groepen no: 5-11
totaal	92	

	N	
uitsluitend werkwijze I	60	groepen no: 1-2-4-5-7-8-11
werkwijzen I en III	20	groepen no: 3-6-10
uitsluitend werkwijze III	12	groepen no: 9-12
totaal	92	

In totaal waren 96 deelnemers bij de toetsingsgroepen betrokken. Een deelnemer, een oud-huisarts heeft niet aan de evaluatie deelgenomen vanwege zijn bijzondere positie. Van 3 deelnemers zijn geen evaluatielijsten ontvangen.

De basis voor de activiteiten in de groepen vormden de in deel 2 beschreven werkwijzen. Voor de uitvoering was vooraf een draaiboek (B.III-2) opgesteld, waarin het programma, de procedures en de hulpmiddelen waren vastgelegd. Omdat het programma en methoden nog volop in ontwikkeling waren, werd dit draaiboek niet strak gevolgd. Al naar gelang de opgedane ervaringen en de specifieke ontwikkelingen per groep experimenteerden de begeleiders met de methode.

Vaste gegevens waren de afbakening tussen werkwijzen en de hoofdlijnen: eerste registratie, vaststellen van normen en tweede registratie. In overleg met iedere groep werd beslist wat voor die groep de beste uitwisselings- en registratieprocedures waren en hoeveel tijd aan ieder onderdeel besteed zou worden.

In hoofdstuk 3.2. zullen de ervaringen met de verschillende onderdelen nader worden beschreven.

Die beschrijvingen geven een mengeling weer van eigen ervaringen van de begeleiders en meningen van deelnemers. Waar expliciet de meningen van de deelnemers weergegeven zijn, zijn die gebaseerd op eind-evaluaties (van de groepen waarbij de begeleiding afgesloten werd) of tussentijdse evaluaties (van de overige groepen). Tevens zijn extra evaluatiegegevens ontleend aan een vergadering die in juni 1983 werd gehouden met vertegenwoordigers van alle groepen. Op die vergadering werden de ervaringen uit de groepen uitgewisseld en er werden aan de deelnemers suggesties gevraagd voor de oplossing van de ervaren problemen. Deze meningen en suggesties zijn verder in de tekst verwerkt.

Samenvatting

In de experimentele fase hebben 12 groepen met in totaal 96 deelnemers deelgenomen aan het NHI-project onderlinge toetsing. Bij afsluiting van deze periode waren er verschillen in de fasen van het toetsingsproces die de groepen doorlopen hadden. Deze verschillen zijn veroorzaakt door variaties in de startdatum, frequentie van bijeenkomsten en in werkwijzen. Twee groepen hebben hun deelname aan het project voortijdig beëindigd. In dit verslag zal getracht worden zoveel mogelijk recht te doen aan de verschillen tussen de groepen.

3.1.2. Verwachtingen van de deelnemers bij de start van de toetsings-
bijeenkomsten

Op de eerste bijeenkomst kregen de deelnemers de gelegenheid hun verwachtingen uit te spreken ten aanzien van de bijeenkomsten. De toetsingsbegeleider maakte korte aantekeningen van de antwoorden op de open vraag: "Wat verwacht u van de komende toetsingsbijeenkomsten?"

Hoewel de antwoorden op deze vraag uiteraard zeer uiteenliepen, waren er toch enkele opvallende punten. De meeste deelnemers spraken meerdere verwachtingen uit.

48% van de deelnemers noemde als verwachting: het eigen handelen kritisch bekijken. Dit werd in allerlei bewoordingen het meest genoemd:

"blinde vlekken in eigen functioneren opsporen"

"ontdekken van hiaten in kennis en vaardigheden"

"los komen uit vaste routines, standaardprocedures"

"wat doe ik goed en wat niet?"

Hierna werd het meest genoemd, door 24% van de deelnemers, de verwachting dat men zou leren van de andere kollega's in de groep, bijv.:

"voordeel doen met kennis en ervaring van anderen"

"horen hoe kollega's zaken aanpakken"

"zien hoe anderen handelen en daarvan leren"

Soms werd specifiek genoemd, welke zaken men wilde leren, zoals b.v. therapie, praktische "foefjes", tijdsindeling, systematisch werken. Ook werd een vergelijking gemaakt met nascholing, zoals bijv.:

"toetsing moet een stimulans geven tot nascholing/literatuurstudie"

"ik hoop dat toetsing meer oplevert dan gewone nascholing, dat het diepgaander en effectiever is"

10% benadrukten het belang van het maken van gezamenlijke afspraken. Zij verwachten dat de toetsingsbijeenkomsten duidelijke afspraken of een gemeenschappelijke visie zouden opleveren. Zoals b.v. het met elkaar eens worden over het beste behandelings-schema voor een zieke of een gemeenschappelijke afspraak over medicatie.

"ik hoop dat we meer standaardisatie krijgen, een gezamenlijke beleidslijn krijgen"

"dat we meer uniformiteit krijgen in behandeling en beleid op elkaar afstemmen"

"dat we tot een normering komen"

Verder waren er deelnemers die algemene verwachtingen uitspraken ten aanzien van de structuur van de bijeenkomsten, over het belang van toetsen of hoopten dat de samenwerking in de groep hierdoor zou verbeteren.

"toetsen moet, anders ga je vergrijzen"

"toetsing is belangrijk voor de samenwerking in de waarneemgroep, elkaars werkwijze uitwisselen"

"ik verwacht een duidelijke structuur"

Voor elke groep lag de nadruk op de verschillende motieven anders. In Bijlage I, beschrijving per groep, wordt vermeld welke motieven in iedere groep het meeste accent kregen.

Samenvatting

De verwachtingen waarmee deelnemers aan toetsing begonnen vertoonden vele variaties. Eigen leerbehoefte, opsporen van lacunes in de eigen handelswijze was het meest genoemde doel. Als motieven om aan toetsing deel te nemen werden verder o.a. genoemd

- leren van elkaar, en een vorm van nascholing die aansluit bij eigen behoeften*
- komen tot gezamenlijke beleidslijnen bv. meer eenheid in handelswijze of prescriptie*
- verbetering van de onderlinge samenwerking*

Conclusies

Van de motieven en verwachtingen om deel te nemen aan toetsing is op deze wijze slechts een globale indruk verkregen. Juist omdat deze motieven zo uiteenlopen zou voor een goed inzicht specifiek daarop gericht onderzoek nodig zijn.

3.1.3. Veranderingen van opvattingen en verwachtingen

Kritisch het eigen handelen bekijken was dus bij aanvang de meest genoemde reden waarom aan toetsing werd meegedaan. In eerste instantie stemde dit ook heel goed overeen met het doel van de toetsing. Als de groep een tijdje draaide en als er ervaring was opgedaan met de praktische gang van zaken bij toetsen, werden de verwachtingen explicieter en kon dieper ingegaan worden op overeenkomsten en verschillen, onderling en ten aanzien van het doel van de toetsing. Dan bleek bijv. dat kritisch naar het eigen handelen kijken voor de één betekende: eigen vragen en onzekerheden in de groep kunnen bespreken, terwijl een ander zoveel mogelijk onderlinge afspraken zou willen maken.

De één had weinig behoefte aan normen en wilde ruimte om "vrijuit" te vragen en te praten, de ander wilde strak en doelgericht toewerken naar protocollen, per klacht.

In alle groepen ontstond zo vroeg of laat een discussie over wat nu écht toetsen was en welke onderdelen uit het programma het belangrijkste waren. De antwoorden verschilden tussen de groepen en onderling in de groep.

Aan de vergadering van vertegenwoordigers van de toetsingsgroepen werd de vraag voorgelegd wat zij nu de essentie van toetsing vonden en waarin toetsing zich onderscheidde van b.v. patientenbespreking of intervisie.

Er kwam een groot scala van - soms tegenstrijdige - antwoordenuit. Zo werd o.a. over de essentie van de eerste toetsing gezegd:

"toetsen is laten zien hoe je werkt, de dingen die je doet zichtbaar maken, hetgeen reacties van anderen oproept, die veelal lacunes betreffen. Door het aanhoren van deze opmerkingen ga je je eigen normen op den duur veranderen"

"toetsing is een soort controle, doe ik het nog wel goed na zoveel jaar"

"toetsing is blinde vlekken opsporen, binnen de groep de normverschillen opsporen en daar een geheel van maken"

"de essentie van toetsing is basiscriteria vast te leggen ten aanzien van het huisartsgeneeskundig handelen"

"onderlinge toetsing is juist het toetsen aan elkaar"

Over het onderscheid tussen toetsing en andere vormen van overleg werd o.a. het volgende gezegd:

"toetsing moet dieper gaan dan b.v. een patientenbespreking, je moet meer echt laten zien hoe je werkt, met fouten en twijfels"

"bij toetsing moet je het waarom van de dingen die je doet verder onderzoeken, je moet je voortdurend met elkaar afvragen waarom je een bepaald iets hebt gedaan en dit expliciet maken naar anderen"

"bij intervisie brengt ieder zijn eigen probleem in, bij toetsing moet je er een gezamenlijk probleem van maken en spiegel je je meer aan elkaar"

Samenvattend zijn de volgende accentverschillen te onderkennen in de opvattingen van de deelnemers over toetsing:

- Verschillen in tijd die ieder wil besteden aan het uitdiepen van persoonlijke ervaringen en specifieke vragen.
- Verschillen in belang dat men hecht aan normen. Sommige vinden uitwisselen en vergelijken het belangrijkste, zeker in de beginfase. Normen achten zij pas op de lange duur haalbaar, of zelfs niet noodzakelijk. Anderen willen eerst aan het opstellen van gezamenlijke beleidslijnen zoveel mogelijk energie besteden.
- Er wordt verschillend gedacht over de functie van normen bij toetsing. De een ziet normen als referentiepunt voor de discussie, de ander wil ook duidelijke richtlijnen opstellen, waarbij de groep afsprekt om zich daar zo goed mogelijk aan te houden.
- Verschillen in belang dat de deelnemers hechten aan het uitwerken van vragen door middel van studie of consultatie.
- Verschillen in wat écht beoordelen is. De een wil iets van controle, door b.v. grote aantallen niet geselecteerde patienten in te brengen. Een ander vindt het bespreken van enkele voorbeelden van contacten die je zelf moeilijk vindt, de beste manier van beoordelen.

Deze verschillen in opvattingen leidden ook tot verschillende verwachtingen over het tempo en het te bereiken resultaat.

Wat de gevolgen daarvan waren voor de werkwijze en het verloop van de bijeenkomsten wordt verder bij de betreffende onderdelen beschreven.

Samenvatting

Bij de start van de groepen was al gebleken dat de deelnemers verschillende accenten legden t.a.v. hun doelen en verwachtingen. Naarmate ze langer met toetsing bezig waren werden die verschillen duidelijker en bleek dat er ook verschillen in opvatting waren over wat de essentie van toetsing is.

Er werd o.a. verschillend gedacht over:

- het belang van het bespreken van persoonlijke ervaringen en specifieke vragen*
- het belang van normen bij toetsing*
- de functie van normen bij toetsing*
- het belang van specifieke nascholing door middel van literatuurstudie en consultatie*
- de functie van onderlinge beoordeling.*

Deze verschillen in opvattingen leidden ook tot verschillende verwachtingen over de tijd die besteed moet worden aan de verschillende fasen en het te bereiken resultaat.

Conclusies

Toetsing is een breed begrip, er is niet zonder meer duidelijk wat onder toetsen verstaan moet worden, hoe normen gebruikt moeten worden, welke activiteiten meer of minder accent moeten krijgen. Waar groepen, zoals in dit project voor een belangrijk deel zelf de inhoud van de toetsingsbijeenkomsten bepalen moeten deelnemers enig inzicht hebben in die verschillen om keuzes te kunnen maken. De consequentie daarvan voor werkwijze en programmering zullen in het volgende hoofdstuk beschreven worden.

3.1.4. Groepsgrootte

In de voorbereiding was uitgegaan van een groepsgrootte van 6 tot 12 deelnemers. Bij werkwijze III was de maximale groepsgrootte op 8 gesteld. Omdat zich veel reeds bestaande groepen aanboden, deed zich de vraag voor hoe "heilig" deze vooraf bepaalde limiet was. Uit praktische overwegingen is besloten wel uitzonderingen toe te staan. Zo was er een groep van 5 deelnemers en één van aanvankelijk 15. Bij de start trokken zich bij deze laatste groep enkele deelnemers terug, zodat de uiteindelijke grootte toch 12 werd.

Onze ervaring is dat een kleinere groep efficiënter en plezieriger werkt. Naarmate de groepen groter werden, bleek het moeilijker het programma binnen de gegeven tijd af te ronden. Deze vorm van toetsing vraagt, zeker bij werkwijze I, dat elke deelnemer bij ieder onderwerp met eigen vragen en ervaringen aan bod kan komen. Bij een groep van 10 tot 12 deelnemers moet de aandacht te veel versnipperd worden. In kleinere groepen is de groepsbinding bovendien groter, dit blijkt o.a. uit het opkomstpercentage. Voor de groepen met 5-8 deelnemers is dit percentage 88%. Het hoogste opkomstpercentage - 100% - ligt bij de groep van 5 deelnemers. Bij groepen groter dan 8 deelnemers is het opkomstpercentage 83%. Het laagste percentage ligt bij een groep van 12 deelnemers en is 71%. Het gemiddelde opkomstpercentage over alle twaalf groepen is 86%.

De grootte van de groepen die uitsluitend werkwijze I hebben gevolgd varieerde van 7 tot 12 personen.

De meningen van de deelnemers zelf over de groepsgrootte zijn als volgt:

61% van de deelnemers die werkwijze I hebben gevolgd geven de voorkeur aan een groepsgrootte van 7-10 personen.

Als argumenten hiervoor worden genoemd:

"bij deze grootte is de groep nog overzichtelijk, er is voldoende variatie in opvattingen en bij afwezigheid van enkele deelnemers door dienst of vakantie wordt de groep niet te klein"

20% pleit ook bij werkwijze I voor kleinere groepen, met als argument:

"in grotere groepen komen alleen vlotte praters aan het woord en kan men minder ervaringen uitwisselen"

15% geeft bij werkwijze I voorkeur aan een groep groter dan 10, bij een bestaande goede samenwerking zien zij dit als een mogelijkheid. Wel zien zij als bezwaar:

"meer discipline wordt vereist van de groepsleden zelf, de aandacht verslapt sneller en een ronde commentaar geven duurt vrij lang"

De grootte van groepen die uitsluitend werkwijze III hebben gevolgd of van groepen die na een aantal bijeenkomsten overgestapt zijn van werkwijze I naar werkwijze III, varieerde van 5-7 personen. 60% van de deelnemers die werkwijze III gevolgd hebben, spreken een voorkeur uit voor een groep van deze grootte.

Argumenten luiden:

"groep is klein genoeg om een goede, niet te lange discussie te voeren en groot genoeg voor het uitwisselen van ervaring"

"bij een kleine vaste groep die al intensief samenwerkt is het totaal van het aantal deelnemers daarmee ideaal"

Samenvatting

Voor de begeleiders was de meest geschikte groepsgrootte - onafhankelijk van de werkwijze - een kleine groep tot 8 deelnemers. Een groep van een dergelijke omvang werkt plezierig en efficiënt, iedere deelnemer kan voldoende aan bod komen, er is een goede groepsbinding. Bij werkwijze III opteerden de deelnemers voor 5 - 7 personen, bij werkwijze I voor 7 - 10 personen. Deelnemers vonden het daarbij wel belangrijk dat er rekening werd gehouden met de omvang van reeds bestaande groepen.

Conclusies

Het in deze fase gehanteerde richtsnoer (voor werkwijze I van 6 - 12 en voor werkwijze III van 6 - 8 deelnemers) moet met enige soepelheid gehanteerd worden.

5 à 8 deelnemers is voor beide werkwijzen de meest ideale omvang, het moet echter voor bestaande, grotere groepen mogelijk blijven om deel te nemen.

Bij groepen groter dan 10 deelnemers zal de werkwijze aangepast moeten worden.

3.1.5. Invloed van de samenstelling van de groepen op het groepsproces

In deel 2, struktuurelementen, wordt een overzicht gegeven van de huidige samenstelling van de groepen. In deze paragraaf wordt de invloed hiervan op het groepsproces besproken.

Het gegeven dat de deelnemers aan de groepen elkaar veelal kenden en soms ook functioneel samenwerkten, leverde ons inziens vele voordelen op. Bij de toetsing kon voortgebouwd worden op een reeds bestaand groepsklimaat en overlegvormen. Ook werd de motivatie verhoogd door een sterk groepsgevoel. Het slagen van de bijeenkomsten en het als groep eens zien te worden was voor de groepsleden zelf belangrijk.

Zoals altijd heeft ook deze medaille zijn keerzijde. Groepsgewoonten lagen voor een deel vast, soms storend voor de toetsing. Zoals slechte vergaderdisciplines; de bijeenkomsten tevens als kontakt en gezelligheidsbijeenkomsten zien; voorzichtigheid naar elkaar en geen of weinig eisen aan elkaar willen stellen.

De deelnemers van groepen die speciaal voor toetsing gevormd waren, hadden van te voren meer met elkaar doorgepraat waarom men wilde toetsen en wat men er van verwachtte.

Bij reeds bestaande groepen leek het besluit tot toetsing eerder door enkele initiatiefnemers genomen, waarbij de rest van de groep zich dan aansloot. Uit de veronderstelling "we kennen elkaar voldoende" of misschien wel uit voorzichtigheid werden doelen en verwachtingen vooraf niet erg uitgediept.

Soms werd van toetsing ook een oplossing verwacht voor bestaande groepsproblemen, b.v. om vrijblijvendheid of voorzichtigheid in de groep op te willen lossen, of om tot verdieping van de samenwerking te komen. Bij één groep werd dit vooraf duidelijk gesteld, bij andere groepen was het meer een verborgen agenda van enkele deelnemers. Er deden twee groepen aan deze toetsingsbijeenkomsten mee die intensief samenwerkten (eenmaal in een gezondheidscentrum, eenmaal in een home-team). Bij één van deze groepen bleek de samenwerking zo door te spelen in de toetsing

(men wilde ook juist toetsing om de samenwerking te verdiepen), dat er extra tijd nodig was voor het bespreken van wat er in de groep gebeurde.

Opvallend was verder ook, dat een groep die al veel inhoudelijk overleg had gevoerd, niet met minder problemen of sneller de toetsing doorliep. Dit doordat de deelnemers meer van toetsing verwachtten en hogere eisen aan elkaar stelden.

In hoofdstuk 3.5, groepsproces en begeleiding, zal nader ingegaan worden op wat dit alles voor het begeleiden van de groepen betekende.

Aan de deelnemers werd gevraagd welke samenstelling van een toetsingsgroep hun voorkeur had. Hiertoe werden een aantal uitspraken voorgelegd, waaruit gekozen kon worden.

92% geeft de voorkeur aan een groep die alleen uit huisartsen bestaat, tegenover 6% die kiest voor een groep die multidisciplinair is samengesteld. Verder is er bij 67% een voorkeur voor een groep die bestaat uit deelnemers die zoveel mogelijk met elkaar samenwerken; in tegenstelling tot 26% die kiest voor een groep waarvan de deelnemers buiten de toetsing weinig of geen contact hebben.

Er wordt geen duidelijke voorkeur uitgesproken voor een plaatselijk of niet-plaatselijk samengestelde groep (resp. 41% en 56%).

Enkele deelnemers wilden nog andere criteria voor het samenstellen van een groep benadrukken, zo werd o.a. genoemd:

"goede motivatie van de leden, bereid zijn om het eigen handelen ter discussie te stellen"

"vertrouwen en respect voor elkaar, geen onderlinge concurrentie"

"variatie in leeftijd, praktijkervaring en verschillen in praktijkvoering is belangrijk; stads- of plattelandspraktijk, met of zonder apotheek en solo- zowel als samenwerkingsverbanden moeten in een 'ideale' toetsingsgroep voorkomen"

Samenvatting

Aan het project hebben zowel bestaande groepen als op initiatief van de deelnemers speciaal voor toetsing geformeerde groepen deelgenomen. Bij beide groepen bleken verschillende voor en nadelen. Vanuit onze ervaringen is geen duidelijke voorkeur voor een van beide aan te wijzen, wel stelden ze aan de begeleiding verschillende eisen. De deelnemers zelf spraken een voorkeur uit voor een samenstelling van

- alleen huisartsen
- zoveel mogelijk onderling samenwerkend
- met dezelfde opvattingen op essentiële punten.

Als belangrijke voorwaarden voor deelname noemde men:

- goede motivatie, bereidheid het eigen handelen ter discussie te stellen
- vertrouwen en respect voor elkaar, geen onderlinge concurrentie.

Conclusies

Werken met bestaande groepen of zelf geformeerde plaatselijke groepen kan zonder bezwaren worden voortgezet. Wel zal er rekening mee moeten worden gehouden dat bestaande en speciaal voor toetsing geformeerde groepen zich deels anders ontwikkelen en dat bij bestaande groepen naast doelen tevens een rol spelen. (bv. de noodzaak om de groep in stand te houden, verbeteren van de onderlinge samenwerking etc.).

3.1.6. Frequentie, tijdstip en doelmatigheid

De mogelijkheid om met de frequentie van de bijeenkomsten te variëren, heeft ook tot de nodige variatie geleid.

Zie ook deel 2, struktuurelementen.

Voor het proces in de groep was een frequentie van tweemaal per maand het meest bevredigend. Men bleef dan intensief betrokken, er zakte weinig aan vragen of afspraken tussendoor weg.

Of éénmaal per maand bevredigend verliep, was erg afhankelijk van de groep. Als de groep hecht was en er tussendoor regelmatig andere kontakten waren (groep 10 en 12), was met die frequentie goed te werken. Bij andere groepen moest na een maand menigmaal begonnen worden met het weer in herinnering roepen van het voorafgaande. Vooral als de uit de bespreking voortkomende vragen naar de volgende bijeenkomst verschoven moesten worden, gaf dit problemen.

Ook de deelnemers zelf vonden de frequentie van éénmaal in de maand weinig ideaal. Maar het appèl dat door vele andere activiteiten op de avonden werd gedaan, gaf echter weinig mogelijkheden de frequentie op te voeren. Groepen die langere tijd tweemaal per maand bij elkaar kwamen, vonden dit wel een zware belasting. Menige deelnemer zou de voorkeur geven aan één- of tweemaal per jaar een toetsingsblok van b.v. 8-10 bijeenkomsten.

Zeven groepen vonden plaats in de avonden na een volledige dagtaak, als extra activiteit. Bij één groep die om 18.00 uur startte, bleek dit tijdstip het meest een probleem te zijn; menig deelnemer vond het een zware belasting direkt aansluitend 2 uur toetsing te doen. De sfeer in deze groep was ook vaak weinig geconcentreerd. Hoewel het maar één ervaring is, lijkt het toch gewenst bij voorkeur geen toetsingsactiviteiten op dat tijdstip te houden.

De ervaringen met de vier groepen die laat in de middag startten zijn goed.

Alle groepen werden (soms hinderlijk) gestoord door diensten. Telefoontjes tussendoor en gedeeltelijke afwezigheid waren het resultaat.

Wanneer die storingen al te hinderlijk waren, werd dit in de groep besproken. In de praktijk bleek er vaak weinig aan te doen zijn, juist omdat de toetsingsgroep veelal een plaatselijke groep betrof en er geen andere artsen beschikbaar waren om de diensten over te nemen. Het enige haalbare was dan afspraken te maken over hoe de onderbrekingen zo min mogelijk storing zouden kunnen veroorzaken.

De doelmatigheid waarmee in de groepen gewerkt werd was redelijk goed. Met doelmatigheid wordt dan bedoeld, op tijd beginnen en afsluiten, onderlinge duidelijke structuurafspraken maken en zich ook houden aan die afspraken.

In enkele groepen vond een meerderheid (groep 2,5,8,11) die doelmatigheid onvoldoende. Op tijd beginnen en zich houden aan afspraken zijn zaken waar het dan aan schortte. Bij de groepen 5 en 12 was een meerderheid van mening dat er ook geen duidelijke afspraken gemaakt werden.

De meningen van de deelnemers stemmen overeen met die van de begeleiders. Alleen het op tijd beginnen werd door de deelnemers eerder voldoende gevonden dan door de begeleiders.

Samenvatting

Voor het toetsingsproces is een frequentie van bijeenkomst van tweemaal per maand het meest gewenst. Voor een aantal deelnemers was dat echter moeilijk op te brengen. Men vond toetsing als een continue activiteit eveneens bezwaarlijk. De voorkeur ging uit naar een afgerond blok van 8 à 10 bijeenkomsten per jaar.

Het grootste bezwaar van de plaatselijke bijeenkomsten in middag en avonden was de frequente storing door dienst. Hier was weinig in te veranderen. In de groepen werd over het algemeen doelmatig gewerkt. Over het algemeen werd in de groepen de beschikbare tijd goed gebruikt.

Conclusies

Voor volgende groepen zou het toetsingsprogramma zodanig gestructureerd moeten worden dat men per jaar met een afgerond blok kan werken.

Het uitvoeren van toetsingsbijeenkomsten in middag en avonduren is haalbaar en kan gekontinueerd worden.

3.2 Programma en methode

3.2.1. De opbouw van het programma

Het draaiboek voor de bijeenkomsten stoelde op de gedachte, het programma en de methode zo veel mogelijk voor te bereiden, maar aan de groep en de begeleider keuzemogelijkheden te laten.

Bij de uitvoering kon zo met de wensen van de deelnemers en de ontwikkelingen in de groep rekening worden gehouden.

In de praktijk bleek dat het aansluiten bij de groep allerlei nieuwe, niet voorziene keuzes opeiep. In de volgende paragrafen zullen die ervaringen per onderdeel beschreven worden.

Deze paragraaf geeft een beeld van de meningen over het programma als geheel.

Aan de deelnemers werd gevraagd een typering van het programma te geven aan de hand van een lijst met mogelijk kenmerken.

Men kon aangeven of men één of meer kenmerken op het programma van toepassing vond. De antwoorden waren als volgt:

	WW I (n=60)	WW I+III (n=20)	WW III (n=12)
stimulerend	63%	85%	100%
belemmerend	8%	-	-
gevarieerd	45%	65%	58%
eentonig	12%	-	17%
plezierig	57%	85%	83%
onplezierig	10%	-	17%
vrijblijvend	53%	40%	17%
bindend	10%	20%	50%
oppervlakkig	32%	15%	17%
diepgaand	5%	15%	42%
evenwichtig opgebouwd	13%	30%	42%
onevenwichtig opgebouwd	13%	-	-
zwaar	10%	-	33%
licht	13%	5%	8%

Het oordeel van de deelnemers uit groepen die werkwijze I + III en werkwijze III gevolgd hebben, is positiever dan dat van de deelnemers uit groepen met uitsluitend werkwijze I.

Deze laatste meningen zijn sterk negatief beïnvloed door de voortijdig gestopte groepen. Bij vergelijking van de meest genoemde kenmerken tussen de gestopte groepen en niet gestopte groepen met werkwijze I, wordt die beïnvloeding duidelijk.

	WW I (N=41) zonder gestopte groepen	WW I (N=19) gestopte groepen
stimulerend	80%	26%
plezierig	76%	16%
vrijblijvend	46%	68%
oppervlakkig	22%	53%
onevenwichtig opgebouwd	5%	32%

Met uitzondering van de gestopte groepen, werd het programma hoog gewaardeerd als stimulerend en plezierig. Bij werkwijze I met name vond de helft der deelnemers het programma vrijblijvend. Een iets kleiner aantal beoordeelden het als oppervlakkig.

De keuzemogelijkheden van een groep lagen binnen een aantal vooraf gegeven kaders vast. De registratiewijze en de te kiezen aspecten waren aan de werkwijze gebonden. Per bijeenkomst was er een vaste volgorde waarin de uitwisseling en het toewerken naar gezamenlijke afspraken, aan bod kwamen. Het oordeel van de deelnemers werd gevraagd over deze vooraf aangeboden structurering. Daarop werd als volgt geantwoord:

	N	g.a.	te strak gestructureerd	goed gestructureerd	te weinig gestructureerd
totaal werkwijzen	92	7%	17%	48%	28%

Van de deelnemers uit de gestopte groepen vond 47% het programma te strak gestructureerd. In die groepen wilde men meer ruimte voor eigen vragen, om het programma zelf in te vullen en men wilde minder strak de indeling naar werkwijze volgen.

Zo werd in deze groepen o.a. gezegd:

"diskussies worden teveel de kop ingedrukt, er ontstaat geen levendige uitwisseling"

"het enthousiasme in de groep moet behouden blijven, desnoods ten koste van de methode"

Ook in andere groepen vonden degenen die het programma te strak gestructureerd noemden, dat er meer ruimte moest zijn voor uitwisseling en vrije discussie.

De meningen over te weinig structuur kwamen uit de grotere groepen (groep 4,7,8 en 5), maar ook uit die groepen waar er onderling verschil van mening of onduidelijkheid was over de te volgen koers (groep 2,5,6 en 12).

In de grotere groepen werd benadrukt dat meer structuur een strakkere leiding en meer discipline in de groep moet inhouden. Bij andere groepen en deels ook bij de grote groepen waren problemen rond het uitstippelen van die eigen koers.

Uitspraken in dit verband waren b.v.:

"goede en slechte bijeenkomsten wisselen elkaar nog te veel af, er is nog onvoldoende duidelijkheid hoe een bijeenkomst goed kan verlopen"

"het programma is te weinig concreet; er is veel tijd nodig om keuzes te maken"

"in het begin is er teveel keuzevrijheid; zorg dat de groep eerst tot de kern van toetsing komt, geef pas daarna keuzemogelijkheden aan een groep"

"het programma moet duidelijk zijn; de groep moet zich daar dan maar bij aanpassen, het NHI (!) moet de deelnemers aan groepen beter selekteren"

Op de vraag om suggesties te geven voor nieuwe groepen, werden veel opmerkingen (8%) gemaakt over strakkere structurering en strakkere leiding.

Onze eigen ervaring is, dat er in de wensen van de groepen over structurering een tegenstrijdigheid zat. Enerzijds stelde men aanpassing aan eigen wensen hoog op prijs; het werd haast verondersteld, terwijl men anderzijds een duidelijke structuur wenste en weinig tijd wilde besteden aan het maken van keuzes. In de volgende paragraaf zal daar nog op worden teruggekomen.

De opbouw van het programma werd verder redelijk goed gewaardeerd. Op de vraag of er onderdelen uit het programma weggelaten zouden kunnen worden, heeft 26% ja geantwoord. Deze antwoorden hadden betrekking op de registratiewijzen en normontwikkeling. De opmerkingen die gemaakt zijn, zullen in de betreffende paragrafen in de verslaggeving betrokken worden. De vraag of onderdelen aan het programma toegevoegd zouden kunnen worden, is door 42% met ja beantwoord. "Moeten" is daarbij soms in "kunnen" veranderd. Bij de antwoorden op deze vraag zijn ook allerlei suggesties gedaan. Samengevoegd met suggesties uit andere vragen werden als belangrijkste toevoegingen genoemd:

"aan het begin betere afspraken maken en doelen stellen"

"vooraf de functie van normen meer verduidelijken"

"meer ruimte geven aan het groepsproces"

"meer literatuurstudie en nascholing inbouwen"

Suggesties speciaal voor werkwijze I waren nog:

"de onderwerpkeuze anders organiseren"

"registratievormen afwisselen, b.v. de kaart gebruiken, audio- of video opnamen, onderlinge praktijkobservaties of rollenspel"

"meer aandacht besteden aan psycho-sociale aspecten"

De verschillende wensen en suggesties liepen nogal uiteen. Er werd veel genoemd, in allerlei nuances, maar steeds slechts door een klein aantal deelnemers. Dit illustreert, hoe deelnemers aan verschillende onderdelen een verschillend gewicht hechten. Alle opmerkingen die slechts 1 of 2 maal genoemd werden, zijn hier verder niet vermeld.

Als hulpmiddelen werden aan de groepen een aantal formulieren aangeboden. Bij werkwijze I waren dit registratieformulieren en een enkele keer vragenlijsten voor de bespreking van registratiegegevens. Voor werkwijze III waren dat algemene registratieformulieren en observatielijsten. Aan de deelnemers werd gevraagd of de begeleiders meer of minder van dergelijke hulpmiddelen zouden moeten aanbieden.

22% gaf als antwoord dat er minder hulpmiddelen aangeboden zouden moeten worden. De antwoorden liepen wat dit betreft tussen de werkwijzen nauwelijks uiteen.

Bij werkwijze I vond men dat de registratieformulieren anders zouden moeten worden opgezet (paragraaf 3.2.4.).

Bij werkwijze III werd op het belang gewezen van zelf hulpmiddelen opstellen (paragraaf 3.2.7.).

Meer hulpmiddelen werd door 6% gewenst. Die 6% is volledig afkomstig uit de deelnemers van werkwijze I. Bij meer hulpmiddelen werd gedacht aan het beschikbaar stellen van voorbeelden van normen, in het bijzonder bestaande protocollen.

Volgens 26% van de deelnemers hebben zich op de bijeenkomsten bijzondere knelpunten voorgedaan. Deze knelpunten hadden voor een deel met de opbouw van het programma van doen. Door 11% werd in dit verband nog eens gewezen op onduidelijkheid van het programma en gebrek aan onderlinge afstemming in de groep.

3% noemde bij deze knelpunten de onderwerpkeuze en inhoud.

De overige genoemde knelpunten hadden betrekking op het groepsproces (10%) en storingen door dienst (2%).

Voor de waardering van het programma per bijeenkomst zijn enkele gegevens te halen uit de door de deelnemers ingevulde evaluaties per bijeenkomst. Veel informatie geven die evaluaties overigens niet. De meeste deelnemers vonden het vervelend steeds weer een vragenlijstje te moeten invullen. Bij de vraag wat uit het programma weggelaten zou moeten worden, werd dan ook door 3% deze evaluaties genoemd.

Uit die beoordeling per bijeenkomst bleek, dat een goede structuur en goede vergaderdiscipline een eerste vereiste was voor een goed verloop. Als het daaraan schortte, verliep de rest ook niet goed. Een open sfeer, een goede inzet en motivatie van alle deelnemers werd erg vaak als de belangrijkste positieve faktor voor een goed verloop van de bijeenkomst genoemd.

Bij werkwijze I was de invloed van de keuze van het onderwerp mede belangrijk voor een goed verloop van de bijeenkomst.

Samenvatting

Het toetsingsprogramma werd vooral als plezierig en stimulerend ervaren. Met name bij werkwijze I werd als typering ook vrijblijvend en oppervlakkig genoemd.

Over de mate van structurering werd verschillend gedacht. Ongeveer de helft van de deelnemers vond de structuur goed.

De overigen vonden het programma deels te strak of deels te weinig gestructureerd. Van deze overigen zouden de eersten meer ruimte willen om het programma naar eigen behoeften in te vullen. De anderen verwezen naar slechte vergaderdiscipline en moeilijkheden bij het kiezen tussen de verschillende mogelijkheden. Vergaderstructuur, maar ook openheid en motivatie van de deelnemers waren belangrijke factoren voor het goede verloop van een bijeenkomst. Bij werkwijze I was ook de onderwerpkeuze van belang voor een goede uitvoering van het programma.

Conclusies

De keuzemogelijkheden voor een groep kunnen gehandhaafd blijven. Tevens is het belangrijk om duidelijkheid en houvast te bieden voor het maken van keuzes.

Vorbereiding, onderwerpkeuze (werkwijze I) en groepsklimaat zijn belangrijke elementen bij die keuzes. In de betreffende paragrafen zullen verdere aanbevelingen voor die onderdelen worden aangegeven. Er zal nog worden nagegaan of bij werkwijze I elementen ingebouwd kunnen worden, die de toetsing minder vrijblijvend en oppervlakkig maken.

3.2.2. Voorbereiding en tussentijdse evaluatie

Een deel van de voorbereiding had voorafgaand aan de bijeenkomsten plaatsgevonden, en wel door middel van schriftelijke informatie en het intake-gesprek. Het doel van de voorbereiding was op de eerste plaats dat de groep wist waaraan ze ging beginnen en wat ze kon verwachten.

Op de eerste bijeenkomst werden doelen en verwachtingen van de deelnemers uitgewisseld en opzet van het programma besproken. Bij werkwijze I werd daarna vrij snel met het eigenlijke programma begonnen, bij werkwijze III vond eerst een langere voorbereiding plaats op het werken met audiobandjes.

Onze ervaring tijdens deze voorbereidingsfase is dat groepen die voor werkwijze I gekozen hebben, veelal ook snel aan "het werk" willen. De groepen hebben zelf al een beslissingsfase doorgemaakt om tot toetsing te komen. Men is als de groep start vooral nieuwsgierig en gespannen naar hoe het in de praktijk zal gaan.

De meningen van de deelnemers over de tijd die aan introductie en voorbereiding besteed is, luidde als volgt:

	N	geen antwoord	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
totaal	92	5%	11%	77%	6%

De meerderheid vond dus dat aan de voorbereiding voldoende tijd is besteed. Zelf is ons gebleken, dat gaandeweg de bijeenkomsten veel over de opzet toch niet duidelijk bleek te zijn. De tweede registratie en de rol van normen bij de toetsing waren zaken die niet erg duidelijk bleken te zijn overgekomen. Bij aanvang ging men enthousiast aan de slag. In die periode was men vooral bezig vanuit eigen doelen en verwachtingen. De bij de start gegeven informatie over de opzet van het programma sloot nog te weinig aan bij hun eigen opvattingen en werd waarschijnlijk deels weer vergeten.

Bij de tussentijdse evaluatie, die ongeveer halverwege het aantal geplande bijeenkomsten gehouden werd, kwamen vragen en verschillen in opvattingen pas goed op tafel.

In vele groepen werd dan verzucht: "jammer dat we dit niet eerder zo besproken hebben". Men kwam dan tevens wel tot de conclusie dat dat niet goed mogelijk is. Men moet eerst enige tijd praktisch bezig zijn, om eigen verwachtingen duidelijk te krijgen en om inzicht te krijgen in wat toetsing is.

Menig deelnemer schreef in zijn eindevaluatie dat hij geen duidelijke verwachtingen van toetsing had.

Ook als begeleiders zijn we van mening dat een dergelijke verheldering in wat men individueel en als groep met toetsing wil, een proces is waar enige tijd voor nodig is.

Toch zal aan de informatieverschaffing en het op gezette tijden bespreken van de gang van zaken meer aandacht besteed moeten worden. Deelnemers uit die groepen noemden bij de knelpunten: tegenstrijdige verwachtingen van de deelnemers, verwarring over de manier waarop we zouden toetsen en gebrek aan gezamenlijke overeenstemming.

Bij de adviezen voor volgende groepen gaven de deelnemers o.a. de raad om bij de start meer informatie te geven en het hoofddoel van toetsing duidelijker te formuleren.

Op de vergadering van vertegenwoordigers uit de groepen werd ook een dergelijk advies gegeven. Men benadrukte daarbij om niet teveel stencils en literatuur te geven, maar een mondelinge toelichting en dan discussie over wat je kunt verwachten.

Ook noemde men het belangrijk om regelmatig evaluaties te houden om na te gaan of men nog op een lijn zit en of men bereikt wat men wil bereiken.

De ervaringen uit de groepen zelf en deze adviezen tonen een dilemma dat zich bijna steeds bij de begeleiding heeft voorgedaan. De groepen willen snel aan de slag, niet te veel "praten over", maar doen. Aan de schriftelijke evaluatie per bijeenkomst werd weinig aandacht besteed, van de genoemde knelpunten is maar weinig terug te vinden in die evaluaties.

Aan de hele besluitvorming over het programma werd wat gemakkelijk voorbijgegaan om dan later te konstateren dat een bepaald besluit te snel genomen was. Een dilemma dat waarschijnlijk wel nooit echt oplosbaar zal zijn.

Samenvatting

Toetsingsgroepen wilden zelf snel aan het werk en weinig tijd besteden aan voorbereiding en maken van keuzes. Later werd vaak ervaren dat men te snel was gegaan, dat de keuzemogelijkheden en de verschillen in opvattingen binnen de groep onvoldoende aandacht hadden gekregen. Keuzes maken en een eigen weg voor toetsing uitstippelen is een proces dat tijd nodig heeft. In het begin is er nog onvoldoende te voorzien op welke elementen van toetsing men het meeste accent wilde leggen. Voorlichting komt in de beginfase ook maar heel beperkt over. Toetsing is een proces van vele stappen die na elkaar genomen moeten worden. De informatie die in het begin wordt gegeven over latere stappen, bv. over de toepassing van normen en de tweede registratie slaan weinig aan. Het was moeilijk het midden te vinden tussen voor de start noodzakelijke informatie en teveel aan informatie; tussen snel beginnen en te snel en daardoor keuzes overslaand.

Conclusies

Aan informatie bij de start en voorbereiding zal meer aandacht besteed moeten worden. De informatie moet echter concreet zijn en aangepast aan de eerstvolgende stappen. Informatie en discussie over te maken keuzes zal het beste gefaseerd plaats kunnen vinden. Evaluaties en terugkoppeling moeten regelmatig, kort, maar wel expliciet gehouden worden.

3.2.3. De onderwerpkeuze

In de gevolgde toetsingsmethode wordt het gebied waarop getoetst wordt beperkt gehouden. Het gaat er niet om een "totaalbeeld" van het handelen als huisarts te krijgen en dat te beoordelen, maar om per keer een beperkt onderdeel onder de loep te nemen. Voor een afgrenzing voor wat onderwerp van toetsing is, kon een groep één of meer klachten of ziektenbeelden als onderwerp kiezen. Per klacht of ziekte konden dan weer, al naar gelang de werkwijze, één of meer aspecten van het handelen besproken worden.

In deel 2, structurele elementen, is beschreven hoe dit naar werkwijze georganiseerd was.

In deel 4, inhoudelijke elementen, worden de gekozen onderwerpen en de ervaringen met die onderwerpen voor toetsing nader besproken.

In deze paragraaf gaat het om een beschrijving van de wijze waarop de onderwerpkeuze tot stand is gekomen.

Binnen de werkwijze was de keuze van het onderwerp in hoge mate vrij. Slechts twee criteria werden aangegeven die de keuze beperkten:

- frequent voorkomen in de huisartsenpraktijk, dit in verband met de mogelijkheid voor registratie.
- onderwerp waarbij de huisarts een belangrijke rol speelt door zijn handelen, kennis of vaardigheden.

Groepen konden de onderwerpen vaststellen op grond van eigen voorkeur, aan de hand van een scoringslijst of door uit te gaan van algemene gegevens, bijv. ziekenfondscijfers.

Bij werkwijze I is de eerste manier, een lijst maken van ieders voorkeuren en daaruit kiezen door middel van stemming het meest gevolgd. Eén groep (groep 2) heeft gebruik gemaakt van een scoringslijst voor alle genoemde onderwerpen (zie draaiboek werkwijzen H-20). Met deze procedure is dus maar eenmaal ervaring opgedaan.

Uit die ene keer bleek wel, dat alleen uitwisselen van scores de groep zelf veel minder inzicht gaf in de motieven waarom en verwachtingen waarmee een onderwerp gekozen werd.

Gebruik maken van de scoringslijst zou gevolgd moeten worden door een persoonlijke toelichting op iedere score.

In werkwijze I lag het accent op somatisch handelen. Dit gaf meteen al een beperking in onderwerpen, moeilijke onderwerpen d.w.z. vage, brede, met mogelijke psychosociale problematiek, pasten niet binnen deze werkwijze. Dit waren juist vaak onderwerpen waarbij vele vragen leefden. Zo werd bij "knelpunten" door deelnemers van werkwijze I enkele malen de onderwerpkeuze genoemd, zoals:

"we zijn te lang bezig met goede onderwerpen te vinden"

"het is moeilijk onderwerpen te vinden die interessant zijn om te toetsen, maar ook geschikt voor deze methode"

Het bleek dat de keuze van het onderwerp bij werkwijze I belangrijk was voor een gunstig verloop van de bijeenkomst.

Groepen die overgegaan waren van werkwijze I naar werkwijze III waren het meest positief over de wijze van onderwerpkeuze.

Bij deze groepen was het mogelijk de onderwerpen die in de eerste bijeenkomsten waren afgesproken, nu ook op audiobandjes te registreren, waardoor naast de somatische handelingen ook andere aspecten van deze onderwerpen belicht konden worden.

Bij werkwijze III was bij de keuze van de onderwerpen de registratiemethode een beperking. Als een onderwerp afgesproken was, bleek het vaak moeilijk dit binnen de beperkte periode te registreren op een audioband. Steeds meer werd er gekozen voor een bepaald thema in plaats van een van te voren vastgesteld onderwerp(en). Dit thema kwam dan voort uit de eerste kennismakingsronden, waarbij ongeselekteerde bandjes van de deelnemers gedraaid werden.

De deelnemers spraken zich als volgt uit over de wijze waarop de onderwerpen gekozen waren:

	N	g.a.	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
uitsluitend werkwijze I	60	7%	63%	27%	3%
werkwijzen I en III	20	-	85%	15%	-
uitsluitend werkwijze III	12	25%	66%	-	-
totaal	92	8%	68%	22%	2%

Op de vergadering van vertegenwoordigers van de groepen werd er voor gepleit een lijst te maken van geschikte onderwerpen.

De uiteindelijke keuze voor een onderwerp moet wel bij de groep blijven liggen. Motiveren waarom men een bepaald onderwerp wil kiezen is daarbij belangrijk. Een aantal deelnemers adviseerden om bij werkwijze I voor de eerste paar bijeenkomsten de keuzevrijheid te beperken tot enkele konkrete, goed overzienbare onderwerpen. Na wat ervaring met de methode kan aan de groep dan eigen keuzevrijheid gelaten worden. Het is wel belangrijk ervaringen uit andere groepen met bepaalde onderwerpen door te geven. Een andere suggestie was:

"laat een moeilijker onderwerp eerst voorbereiden door één of twee deelnemers, zodat je een basisschema voor uitwisseling hebt"

Bij werkwijze III overheerste de mening dat de gevolgde procedure, dus beginnen met ongeselekteerde bandjes en daar een onderwerp uit voort laten komen, het beste gehandhaafd kon worden. Als onderwerp van toetsing zou men liever een thema kiezen of b.v. uitgaan van de eerste drie patienten van een spreekuur, in plaats van een ziekte of klachtenpatroon. Als men al voor een dergelijk onderwerp kiest moet de groep "geremd" worden in de keuzevrijheid, om b.v. te voorkomen dat men uit onervarenheid een veel te ingewikkeld onderwerp kiest.

Samenvatting

De onderwerpkeuze was tot nu toe in hoge mate vrij. Bij werkwijze I leidde dat regelmatig tot keuzes die met de werkwijze moeilijk uitvoerbaar waren. De deelnemers stelden voor ter ondervanging van deze problemen, zowel de onderwerpen dwingender voor te schrijven, als meer voorlichting te geven over de geschiktheid van een onderwerp, maar de keuze vrij laten.

Bij werkwijze III bleek het moeilijk zich aan een klacht of ziektebeeld te houden. Het onderwerp van toetsing verschoof daar naar meer algemene vaardigheden en attitudes.

Conclusies

De onderwerpkeuze volledig vrijlaten is bij werkwijze I niet gewenst. Onze eigen voorkeur gaat uit naar het in eerste instantie beperken van de onderwerpen. In een tweede blok, als de groep meer ervaring heeft met de werkwijze en zelf de mogelijkheden van deze werkwijze overziet, kan de keuze weer verruimd worden.

In het begin bij werkwijze III, is het beter nog geen onderwerp te kiezen maar te starten met een kennismakingsronde, waaruit thema's en onderwerpen verdere toetsing voortkomen.

Het kiezen voor het toetsen van algemene vaardigheden en attitudes zal hierbij worden gestimuleerd.

3.2.4. De registratiewijze bij werkwijze I

In het projectvoorstel werd er nog van uitgegaan, dat de registratie zo objectief mogelijk het praktijkgedrag zou vastleggen. In de groepen bleek dit niet mogelijk.

De registratie werd steeds meer het uitwisselen en bespreken van voorbeelden van eigen gedrag. Het was wel nadrukkelijk de bedoeling dat de discussie in de groepen gevoerd werd vanuit het konkrete gedrag van de deelnemers; dat men bij elkaar in de keuken kon kijken.

Eén van de vragen die bij deze registratie opgeroepen werd, is wat nu de beste manier is om een zo waarheidsgetrouw mogelijk beeld te krijgen. In de voorbereiding was er van uitgegaan dat iedere deelnemer 3 à 4 voorbeelden van consulten op registratieformulieren zou vastleggen. Zowel om praktische redenen, er kwamen vaak minder patienten met de afgesproken klacht dan men verwacht had, als vanwege de hanteerbaarheid van alle informatie in de groep, werd dit aantal meestal teruggebracht tot 1 of 2 voorbeelden per deelnemer.

Bij de keuze 'welke voorbeelden moet je inbrengen', waren een aantal deelnemers van mening dat je niet moet selekteren. Door de eerste de beste patient met de afgesproken klacht te nemen, geef je eerder een waarheidsgetrouw beeld. Anderen vonden dat je beter die patienten in kon brengen, waar je zelf vragen en problemen mee had. Dergelijke voorbeelden vond men het meest leerzaam voor zichzelf en anderen.

In de praktijk werden deze beide selektiemethoden meestal door elkaar heen toegepast. Als dit te veel uiteenliep, leverde dat weer onduidelijkheid op over wat nu bij toetsing het belangrijkste is. Zoals al beschreven vond de registratie plaats op formulieren. Er was voor deze vorm gekozen omdat zo de informatie al meer geordend en overdacht kon worden.

In de programmering van werkwijze I was er vanuitgegaan dat het volledig bespreken van een ziekte of klacht voor een bijeenkomst te veelomvattend zou zijn. Er was gekozen om uitwisseling en bespreking te beperken tot één aspekt hiervan (b.v. anamnese bij een kind met buikpijn of lichamelijk onderzoek bij rugpijn).

De vooraf ontworpen registratieformulieren waren zo opgebouwd dat steeds het hele verloop van een consult weergegeven werd. Aan het betreffende aspekt werd door middel van een aantal extra vragen uitvoeriger aandacht besteed.

Het feit dat er bij de start formulieren beschikbaar waren, werd door de deelnemers positief gewaardeerd. De vorm bleek niet zo adequaat te zijn. Zo was de verdeling in aspekten te gedetailleerd. Bijv. een scheiding tussen laboratoriumonderzoek elders en thuis, tussen lichamelijk onderzoek en ander onderzoek, tussen therapie en verwijzing bleek weinig praktisch.

De meeste groepen gingen daarom al snel over tot het registreren van meerdere aspekten op één formulier. De vragen in het registratieformulier bestonden deels uit beschrijvende en inventariserende vragen en deels uit vragen naar overwegingen en motieven die aan het handelen ten grondslag hebben gelegen. Het bleek dat bij de uitwisseling die overwegingen onvoldoende uit de verf kwamen.

De mening van de groepsleden over het gebruik van de registratieformulieren is:

	N	geen antwoord	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
totaal	80	6%	20%	60%	14%
WW I					
WW I + III					

De meerderheid vond de registratieformulieren dus maar matig geschikt en 14% vond ze zelfs ongeschikt.

Op de vraag welke onderdelen uit het programma weggelaten zouden kunnen worden, antwoordden 10% van de deelnemers uit werkwijze I: de registratieformulieren.

Ook als knelpunt werd enige malen melding gemaakt van het formulier. Onder andere werd opgemerkt:

"het formulier leeft niet, de vraagstelling is te weinig uitdagend, daardoor besteed je er ook te weinig tijd aan"

"de mogelijkheden die het formulier biedt zijn te beperkt, meer algemene thema's b.v. verwijzen, gebruik van instrumentarium worden zowat uitgesloten; de wat meer ingewikkelde klachten laten zich op deze wijze moeilijk toetsen"

In de meeste groepen is vooral bij de tweede registratieronde met andere registratiemethoden geëxperimenteerd.

Eén groep is overgestapt naar het algemeen registratieformulier (zonder uitsplitsing naar aspecten), bij drie groepen werden geen formulieren meer gebruikt, maar bracht men de patientenkaart mee. Beide methoden voldeden goed.

Incidenteel werd nog met andere methoden geëxperimenteerd.

In een groep werd b.v. gedurende enige tijd zelf bijgehouden wanneer men de oogspiegel gebruikt en waarvoor.

Een andere groep (groep 2) heeft de tweede registratieronde vooral gebruikt om verschillende registratiemethoden uit te proberen. Rond het thema rugpijn kozen de deelnemers zelf hoe zij dit in de groepsbijeenkomsten zouden presenteren. Zo werd door twee deelnemers uit deze groep gebruik gemaakt van video, van onderlinge praktijkobservaties, eveneens door twee deelnemers, de andere vier registreerden op een checklist. Deze was opgesteld aan de hand van de eerst overeengekomen normen. Hoewel het dus maar een beperkte ervaring is, willen we toch iets van de meningen van de deelnemers over deze andere registratievormen weergeven.

Deze groepsleden waardeerden het gebruik van video als middel om je eigen werkwijze in de groep te presenteren hoog. Zowel voor getoetste als voor de toeschouwers was het erg leerzaam. Ook het lichamelijk onderzoek was opgenomen en juist dat gaf een goede mogelijkheid tot vergelijking met de eigen handelswijze. Technisch was dit middel moeilijk toepasbaar (nog afgezien van het ter beschikking moeten hebben van de apparatuur). Er moest een aparte afspraak voor worden gemaakt en er moest iemand anders aanwezig zijn die de kamera bediende. Ook voor de patient was het erg belastend. Onderlinge praktijkobservaties werden ook positief gewaardeerd. De observanten zelf vonden het leerzaam. Ook de bespreking in de groep van de observatieverslagen was waardevol voor de anderen. In de observaties kwam het medisch technisch handelen echter weinig aan bod; rugpijn al helemaal niet, omdat zich toevallig dergelijke patienten niet hadden voorgedaan. Het accent kwam te liggen op praktijkvoering en arts-patient relatie. Voorbereiden en verslagschrijven kostte veel tijd. De ervaring van de andere vier met het gebruik van de checklist was, dat een dergelijke lijst als hulp bij de bespreking goed dienstbaar kan zijn. Invullen was moeilijk tot turven te beperken, er stond meer in de kantlijn dan dat er aangekruist werd.

Op de vergadering van vertegenwoordigers uit de toetsingsgroepen werden de ervaringen met deze andere registratiewijzen ook doorgesproken. Konklusie van die bespreking was dat er liefst zo min mogelijk met formulieren gewerkt moet worden. "Invullen doe je toch nauwelijks of veel te laat" (de bedoeling was direkt na het consult). Als er formulieren gebruikt worden, moeten die kort en overzichtelijk zijn. Als voordeel van de formulieren werd genoemd "dat je bij het invullen meer stilstaat bij wat je doet en dat ze in de groep onderling voor lezing uitwisselbaar zijn".

Een enkeling zou bij werkwijze I ook af en toe gebruik willen maken van audiobandjes, op de gemelde vergadering vonden de vertegenwoordigers die methode niet geschikt voor werkwijze I.

Het nieuwe werkboek zal aan deze ervaringen aangepast worden. Het gebruik van patientenkaarten zal nader uitgewerkt worden en er zal een vereenvoudigd formulier samengesteld worden. Deze registratiewijzen zullen vooral bij de start geschikt zijn. Een groep die langere tijd met werkwijze I doorgaat, krijgt de behoefte aan andere vormen, om b.v. ook andersoortige of moeilijke onderwerpen te toetsen. Er zal daarom ook doorgedaan worden met het experimenteren in geschikte registratiemethoden voor werkwijze I.

Samenvatting

De registratie werd gebruikt als middel om van een of enkele voorbeelden van gedragswijzen voor onderlinge uitwisseling en discussie mogelijk te maken. De vraag of men voor toetsing het beste een doorsnee voorbeeld kan inbrengen of een probleemgeval is nog onbeantwoord. Al naar gelang de nevendoelen van een groep werd hierin wel of geen keuze gemaakt. Dit hangt samen met ieders opvatting over toetsing: routines opsporen of specifieke vragen beantwoord willen zien. Standaardformulieren om een consult vast te leggen zijn goede hulpmiddelen, de gebruikte vorm voldeed echter niet omdat de formulieren te versnipperd en te gedetailleerd waren. Het bleek ook goed mogelijk te zijn de uitwisseling te baseren op de meegebrachte patiëntenkaart. Groepen die langer met werkwijze I bezig zijn of die ook in het somatisch handelen intensiever willen toetsen, hadden behoefte aan aanvullende registratievormen en toetsingsmiddelen.

Conclusie

Registreren van enkele voorbeelden kan worden gehandhaafd. Voor en nadelen van de registratie van doorsnee patiënten of probleemgevallen zullen nader uitgezocht moeten worden. Het registratieformulier moet worden vereenvoudigd. De methoden van gebruik van patiëntenkaarten voor toetsing zullen verder worden ontwikkeld. Voor het toetsen van de meer ingewikkelde onderwerpen zullen nieuwe, aangepaste vormen worden ontworpen.

3.2.5. De uitwisseling van de registratiegegevens, werkwijze I

In het draaiboek voor de werkwijze staan 6 variaties voor het uitwisselen van de registratiegegevens (zie draaiboek H-60). Deze zijn, uitgezonderd variatie 3 en 6 één of meerdere malen toegepast, maar niet iedere variatie in iedere groep. Iedere groep ontwikkelde een eigen voorkeur voor de uitwisseling, verder bleek de beste uitwisselingsvorm ook sterk van het onderwerp afhankelijk. Het beste voldeden variatie 4 en 5 met een aantal aanpassingen.

Deze twee meest gebruikte manieren waren:

- inventariseren, liefst stap voor stap, welke handelingen ieder bij deze klacht verricht heeft, daarna vergelijken en verschillen bediskussieren.
- een deelnemer leest één van zijn registratieformulieren voor, daarna volgt een ronde kommentaar en vragen, discussiepunten worden genoteerd, daarna volgt een volgend voorbeeld (zoveel naar gelang er tijd is).

De eerste procedure was vooral heel geschikt als groepen in beperkte tijd wilden komen tot een behandelingsschema per klacht. Van allerlei bijzonderheden werd afgezien, er werd snel gezocht naar een bruikbare indeling van de klacht.

Hierna werd een keuze gemaakt voor bepaalde onderdelen.

Deze konden daarna systematisch uitgewerkt worden. Op deze wijze waren zelfs de moeilijker en vage onderwerpen als duizeligheid of hoofdpijn goed te behandelen.

De tweede variatie was beter geschikt als een groep veel tijd wilde besteden aan het uitwisselen van ervaringen. Het vergelijken met elkaar en doorvragen waarom nu precies zo, werd dan vooralsnog belangrijker gevonden dan tot een behandelingsschema te komen. Met deze methode werden meer specifieke vragen en problemen boven tafel gehaald.

Deze procedure kostte veel tijd. Vaak waren twee avonden nodig; een avond om uit te wisselen en een om de opgeroepen vragen verder uit te werken.

Lezen van elkaars registratieformulieren werd veelal de eerste en tweede keer toegepast, daarna niet meer. De deelnemers vonden deze werkwijze te omslachtig. Achteraf betreurden enkele deelnemers dat dit niet meer gebeurd is, omdat men elkaar op die manier intensiever had kunnen toetsen.

De eerste registratieronde bleek vooral gebruikt te worden om uit te wisselen en te bespreken hoe ieder werkt, deze verschillende werkwijzen onderling te vergelijken en materiaal te verzamelen voor het gezamenlijk opstellen van normen.

Juist bij deze eerste registratie van werkwijze I kwamen de in de paragraaf 3.1.2.,verwachtingen, gekonstateerde tegenstellingen over wat écht toetsen is en de resultaten die men verwacht, naar boven.

Bij de uitwisseling en bespreking liepen al gemakkelijk drie soorten vragen door elkaar heen, te weten:

- vragen van de getoetste; heb ik het goed gedaan, zouden jullie het ook zo doen?
- vragen van de anderen vanuit hun persoonlijke voorkeur en interesse, waarom doe jij zò, ik heb ervaren dat...
- een algemene vraagstelling; wat is het beste beleid bij dergelijke klachten?

Hoeveel tijd en aandacht de verschillende soorten vragen moesten krijgen, stond niet voor alle deelnemers in dezelfde mate vast.

Als in een groep de meningen daarover te veel uiteenliepen, kwamen alle drie de vragen in de knel. In de toekomst zal aan groepen meer inzicht gegeven moeten worden in die vragen, om zo ook een duidelijkere keuze te kunnen maken over de tijdsbesteding aan die verschillende vragen.

Op de ervaringen om de uitwisseling te laten uitmonden in gezamenlijke afspraken, zal in het hoofdstuk 3.3., normontwikkeling, worden teruggekomen. Ook de ervaringen met de tweede registratie komen daarbij ter sprake.

De meningen van de deelnemers over de methoden voor het uitwisselen van de registratieformulieren luiden:

	N	g.a.	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
WW I en WW I+III	80	14%	24%	50%	12%

Het oordeel van de groepen die voortijdig gestopt zijn, beïnvloedt sterk het totaal der antwoorden. Van de deelnemers uit die groepen (N=19) vond slechts 5% de methode van uitwisseling zeer geschikt, 74% matig geschikt en 5% ongeschikt.

Over de tijd die aan het uitwisselen van registratiegegevens besteed is, was men over het algemeen tevreden. 15% van de deelnemers uit deze groepen (werkwijzen I en werkwijzen I+III, N=80) vond dat er teveel tijd aan besteed was, 9% te weinig.

Aan het uitwisselen van persoonlijke ervaringen vond 26% van de deelnemers uit deze groepen dat er te weinig tijd aan besteed is, 10% had een tegenovergesteld oordeel en vond dat er hiervoor teveel tijd was gebruikt.

In de toelichtingen waarom men de uitwisselingsmethoden minder geschikt vond werd enerzijds gezegd dat er teveel casuïstiek aan bod kwam en dat discussies te wanordelijk verliepen, anderzijds zijn er ook deelnemers die opmerkten dat er meer ruimte zou moeten zijn voor het uitwisselen van persoonlijke ervaringen en dat er tijd moet zijn om vragen verder uit te diepen of zelfs om zijwegen in te kunnen slaan.

In hoofdstuk 3.6., waardering en resultaten, zal beschreven worden hoe deze methode als vorm van toetsing gewaardeerd werd in vergelijking met de waardering voor methode III.

Samenvatting

*Bij de uitwisseling van de registratiegegevens bij werkwijze I was het vooral van belang te weten of een groep het accent wilde leggen op het uitdiepen van specifieke vragen, danwel meer gericht is op het opstellen van gezamenlijke beleidslijnen. Voor beide behoeften is een procedure ontwikkeld die goed vol-
daan heeft. Voor een goed verloop van de uitwisselingsprocedures bleek het verder belangrijk dat een groep de hierna volgende vragen wist te onderscheiden en wel:*

- vragen van degene wiens handelwijze besproken wordt (dit zijn vragen naar beoordeling)*
- vragen van de andere deelnemers. (dit zijn vragen voortkomend uit ieders eigen ervaringen en leerbehoefte)*
- algemene vragen, wat het beste beleid is in een dergelijk geval.*

Conclusies

De twee nu ontwikkelde uitwisselingsprocedures kunnen in volgende groepen geïntroduceerd worden. Via de introductie van deze twee methoden kan een groep inzicht krijgen in het onderscheid dat er bestaat tussen bovenstaande vragen.

Er moet nog worden nagegaan of een groep op deze wijze voldoende inzicht gegeven kan worden, zodat ze er ook zelf mee om kunnen gaan.

3.2.6. De registratiemethode bij werkwijze III - audiobandjes

Over het gebruik van audiobandjes als middel om het eigen handelen vast te leggen, zijn de deelnemers erg enthousiast.

32 deelnemers (dit is 35%) hebben met deze werkwijze kennis gemaakt.

Hun oordeel over het gebruik van audiobandjes was:

	N	g.a.	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
WW I+III	20	5%	70%	20%	5%
WW III	12	-	100%	-	-
totaal	32	3%	81%	12%	3%

Wat positief gewaardeerd werd bij het gebruik van audiobandjes, is dat dit de bijeenkomsten erg levendig maakt, het beluisteren van een gesprek biedt veel stof tot reageren, men wordt direkter met elkaars werkwijzen gekonfronteerd. In groepen waar men van werkwijze I naar werkwijze III was overgestapt, vond men over het algemeen dat bandjes meer toetsing inhielden, juist omdat deze presentatie de werkelijkheid meer benadert.

In één groep werd gekonstateerd dat het beluisteren van bandjes meer leerde over ieders manier van werken dan vele jaren gezamenlijk overleg.

Degenen die de bandjes matig geschikt vonden, baseerden dat op de ervaring dat het opnemen zelf, grote invloed heeft op het verloop van een consult: "Je wordt erdoor beïnvloed".

Ook het feit dat je een eigen selectie inbrengt, geeft hun inziens een beperking. Eén deelnemer, degene die de bandjes niet geschikt vond, schreef in zijn evaluatie: "Het gebruik van bandjes is storend in de spreekkamer, het beïnvloed te sterk de relatie tot de patient."

Een klein deel van de deelnemers had ervaring met het gebruik van audiobandjes. Voor de meesten was deze methode nieuw.

Dit maakte een wat langere aanlooptijd noodzakelijk dan in de programmering voorzien was. Soms was het moeilijk om bandjes van redelijke geluidskwaliteit te krijgen. Ook de selectie, welke bandjes zijn het meest geschikt om in te brengen, moest uitgeprobeerd worden.

In alle groepen werd gestart met een kennismakingsronde. Deze duurde twee tot vier bijeenkomsten. Tijdens die bijeenkomsten werden van alle deelnemers een of twee door henzelf geselecteerde bandjes beluisterd. Het letten op speciale punten en het werken met observatielijsten werd daarbij geleidelijk ingevoerd. Zowel te lange bandjes, een kwartier of langer - met dan ook vaak een moeilijke patient -, maar ook de korte konsulten (rond de 5 minuten) bleken voor deze kennismakingsronde niet zo erg geschikt. Door de lange bandjes werden teveel en moeilijk oplosbare vragen opgeroepen of ging de aandacht teveel uit naar het probleem van de patient. De korte bandjes boden nog te weinig aanknopingspunten.

De keuze 'welke kant laat je als eerste van jezelf zien', viel menig deelnemer zwaar. De eerste konfrontatie met deze wijze van werken werd vaak als erg spannend ervaren, de opluchting na afloop was evenredig groot.

Het was de bedoeling na deze kennismakingsronde verder te gaan met het beluisteren van meerdere konsulten van een deelnemer bij één of enkele vooraf gekozen onderwerpen.

In de praktijk bleek dit opnemen per onderwerp erg moeilijk te realiseren. Het was opvallend, en dat is een ervaring uit beide werkwijzen, dat de verwachting vooraf over het vòorkomen van een bepaalde klacht veel hoger is dan het feitelijke voorkomen. Vooraf werd het geen probleem genoemd om binnen veertien dagen enkele gesprekken op te nemen of enkele registratieformulieren in te vullen met b.v. moeheidspatienten, of patienten met vage borstklachten. Achteraf bleek menigmaal dat er net geen, of slechts één patient met die klacht was geweest.

Om een opname te maken van een konsult met een specifiek onderwerp zou men het opnameapparaat dagenlang kontinu aan moeten laten staan, ofwel de opname pas starten nadat de patient zijn klacht had verteld. Het eerste werd als erg belastend ervaren "je moet het steeds aan de patient uitleggen, op de meest ongelukkige momenten hoor je opeens het apparaat" .

Bij de tweede mogelijkheid, om het apparaat te starten na het vertellen van de klacht, is het eerste begin van het gesprek al weg. Afhankelijk van het doel waarmee het bandje beluisterd wordt, hoeft dat niet persé een nadeel te zijn.

Voor de deelnemers zelf vormde het wel of niet houden aan een onderwerp een probleem. Men wilde de somatische aanpak niet verwaarlozen maar de selectie waarom men iets inbracht, berustte vaak minder op somatische vragen dan wel op overwegingen, zoals:

"dit vond ik illustratief voor mijn manier van werken"

"hier ben ik, gesprekstechnisch de mist in gegaan"

"dit soort patienten vind ik moeilijk"

Per bijeenkomst kwamen de bandjes van één deelnemer aan bod.

Dit werd als een zeer goede vorm van toetsing ervaren.

Als om praktische redenen gesprekken van meerdere deelnemers gedraaid moesten worden, vond men dit een beperking.

Een uitzondering hierop vormde groep 10. In die groep had men ook meer de neiging om probleem-gericht te zijn in plaats van dokter-gericht.

Samenvatting

Degenen die audiobandjes hebben gebruikt hebben hoge waardering voor dit registratiemiddel bij toetsing. Het maakte de presentatie levendig, bandjes gaven veel stof tot discussie, de werkelijkheid kwam meer nabij. Als nadeel werd genoemd, dat je zelf een selectie maakt bij wat je opneemt en bij wat je meebrengt naar de toetsingsbijeenkomst. Een enkeling vond de invloed van het opnemen storend op de eigen handelwijze en op het contact met de patiënt.

Het opnemen van audiobandjes per klacht bleek in de praktijk moeilijk haalbaar te zijn. Motieven van deelnemers om hun banden in de toetsingsgroep te willen presenteren, hadden eerder van doen met vragen rond attitude en algemene vaardigheden, dan met de aanpak per klacht.

Conclusies

Audiobandjes zijn een goed middel om de eigen werkwijze in de toetsingsgroep te presenteren. Deze werkwijze zal dan ook zeker in deze vorm gecontinueerd worden. Zoals ook bij de onderwerpkeuze al gebleken is, zal dan wel het accent verlegd moeten worden van het toetsen van ziektebeelden en klachten naar algemene vaardigheden.

3.2.7. De bespreking van de audiobandjes

Na de kennismakingsronde werd gestart met de vaste procedure voor deze vorm van toetsing. Zoals al beschreven, bestaat die procedure uit het per bijeenkomst bespreken van bandjes van konsulten van één deelnemer. In de eerste registratieronde komt iedere deelnemer eenmaal met een serie bandjes aan de beurt.

De bespreking verliep via een vaste procedure die in alle groepen aangehouden werd en goed beviel.

Degene die getoetst werd, vertelde in het kort waar het bandje over ging en eventuele bijzonderheden uit de voorgeschiedenis. Dit vooraf al iets over de inhoud vertellen werd gedaan opdat de toehoorders niet teveel energie hoefden te steken in het volgen van de gebeurtenissen. Soms liet de inbrenger echter die toelichting achterwege, omdat hij juist commentaar wilde over dat verloop.

Na deze inleiding werd het konsult gedraaid. De toehoorders werd geadviseerd om het verloop met trefwoorden vast te leggen. Zeker als men nog niet zo erg met deze methode vertrouwd was, bleek het moeilijk om luisteren en oordelen te combineren. Ook dit vastleggen van het verloop bleek de nodige oefening te vragen. Na het draaien van het bandje kon degene wiens konsult het betrof eerst zelf een korte reactie geven of eventueel nog aanvullende informatie. Vervolgens kregen de overige deelnemers een paar minuten tijd om hun aantekeningen na te lopen, die te vergelijken met het observatieformulier en om hun mening over dit konsult te formuleren. In een ronde kreeg ieder de gelegenheid zijn mening te geven. De getoetste reageerde daar pas op nadat alle meningen naar voren waren gebracht. Aansluitend was er enige tijd vrije discussie. Vragen en meningsverschillen die uit die discussie overbleven werden genoteerd. Op een avond werden zo minstens twee, meestal drie en in een groep die met het thema vraagverheldering werkte, tot 5 bandjes gedraaid.

Voor de bespreking van het eerste bandje werd ruim tijd uitgetrokken. Konklusies en vragen uit die eerste bespreking werden meegenomen bij het beluisteren van de volgende bandjes. Dan ging men ook meer letten op overeenkomsten en verschillen tussen de konsulten om zo wat meer inzicht te krijgen in de specifieke werkwijze van de betreffende arts. Bewaken dat de bespreking doktergericht bleef en men niet dit éne probleem als groep wilde gaan oplossen, was de enige moeilijkheid bij deze procedure. Op de wijze van kommentaar geven, wordt verder in dit verslag teruggekomen in paragraaf 3.5.2..

Om bij het beluisteren en bespreken de aandacht beter te kunnen richten, werden observatieformulieren geïntroduceerd.

In het draaiboek zijn een aantal voorbeeldformulieren opgenomen (draaiboek J-30). In de groepen werd daar op verschillende wijzen gebruik van gemaakt. Een groep was al in de kennismakingsronde gestart met het gebruik van de modelformulieren. In de andere groepen werd eerst gestart met een open observatie.

Als daaruit dan enkele aandachtspunten naar voren kwamen, werden de bijpassende formulieren geïntroduceerd.

Alle groepen zijn, na enkele malen het modelformulier gebruikt te hebben, overgegaan op het opstellen van een eigen observatielijst. De modelformulieren bleken goed te werken bij groepen waar een meerderheid de nodige ervaring en training had in gesprekstechniek, methodisch werken en dergelijke.

Voor andere groepen bleken de formulieren verwarrend en moeilijk. De gedachtengang waarop de observatieformulieren gebaseerd waren, vormden geen gemeengoed, de besprekingen van bandjes werden dan doorkruist door discussie over interpretaties en opvattingen. Het illustreerde dat er voor het kunnen toepassen van observatiepunten een consensus moet zijn over de waarde en betekenis van dergelijke punten. In een groep leidde dit tot zoveel moeilijkheden dat de eerste registratieronde verlengd moest worden.

Bij de groepen die al beter thuis waren in deze materie werden de observatieformulieren als voorbeeld in de beginperiode erg gewaardeerd. Het gaf goede steun bij het luisteren, het gaf houvast om op speciale punten te letten, waardoor men specifiek kon luisteren en gedetailleerder commentaar geven. Het maakte de observaties ook beter uitwisselbaar.

Bezwaren tegen deze voorbeeldformulieren waren veelal gelijklopend met die op de registratieformulieren. De vraagstelling was te gedetailleerd, de opdeling in aspecten vond men te kunstmatig. Juist om een eigen "mengsel" van aandachtspunten vast te stellen, kozen groepen voor het zelf opstellen van observatieformulieren. In deel 4, inhoudelijke elementen, zal weergegeven worden welke vragen en aspecten in deze groepen belangrijk werden gevonden. Bij vergelijking van de modelobservatieformulieren en de eigen producten van de groepen, is opvallend dat deze laatste veel meer uit gaan van open vragen. Zoals bijv: is er aan vraagverheldering gedaan, wordt er voldoende aandacht besteed aan psycho-sociale factoren e.d. In de modelformulieren was al geprobeerd kenmerken van een bepaald gedrag te omschrijven, dit was blijkbaar een te grote stap.

Bij groep 3, die lang met werkwijze III is bezig geweest (totaal 18 bijeenkomsten, waarvan 14 volgens werkwijze III) en waarbij ook betrekkelijk weinig problemen in de uitvoering zijn opgetreden, bleek de eigen observatielijst door regelmatige bijstelling een goede aanzet te zijn om tot normen te komen. In hoofdstuk 3.3., normontwikkeling, zal daar nog op teruggekomen worden.

Het probleem bij werkwijze III was om de aandacht voor het psycho-sociaal handelen evenwichtig te verdelen met aandacht voor het somatisch handelen. De invalshoek ligt anders.

Bij psycho-sociaal handelen gaat het om algemene vaardigheden, de vraagstelling overstijgt als snel een specifieke klacht en ook in de discussie komt men met eigen ervaringen uit soortgelijke interaktiemomenten en niet met soortgelijke somatische klachten. Om somatische vragen goed te inventariseren en uit te werken is wel beperking tot specifieke klachten nodig.

Bij de verschillende groepen is dit probleem verschillend aangepakt:

- In een groep is al spoedig besloten te kiezen voor een thema, vraagverheldering, en somatische vragen op de sparen voor andere bijeenkomsten.
- In andere groepen is men blijven trachten beide elementen te verenigen. Soms leidde dit tot teleurstellende ervaringen, daar deze combinatie moeilijk is.

De gang van zaken was nu zo dat vragen opgespaard werden tot afloop van de eerste registratieronde.

Bij twee groepen bleek dat er op het einde zoveel vragen lagen, op beide terreinen, dat men er niet goed raad mee wist.

Er zijn plannen voor het verdere uitwerken hiervan gemaakt.

Het zal nog moeten blijken of groepen hiermee zelf uit de voeten kunnen, temeer daar bij deze groepen de permanente begeleiding is afgesloten.

- Een groep heeft tussendoor twee extra bijeenkomsten besteed aan het bespreken van somatische vragen bij het gekozen onderwerp. Deze extra aandacht heeft zeer goed voldaan. Op die bijeenkomsten werden normen voor het somatisch handelen uitgewerkt die bij het verder beluisteren van spreekuurkonsulten werden toegepast. In deze groep werden de observatieopdrachten verdeeld. De helft lette op somatisch handelen, de andere helft op het psycho-sociaal handelen. Deze werkwijze is erg goed bevallen en ze is als suggestie door de andere groepen meegenomen.
- Drie groepen zijn tussentijds met handhaving van dezelfde onderwerpen overgestapt van werkwijze I op werkwijze III.

Eerste registratie werkwijze III werd dan deels gekombineerd met de tweede registratieronde van werkwijze I. Hoewel men dus al normen en daarmee duidelijke observatiecriteria bij de hand had, bleek ook hier de combinatie moeilijk.

De meningen van de deelnemers over de wijze waarop de audiobandjes besproken zijn, luiden:

	N	g.a.	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
WW I+III	32	3%	81%	12%	3%
WW III					

Het oordeel dat de wijze van bespreking van de audiobandjes niet zo geschikt is, is alleen terug te vinden in de antwoorden van de deelnemers uit nog niet-afgesloten groepen.

De wel-afgesloten groepen vonden unaniem de wijze van bespreking zeer geschikt.

Over de tijd die aan deze besprekingen besteed is, zei men:

	N	g.a.	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
WW I+III	32	16%	3%	78%	3%
WW III					

Voor het uitwisselen van persoonlijke ervaringen vond men de besteedde tijd:

	N	g.a.	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
WW I+III	32	9%	3%	69%	19%
WW III					

Over het gebruik van de observatieformulieren was het oordeel:

	N	g.a.	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
WW I+III					
WW III	32	6%	41%	47%	6%

Helaas is uit de laatste antwoorden echter niet duidelijk af te lezen of men bij de beantwoording oordeelde over de zelf opgestelde observatieformulieren, de modelformulieren of formulieren in het algemeen.

Samenvatting

Voor de bespreking van audiobandjes is een goede werkzame procedure ontwikkeld. Volgens een vast schema werden per bijeenkomst gemiddeld 3 spreekuurkontakten beluisterd. Het accent lag daarbij op het uitdiepen en bekomentariëren van de handelwijzen van de betreffende arts. Meer algemene vragen en discussiepunten werden genoteerd en later uitgewerkt. Nadeel van deze procedure was dat vragen soms erg lang bleven liggen.

Observatieformulieren waren bij deze procedure een goed hulpmiddel, echter alleen als ze goed aansloten bij de kennis en opvattingen van de groepsleden. Het is belangrijk om consensus te verkrijgen over de waarde en interpretatie van observatiepunten. Het zelf opstellen van observatielijsten vormde een goede aanzet om tot normering te komen. Het evenwichtig verdelen van de aandacht tussen somatische en psycho-sociale aspecten bleek moeilijk te zijn.

Conclusies

De gevolgde procedure kan verder gehandhaafd worden. De observatielijsten die een groep als voorbeeld ter beschikking worden gesteld moeten meer vereenvoudigd worden en er moet meer accent gelegd

worden op het zelf uitwerken van observatielijsten.

De vraag hoe de somatische aspecten bij werkwijze III meer aan bod kunnen komen zal nader uitgewerkt worden. Te denken valt daarbij aan het meer combineren van bijeenkomsten volgens werkwijze I en III.

Ook verdeling van observatieopdrachten tijdens het beluisteren zal in de procedure meer aandacht krijgen.

3.3. Normontwikkeling

3.3.1. Opvattingen over normen

Het is kenmerkend voor de methode van dit projekt dat voor toetsing niet wordt uitgegaan van vooraf opgestelde normen, maar dat normen door de groepen zelf tot stand worden gebracht. In het projektvoorstel was al voorzien dat dit waarschijnlijk een van de moeilijkste onderdelen zou zijn. Toen werd vooral gedacht dat het moeilijk zou zijn om tot onderlinge overeenstemming te komen. Rond normontwikkeling deden zich ook de meeste vragen en problemen voor. Het waren vragen over het nut en belang van normen bij toetsing en vragen over hoe je als groep zelf normen kunt opstellen.

In deze paragraaf zal ter sprake komen, hoe in de groepen gedacht werd over het gebruik van normen bij toetsing. Het proces van zelf normen opstellen komt in de volgende paragrafen aan bod.

In de literatuur over toetsing worden normen een essentieel onderdeel genoemd (Kolthoff-Tan, bijlage III no: 6); toetsen is beoordelen en om te kunnen beoordelen heb je een maat, een norm nodig (Fowkes, bijlage III no: 7).

Door deelnemers in de groepen werd daar heel verschillend over gedacht. Op de vraag 'hoe belangrijk normen zijn bij onderlinge toetsing', werden de volgende antwoorden gegeven:

	N	g.a.	zeer belangrijk	enigszins belangrijk	niet belangrijk
uitsluitend werkwijze I	39	8%	46%	41%	5%
werkwijze I en III	13	-	31%	54%	15%
uitsluitend werkwijze III	12	8%	8%	67%	17%
totaal	64	6%	36%	48%	9%

Nu zeggen deze cijfers op zichzelf nog niet zoveel. Als er iets duidelijk is geworden, dan is het wel dat er over het begrip normen veel verwarring heerst.

De een verstaat onder normen algemene uitgangspunten; een ander enkel een lijst van zaken "waaraan je moet denken" en weer een ander strikte afspraken "waaraan je je ook moet houden".

Sommigen achtten het woord 'norm' alleen van toepassing als het om duidelijk te omschrijven technische handelingen gaat.

Menige deelnemer associeerde normen ook met protocollen.

Ook het woord 'protocol' werd op verschillende manieren gebruikt. De een noemde een lijst van aandachtspunten per klacht een protocol, een ander denkt dan aan een beslisboom, waarbij precies per stap omschreven staat welke handelingen verricht moeten worden. De laatste tijd is er veel over protocollen en protocollaire geneeskunde geschreven, zonder dat deze begrippen eenduidig gedefinieerd worden.

Al naar gelang het begrip normen gehanteerd werd, zagen de deelnemers voor- en nadelen van normen.

Samenvattend kwamen de voordelen die de deelnemers zagen op de volgende punten neer:

"het samen eens worden over het vak"

"het onderzoeken van waarom je iets doet"

"het onderbouwen van je handelwijze"

"voorkomen van vrijblijvendheid"

De bezwaren tegen normen kwamen neer op:

"het hanteren van normen als (te strakke) richtlijn"

"normen geven schijnzekerheid, er zit een gevaar in dat je teveel met de norm, het rijtje bezig bent en daardoor de patient vergeet"

"gedetailleerd normen opstellen kan niet, daarvoor is iedere situatie in het handelen van de huisarts te complex"

"aan brede algemene normen heb je niet veel; vragen en problemen doen zich juist in de specifieke situaties voor"

"normen opstellen kost veel tijd, die liever aan andere zaken besteed wordt"

Bij de voorbereiding van het projekt hadden we zelf het begrip normen ook niet zo erg goed uitgewerkt. In de voorlichtingsbrochure werd geschreven dat normen richtlijnen moeten zijn voor het handelen van de deelnemers. Van de deelnemers werd gevraagd of zij bereid zouden zijn zich zo goed mogelijk aan de afgesproken normen te houden.

In het draaiboek stond als belangrijkste eisen bij normen, dat ze relevant en duidelijk moesten zijn; een handeling moesten weergeven en liefst nauwkeurig meetbaar zijn.

Met die eisen konden we, gezien het verloop en de opvattingen van de deelnemers, moeilijk uit de voeten. Een eerste vereiste was, meer duidelijkheid te krijgen in wat nu precies onder normen verstaan moet worden en aan welke eisen normen voor toetsing moeten voldoen.

Samenvatting

Het begrip normen is erg breed en daardoor onduidelijk. Normen bij toetsing kunnen opgevat worden als:

- algemene uitgangspunten*
- lijst van aandachtspunten voor een te nemen beslissing*
- afspraken over handelwijzen, die in de praktijk zoveel mogelijk moeten worden nagekomen.*

Van de deelnemers vond 36% normen bij toetsing zeer belangrijk, 48% vond ze enigszins belangrijk en 9% niet belangrijk. Bij werkwijze III vond 17% zelfs normen niet belangrijk.

De belangrijkste functie van normen vond men dat eigen handelwijzen rationeel worden onderbouwd en dat daarover zoveel mogelijk consensus wordt bereikt. Standaardisering van handelwijzen via concrete richtlijnen achtte men niet haalbaar, maar vaak ook niet wenselijk. Bij de projectvoorbereiding was het begrip normen niet nader omschreven. Als doel was wel gezien om met een groep concrete gedragsvoorschriften op te stellen, die liefst ook meetbaar zouden zijn. Deze verwachting sloot niet aan bij de opvattingen van veel deelnemers.

Conclusies

Het begrip normen zal nader omschreven moeten worden, bij verdere uitwerking van de methode zal ook duidelijker gekozen moeten worden welke functie normen in die methode moet vervullen.

3.3.2. Verdere uitwerking van het begrip normen

Om een duidelijker antwoord te krijgen op de vraag wat de betekenis is van het begrip normen en welke functie normen bij toetsing vervullen, werd een literatuurstudie gedaan, maar ook werd deze vraag voorgelegd aan de vergadering van vertegenwoordigers van de groepen.

De resultaten van de literatuurstudie zullen uitvoeriger elders beschreven worden, hier komen alleen enkele konklusies aan bod.

In de literatuur bleek het begrip normen niet erg eenduidig gebruikt te worden. Het komt voor in de betekenis van:

- omschrijving van de kenmerken waardoor goede kwaliteit kan worden onderscheiden van slechte;
- afspraken die huisartsen zichzelf of elkaar opleggen;
- een ideaalbeeld waarmee het eigen handelen kan worden vergeleken en dat richting geeft aan een streven naar verandering;
- richtlijnen en adviezen;
- referentiepunt, aan de hand waarvan individuele situaties beoordeeld kunnen worden.

De term normen wordt gebruikt om zowel onderlinge afspraken als wetenschappelijk gefundeerde uitspraken aan te geven.

Normen kunnen iets zeggen over de kwaliteit, de juistheid, de wenselijkheid, de aanvaardbaarheid of het succes van het werk van de huisarts. Er blijkt zoveel onder verstaan te kunnen worden dat ieder het zijne er uit kiest.

Naast het begrip normen komen bovendien termen voor zoals waarden, criteria, maatstaf, standaard. Een eenduidig onderscheid tussen al die termen is er evenmin.

Op de vergadering van vertegenwoordigers uit de groepen kon ook geen volledige eenstemmigheid bereikt worden over de antwoorden op de vraag wat onder normen verstaan moet worden en welke functie normen bij toetsing vervullen.

De konklusie waarin een meerderheid zich vond, was de vaststelling dat normen op de eerste plaats een referentiepunt zijn bij de discussie in de groep. Het is geen kwestie van goed of fout. Je kunt eraan refereren, maar je hoeft je er niet precies aan te houden. Als een arts afwijkt van de gezamenlijke norm moet hij zich wel bewust zijn waarom hij afwijkt. Het referentiepunt is belangrijk als objectief gegeven. Het is hulpmiddel dat dwingt de discussie te konkretiseren, het dwingt tot het doen van uitspraken en dat maakt de uitwisseling in een groep minder vrijblijvend. Gezien alle verwarring in terminologie en verschil in opvattingen over de functie van normen, willen wij proberen zelf duidelijker aan te geven wat wij onder normen verstaan. Deze opvattingen zullen als basis dienen voor het nieuwe werkboek, ook het gebruik van het begrip normen in dit verslag is eraan ontleend.

Bij toetsing worden de begrippen normen en criteria vaak door elkaar gebruikt. Een onderscheid in beide termen zou o.i. wat meer verheldering geven.

Norm zegt iets van de inhoud, het is een maat, een vaststelling van wat goed en haalbaar wordt geacht.

Een criterium is een instrument, de meetlat, een criterium heeft de functie te kunnen onderscheiden, met behulp van een criterium moet vastgesteld kunnen worden of iets de maat (= norm) haalt.

Een waarde is een abstrakte opvatting over wat juist en wenselijk is, de norm is de uitwerking daarvan in concrete situaties. Normen zijn gebaseerd op waarden en kennis. Daardoor zijn normen geen vaste gegevens, ze veranderen omdat waarden veranderen en kennis zich ontwikkeld.

Bij toetsen, oordelen, worden altijd normen gebruikt.

Normen kunnen impliciet zijn, d.w.z. stilzwijgend verondersteld, of expliciet, d.w.z. wel omschreven.

Expliciete normen kunnen zowel vooraf omschreven worden of al toetsend, ter motivering van een oordeel verwoord worden.

Normen is een breed begrip dat op vele manieren is in te delen, voor toetsing zijn belangrijke indelingen:

- de al genoemde indeling naar impliciet en expliciet;
- een indeling naar individuele en gezamenlijke normen;
- een indeling naar nivo, te weten:
 - * algemene normen over taken, doelen, vaardigheden
 - * normen voor een bepaalde categorie, specifieke doelen, handelwijzen en vaardigheden bij een bepaalde ziekte of een categorie patienten
 - * geïndividualiseerde normen per arts of per patient.

Het doel bij deze vorm van toetsing is gezamenlijke algemene normen of normen per ziekte of categorie patienten op te stellen. Deze norm geeft dan een standaardmaat, dat wat in het algemeen voor een bepaalde situatie juist en haalbaar is.

Bij toetsingsbijeenkomsten worden echter individuele situaties beoordeeld. De algemene of categoriale norm vormt dan het referentiepunt, het objectieve gegeven waaraan gerefereerd wordt.

Een norm is in deze betekenis geen voorschrift voor gedrag of een afspraak waaraan men zich moet houden. Toetsen is dan ook niet nagaan in hoeverre men zich aan de norm houdt, maar een zich verantwoorden aan de hand van de norm.

Een groep kan, als extra doel wel besluiten tot het gezamenlijk opstellen van richtlijnen, b.v. om de handelwijzen te standaardiseren t.b.v. samenwerking, afspraken naar de tweede lijn, presentatie naar de patienten, e.d.

Dit is echter een extra activiteit en niet inherent aan het opstellen van normen voor toetsing.

Zoals al gezegd worden er altijd normen gebruikt, impliciet of expliciet, als men handelwijzen vergelijkt en bekomentarieert. Bij toetsing in de huisartsgeneeskunde is het niet mogelijk het oordeel te baseren op louter expliciete normen. Daarvoor zijn normen te veel standaardnormen, die bovendien steeds aan verandering onderhevig zijn. Bij het oordelen speelt steeds een subjectieve weging mee van de elementen die in een gegeven context wel of niet relevant zijn.

Streven naar explicitering van normen is een ideaal dat maar ten dele bereikt kan worden. Hoeveel waarde gehecht mag worden aan een oordeel op impliciete gronden is sterk afhankelijk van wie wie toetst en met welk doel. Bij onderlinge toetsing is men deskundig over elkaars werk; juist dan is een mengeling van impliciete en expliciete normen mogelijk.

Met behulp van criteria moet men vast kunnen stellen of een bepaald gedrag wel of niet aan de omschrijving in de norm voldoet. Het vereist bijvoorbeeld eenduidigheid over wat men moet verstaan onder vraagverheldering, algemeen neurologisch onderzoek e.d. Een norm kan b.v. zijn dat bij hoofdpijn o.a. een algemeen neurologisch onderzoek gedaan moet worden. Bij de bespreking moeten de criteria duidelijk zijn, dat wil zeggen, er moet geen misverstand zijn over de vraag of er wel of niet een dergelijk onderzoek heeft plaatsgevonden.

Het echte beoordelen is nagaan of in een concreet geval de uitvoering van dat onderzoek noodzakelijk was. Het gaat er niet om dat de norm precies uitgevoerd wordt, maar dat de handelwijze verantwoord kan worden.

De consequenties van deze opvattingen voor de toetsingsmethode zullen verder in dit verslag besproken worden.

Samenvatting

Op grond van de ervaringen met de groepen en literatuurstudie zijn wij tot de volgende omschrijving van normen bij toetsing gekomen. Een norm geeft weer welke opvattingen de groepsleden hebben over wat in het algemeen als goed en wenselijk wordt beschouwd. De belangrijkste functie van een norm is dat het een referentiepunt biedt voor de discussie over wat in een concreet geval juist is. Een norm is geen criterium waarmee goed van fout kan worden onderscheiden, er wordt slechts een standaardmaat mee aangegeven.

Normen kunnen slechts voor een deel geëxpliciteerd worden. Juist bij onderlinge toetsing, waarbij men deskundig is over elkaars werk is een mengeling van expliciete en impliciete normen mogelijk.

Conclusies

Normen, op deze wijze opgevat leggen bij de toetsing meer het accent op expliciteren van opvattingen, beoordelen en wegen op deels nog impliciete gronden, dan strikt vergelijken of aan een bepaalde norm voldaan is. Dit zal met name, zoals later nog zal blijken, consequenties hebben voor de tweede registratie.

3.3.3. Proces van normontwikkeling in de groepen, werkwijze I

Ondanks de onduidelijkheden en de twijfels over het nut van normen bij een aantal deelnemers, is in het bijzonder bij werkwijze I hard aan het opstellen van normen gewerkt. Bij werkwijze I zijn 24 onderwerpen besproken, sommige ervan in meerdere groepen. Bij driekwart van de besproken onderwerpen zijn schriftelijke afspraken vast gelegd. Voorbeelden van die afspraken zijn weergegeven in deel 4. Ook meningen van de deelnemers over duidelijkheid en bruikbaarheid van sommige normen worden daar besproken.

Van de groepen waarbij de begeleiding afgesloten werd, en die volgens werkwijze I al dan niet in combinatie met werkwijze III verlopen zijn, vond 70% van de deelnemers dat bij de besproken onderwerpen in voldoende mate normen waren afgesproken. De hoogste score ligt bij groep 1 (90%). De laagste bij groep 2 (66%). Bij de nog niet afgesloten groepen zijn deze vragen nog niet gesteld.

Bij welke onderwerpen voldoende of niet voldoende gezamenlijke normen opgesteld waren, is weer te vinden in deel 4.

De gemiddelde tijd die bij deze werkwijze aan normontwikkeling besteed is, is 38%. Dit is de tijd die, met uitsluiting van voorbereiding en evaluaties, besteed is aan algemene discussies en het maken van gezamenlijke afspraken. Het hoogste percentage ligt bij groep 6 (60%). Dit komt omdat deze groep drie bijeenkomsten besteed heeft aan het gezamenlijk opstellen van een beleidsschema voor behandeling en controle van diabetes; een onderwerp waar de deelnemers voorheen weinig of geen ervaring mee had en dus ook weinig uitwisseling plaatsvond. Het laagste percentage ligt bij groep 11 (14%).

Deze resultaten en de tijdsbesteding hieraan lopen zo uiteen, omdat groepen verschillend belang hechtten aan het uitwisselen en vergelijken en aan het gezamenlijk formuleren van beleidslijnen. Sommige groepen vonden het voldoende toetsend als er een uitwisseling en vergelijking tot stand kwam (groepen 7,8 en 11). Anderen legden het accent op uitwerking en nascholing (groepen 1 en 4). Soms was dit juist een tegenstelling binnen de groep (groepen 5 en 6) of wilde men beide elementen combineren, maar kwam daardoor in tijdnood (groep 2).

Het oordeel van de deelnemers over de tijd die aan het opstellen van normen besteed is, luidde:

	N	g.a.	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
uitsluitend werkwijze I	41	7%	13%	65%	15%
werkwijze I en III	20	-	10%	75%	15%
voortijdig afgesloten	19	5%	21%	26%	47%

De beantwoording van de vraag :

Wat zijn naar uw mening de belangrijkste factoren geweest bij het eventueel niet involdoende mate opstellen van normen? (men kon meerdere antwoorden geven) was als volgt :

	WWI n = 39	WWI + WWIII n = 13
het onderwerp leende zich niet voor het opstellen van normen	36%	46%
de groep kon niet tot overeenstemming komen	5%	-
de groep vond het niet zo belangrijk om tot normen te komen	15%	23%
tijdgebrek	5%	-
anders	5%	-
geen antwoord	23%	38%

Waarom men vond dat onderwerpen zich niet goed leenden voor het opstellen van normen komt terug in deel 4, Inhoudelijke Elementen.

De factor, het als groep niet eens kunnen worden werd nauwelijk als belemmering genoemd.

Onze eigen ervaringen komen overeen met de meningen van de deelnemers.

Samenvatting

In de groepen volgens werkwijze I is gemiddeld 38% van de tijd (niet meegerekend is de tijd besteed aan voorbereiding en evaluaties), gericht geweest op het bereiken van consensus en het formuleren van gezamenlijke opvattingen over het te voeren beleid. Per groep gezien is deze tijdsbesteding heel wisselend geweest, variërend van 60% tot 14%. Dit verschil werd veroorzaakt doordat sommige groepen meer accent legden op uitwisseling en individuele feedback, terwijl andere groepen meer aandacht besteedden aan het formuleren van gezamenlijke opvattingen. De grootste belemmering om tot gezamenlijke normen te komen bleek de onderwerpkeuze te zijn.

Conclusies

Er wordt een verschillend accent gelegd op de tijd die aan normontwikkeling besteed wordt. Het lijkt vooralsnog gewenst die verschillen in de programmering te handhaven. Daarmee kan meer aan de eigen leerbehoeften tegemoet gekomen worden. Wel zal er duidelijker moeten worden aangegeven waar een minimum eis ligt.

De problemen om normen te ontwikkelen bij veel onderwerpen moeten nader uitgewerkt worden.

3.3.4. Proces van normontwikkeling Werkwijze III

Van de vijf groepen die werkwijze III gevolgd hebben zijn er drie aangevangen met werkwijze I en daarna overgestapt, (groepen 3, 6 en 10). De beide anderen zijn direct met werkwijze III begonnen. (groepen 9 en 12)

Het proces van normontwikkeling is in beide categoriën anders verlopen. Bij de groepen die met werkwijze I was er een grotere bekendheid en meer ervaring met het opstellen van normen voor medisch technisch handelen.

Waarschijnlijk daardoor was ook de belangstelling voor dit soort zaken in deze groepen groter. Bij groep 3 en 6 zijn tussen het beluisteren van bandjes door, aparte bijeenkomsten besteed aan het uitwerken van somatische normen bij de gekozen onderwerpen.

Bij de groepen die werkwijze I en III combineerden was de gerichtheid op het beoordelen van het somatische handelen groter. De twee groepen die vanaf de aanvang voor werkwijze III kozen legden meer het accent op het psycho-sociaal handelen.

Vooral in deze groepen was de behoefte aan het afspreken van gezamenlijke normen veel minder groot.

Bij de deelnemers overheerste het beeld dat normen vooral betrekking hebben op het somatische handelen. Hoe normen af te spreken zijn over psycho-sociaal handelen zag men veel minder realiseerbaar. Voor die aspecten had men veeleer behoefte aan wat men individuele leerdoelen noemde. Bij deze groepen ging het vooral om het feedback krijgen over wat men zelf deed om dat af te zetten tegen eigen normen, eigen bedoelingen in het contact met de patiënt.

In deze groepen bleek ook veel meer het gevaar van zelf normen opstellen op beperkt gebied. Een individuele conclusie b.v. : " je moet meer open vragen stellen" of "je manier van volgen van de patiënt schiet te kort"; laten zich moeilijk vertalen in algemene conclusies, zoals "je moet altijd meer vragen stellen" of "je moet zoveel mogelijk de patiënt volgen".

Zo meldden deelnemers dat men het vreselijk moeilijk kreeg als men b.v. als belangrijk opgenoemde vragen allemaal letterlijk ging stellen of als men alleen nog maar probeerde de patiënt te volgen.

Hier wreekt zich dan dat er geen gezamenlijk theoretisch model is, over wat goede hulpverlening is. Normen worden dan zo "losse flodders".

Als iemand ze consequent wilde toepassen leed dat eerder tot verwarring en teleurstelling dan tot verbetering.

Vooraf bij werkwijze III bleek het ontwikkelen van normen een zaak van termijn is.

Dit blijkt uit de volgende punten :

- In eerste instantie worden vooral vragen en vooral persoonlijke vragen opgeroepen, waarom ik doe zo zoals ik doe.
Wat goed, wenselijk en haalbaar is, is zeer gecompliceerd, met vele mitsen en maren.
- Zo men al gezamenlijke afspraken had voor het somatische handelen was dat toch teveel een maat voor dit soort klachten en niet voor die soort patiënten. De vraag: "pik je op waar de echte problemen zitten", stond veel meer centraal dan de vraag : "wat is het algemeen beleid bij de gepresenteerde klacht".
- Het beluisteren van audibandjes bleek ook zo aan te slaan en zoveel gesprekstof te bieden dat men weinig behoefte meer had aan discussie over meer algemene vragen. Het was belangrijker dat eerst iedereen eenmaal uitvoerig met bandjes aan de beurt was geweest. Als men van tevoren via werkwijze I geen normen overeengekomen was, kwam men daar moeilijk toe tijdens de eerste registratieronde van werkwijze III.

Het zelf opstellen van observatieformulieren was een goede aanzet om tot normen op psycho-sociaal vlak te komen. Een groep (groep 3) heeft in de loop der bijeenkomsten de observatielijst zo uitgebreid dat men een aantal uitspraken vastlegde, die men in contact met de patiënten belangrijk vond. In de andere groepen beperkte normontwikkeling zich tot de uitspraken over wat belangrijk is, b.v. vraagverheldering, het kunnen oppikken van achterliggende signalen e.d., zonder al tot een uitwerking te komen tot welke stappen daarvoor belangrijk zijn.

In deel 4, Inhoudelijke Elementen, zal daar nog wat uitvoeriger op worden teruggekomen. Omdat men in deze groepen nauwelijks toegekomen was aan het gezamenlijk opstellen van normen is bij deze groepen ook niet gevraagd of men vond dat er in voldoende mate normen opgesteld waren. Waar dit wel gevraagd was is ook bijna steeds het antwoord niet van toepassing ingevuld.

Over de tijd die aan normontwikkeling besteed is oordeelden de deelnemers uit deze groepen :

	n =	geen antwoord	teveel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
werkwijzen I + III	20	-	10%	75%	15%
uitsluitend werkwijze III	12	33%	-	33%	33%
totaal	32	13%	6%	59%	22%

Als belangrijkste faktoren waarom men vond dat er in onvoldoende mate normen waren opgesteld bij deze werkwijze, werd genoemd : (men kon meerdere antwoorden geven)

	Werkwijze III en Werkwijze I en III n = 32
het onderwerp leende zich niet voor het opstellen van normen	31%
de groep kon niet tot overeenstemming komen	3%
de groep vond het niet zo belangrijk om tot normen te komen	34%
tijdgebrek	9%
anders	6%
geen antwoord	19%

In alle groepen werd geconstateerd dat het proces van normontwikkeling bemoeilijkt was, door de onduidelijkheid over dit begrip. In de adviezen voor volgende groepen werd dan ook meerdere malen voorgesteld bij de voorbereiding meer aandacht te besteden aan informatie over normontwikkeling. Ook hier pleitte men weer voor niet te theoretische voorlichting en ook niet teveel schriftelijke, maar juist het vertellen van ervaringen uit voorafgaande groepen noemde men belangrijk.

Bij werkwijze I pleitte men voor snel beginnen met het opstellen van normen "dan weet men wat het is en ervaart men ook dat normen niet iets definitiefs of afgeronds zijn.

Bij werkwijze III was men meer voor het op termijn stellen van het maken van gezamenlijke afspraken. Leren kennen van elkaars werkwijze en opbouwen van een goed groepsklimaat vond men primair. Te snel toewerken naar normen werkt daar naar hun mening belemmerd op.

Samenvatting

De deelnemers bij werkwijze III legden vooral het accent op de bewustwording van eigen normen en het op basis daarvan formuleren van leerdoelen. Opstellen van gezamenlijke normen werd minder belangrijk gevonden. Veelal werden normen dan vooral als normen voor somatisch handelen opgevat. Vooral bij werkwijze III bleek normontwikkeling een zaak van lange adem te zijn. Binnen de begeleide periode kwam een groep tot formulering van een aantal gezamenlijke opvattingen. De andere groepen hadden alleen een aanzet gemaakt, door een aantal aandachtspunten te kiezen en vragen te formuleren.

Conclusies

Normontwikkeling voor het niet somatische gedeelte van het handelen van de huisarts zal nader uitgewerkt moeten worden. Normontwikkeling zal bij werkwijze III een zaak van langere termijn worden. Eigen bewustwording is een belangrijke eerste stap, voor de deelnemers zelf is dit ook een eerste leerdoel.

3.3.5. Hoe oordeelt men over het zelf opstellen van normen.

In de voorbereiding van dit project was gekozen voor het zelf opstellen van normen, omdat het leereffect voor de groepsleden zou bevorderen. Door het zelf formuleren van wat men goed acht, moet men zich eerst bewust worden van hoe men handelt en waarom men zo handelt, dat is al een eerste leerproces. Het vervolgens onderbouwen van wat men doet, opzoeken van literatuur, consultatie vragen, is een volgend leerproces.

Een ander argument voor die keuze van zelf opstellen van normen, is dat deelnemers eerder veranderen als ze zelf doel en richting van die verandering kunnen vaststellen.

In de literatuur zijn dezelfde argumenten voor het zelf opstellen van normen te vinden.

In de praktijk bleek het voor de groepen geen gemakkelijk proces te zijn. De voorafgaande beschrijvingen getuigen daarvan.

Met die ervaringen kwamen de deelnemers tot het volgende oordeel op de vraag :

"Op welke wijze kunnen normen naar uw mening het best tot stand worden gebracht?"

	n	geen antwoord	door de groep zelf	vooraf door deskundigen	een combinatie van beiden
uitsluitend werkwijze I	39	2%	59%	-	38%
werkwijzen I en III	13	-	77%	-	23%
uitsluitend werkwijze III	12	8%	58%	8%	23%
totaal	64	3%	62%	1%	33%

Een meerderheid sprak zich uit voor het volledig zelf opstellen van normen, "een moeilijke weg, maar wel de beste". Men vond het de beste weg vanwege de genoemde leereffecten. "Je toetst elkaars mening, je wordt je bewust waarom je dingen doet, dat kan al leiden tot gedragsverandering".

Bij normstelling vooraf door deskundigen vreesde men teveel "specialisten normen". Men vond het erg belangrijk dat normen aansluiten bij de eigen praktijk. "Normen moeten realistisch zijn, dat bereik je alleen als je van de praktijk uitgaat".

Als gekozen werd voor een combinatie van beide dachtmen vooral aan het aanbieden van normen en protocollen als een groep er bij een bepaald onderwerp zelf niet uit zou komen, of als vergelijkingsmateriaal voor eigen produkten.

Een minderheid vond het proces van zelf normen ontwikkelen te lang duren en pleitten daarom voor het eerder te beschikking krijgen van bestaande normen. Maar ook dan werd het gevaar gesignaleerd van kritiekloos overnemen van normen, waardoor het leereffect van de groep zelf verloren zou gaan.

Met name in groep 2 werd sterk gepleit voor "extra toetsing" van de door een groep opgestelde normen. Men dacht daarbij b.v. aan vergelijking met het LHV takenpakket (LHV ledenbrief Bijlage III no.8) of met reeds bestaande normen.

Na de vergadering van vertegenwoordigers van groepen werd besloten de produkten uit de groepen onderling uit te wisselen. Bijna alle groepen stelden onderlinge uitwisseling erg op prijs. In bijeenkomsten die daarna plaatsvonden werd druk gebruik gemaakt van en vergeleken met de afspraken uit andere groepen. Men gebruikte het werk van de ander dankbaar als basis, juist de onvolkomenheden stimuleerde tot zelf nauwkeuriger formuleren van opvattingen.

De meningen van de deelnemers over de in dit project gevolgde methode om tot normen te komen, te weten :

- eerste registratie, uitwisselen van gedragswijzen en ervaringen
- discussie over gevolgde gedragswijzen en op grond daarvan komen tot normen
- tweede registratie, toetsing aan de hand van de norm, de norm zonodig bijstellen of differentiëren.

waren als volgt :

	n	geen antwoord	% zeer geschikt	geschikt	niet geschikt
uitsluitend werkwijze I	39	5%	28%	61%	5%
werkwijzen I en III	13	-	46%	46%	8%
uitsluitend werkwijze III	12	58%	8%	33%	-
totaal	64	14%	28%	53%	5%

Bij uitsluitend werkwijze III komt zovaak "geen antwoord" voor omdat deze groepen de evaluatie invulde na slechts de eerste registratie. De antwoorden "niet geschikt" van de groepen die de andere werkwijzen gevolgd hebben komt voort uit ervaringen met de tweede registratie. In de betreffende par.3.3.7.komt die verdere toelichting ter sprake. De eigen ervaring is dat dit model een veel te statisch model is. Opstellen van normen en toetsen aan de hand van normen is een veel meer cyclisch proces. Ook hier zal bij de beschrijving van de tweede registratie nader op teruggekomen worden.

Samenvatting

Ondanks alle ervaren moeilijkheden bij het zelf opstellen van normen koos een meerderheid (62%) voor het volledig zelf opstellen van normen. Een derde (33%) wilde daarbij wel gebruik maken van bestaande voorbeelden, meestal na een eerste eigen verkenning van het onderwerp. Zelf normen maken, expliciteren waarom je iets doet en uitzoeken wat daarover reeds bekend is, werd een belangrijk leereffect genoemd en ook een eerste stap om de eigen handelwijze te veranderen. Uitwisseling van resultaten tussen toetsingsgroepen werd op prijs gesteld. Het proces van normontwikkeling is in het projectvoorstel te statisch opgevat. Het bleek meer een spiraalsgewijs proces van bewustwording (hoe je handelt, waarom je zo handelt en hoe dat eventueel te verbeteren is).

Conclusies

Ook bij de nieuwe groepen kan uitgegaan worden van een grote eigen activiteit op het gebied van normontwikkeling. Daarbij kan wel meer gebruik gemaakt worden van bestaande voorbeelden en omschrijvingen in een tweede stadium van de discussie. Normontwikkeling moet vooral als een groeimodel worden gezien.

3.3.6. Praktische consequenties.

Al eerder in dit verslag is beschreven, dat normen als maat voor de deelnemers vooral de functie hebben van een objectief referentiepunt. Er worden geen preciese voorschriften voor de praktijk mee vastgelegd, het zijn voor de praktijk geheugensteuntjes, geen voorschriften. De belangrijkste functie van de normen is dat het een hulpmiddel vormt voor de onderlinge discussie. Vanuit die functie zit men weinig heil in optimale normen. Als vergelijkingspunt moeten normen reëel en haalbaar zijn. Ook minimale normen zijn voor deze vorm van toetsing weinig geschikt. Als men als groep niet verder komt dan vaststellen wat iedereen minimaal moet doen, beschouwd men dit ook in de groep zelf als een teken van onmacht (groep 5). Voor het vergelijken hebben minimale normen ook weinig nut. Ze zijn zo globaal dat zeker bij het vergelijken met kleine geselecteerde gevallen al snel aan de norm voldaan wordt. Toetsen biedt dan te weinig nieuwe inzichten en leereffecten. Gemiddelde normen, vastleggen van wat men in het algemeen het meest juiste of het best haalbare vindt, wordt in de groepen als het meest bruikbaar voor onderlinge toetsing ervaren.

Bij werkwijze I is het opstellen van een behandelingsschema per klacht het meest zinvol. Dat soort schema's kunnen de vorm hebben van :

- een waslijst; een ongeordende lijst van de voor die klacht belangrijke aandachtspunten
- een beslisboom; waarin steeds aangegeven wordt welke keuzemogelijkheden er op grond van een bepaalde bevinding zijn
- een protocol; een schema waar bij iedere bevinding aangegeven staat wat de beste weg is.

De term protocollen werd tot nu toe in de groepen vrij slordig gebruikt. Iedere afspraak per klacht werd al snel een protocol genoemd. In feite zijn de meeste afspraken waslijsten of beslisbomen.

Opstellen van waslijsten blijkt een goede eerste aanzet te zijn. Ze zijn gemakkelijk door de groep zelf samen te stellen. Bij verdere toetsing zijn ze goed als referentiepunt te gebruiken. Men maakt b.v. een lijst van relevante onderzoeken bij rugklachten, de volgende keer bekijkt men aan de hand van die lijst of in het voorliggende geval de goede onderzoeken gedaan zijn. Als men de lijst meer gaat ordenen groeit er uit zo'n

waslijst een beslisboom. Ook kan hieruit een protocol groeien, als men kondities waaronder bepaalde handelingen plaats moeten vinden weet te benoemen.

Aan een zo strikt vastleggen van kondities was in deze groepen echter nauwelijks behoefte. De uitzonderingen, de vragen bij specifieke omstandigheden voerden eerder de boventoon. Er leek minder behoefte om precies te weten wat men in het algemeen moet doen, alswel om het eigen beslissingsproces te leren doorzien.

Bij werkwijze III was het moeilijker om een goede, stapsgewijze methode te vinden voor het opstellen van normen.

Normen moeten, willen ze bruikbaar zijn, ingebed worden in een breder concept over hulpverlening. Er moet inzicht en consensus bestaan over wat de belangrijkste doelen van hulpverlening zijn en over het effect van bepaalde ingrepen. Als er b.v. ten behoeve van het somatisch handelen een waslijst, van voor de huisarts relevante onderzoeken, wordt opgesteld, kan men terugvallen op een gemeenschappelijk concept over het doel en effect van dergelijke onderzoeken.

Bij het niet somatisch handelen bleek dat gezamenlijke concept vaker te ontbreken.

Bijvoorbeeld over de vraag of het nu wel of niet wenselijk is de patiënt vooraf in te lichten over een onderzoek dat de arts zal gaan verrichten, bestond veel minder eenduidigheid. Het effect is ook veel minder afhankelijk van de handeling op zich, danwel van relatiekenmerken ; hoe ziet men zichzelf; hoe ziet men de ander; hoe concipieert men de beelden van de ander en is er overeenstemming over die beelden.

Een bepaalde handeling geeft geen voorspelbaar effect, maar is sterk afhankelijk van de kontekst.

Waslijsten van handelingen en beslisbomen zijn op dit gebied nauwelijks bruikbaar. Een meer bruikbare start leek te liggen in het formuleren van doelen. De eerste aanzet tot normen is dan het formuleren, waarom uitleg geven aan de patiënt belangrijk is en wat men daarmee hoopt te bereiken. Bijvoorbeeld : overbrengen dat je de klacht serieus neemt of duidelijk aangeven wat je doet, om daar later bij hernieuwde klachten aan te kunnen refereren. Bij tweede bespreking kan dan nagegaan worden in hoeverre dergelijke doelen bereikt worden. Op grond van de opgedane ervaringen kan vervolgens geleidelijk geformuleerd worden, welke handelingen onder welke kondities effectief zijn.

De normontwikkeling bij werkwijze III zal bij de volgende groepen in eerste instantie langs deze weg worden nagestreeft.

Samenvatting

Bij werkwijze I kan het beste worden uitgegaan van afspraken per klacht of ziektebeeld. Daarbij wordt een ontwikkeling in vorm nagestreefd. Het begin ligt bij een waslijst, een ongeordende lijst van aandachtspunten. Door ordening aan te brengen en keuzemomenten aan te geven kan een waslijst uitgroeien tot een beslisboom. Eventueel kan zo'n beslisboom weer uitgroeien tot een protocol waarbij per keuzemoment ook de beste route staat aangegeven. Een dergelijke detaillering en uitwerking werd door de meeste groepen niet nodig, maar ook niet haalbaar geacht.

De term protocol werd overigens vrij slordig gebruikt voor iedere lijst met afspraken per klacht.

Bij werkwijze III werd het accent meer gelegd op te bereiken doelen, en dan met name individuele leerdoelen binnen het gekozen thema. Er is nog geen goede vorm gevonden voor het gezamenlijk formuleren van opvattingen over bv.: wat goede gesprekstechniek is, een goede arts-patiënt relatie e.d. Vooral hier is inpassing in een breder concept voor hulpverlening erg belangrijk.

Conclusies

Voor werkwijze I is voldoende inzicht gekregen in de wijze waarop normen stap voor stap opgebouwd kunnen worden. Deze bevindingen zullen in de volgende groepen worden uitgeprobeerd. Voor werkwijze III zal nog nader worden uitgewerkt hoe normen voor algemene vaardigheden opgebouwd kunnen worden. Het is waarschijnlijk het beste om hierbij uit te gaan van doelen.

3.3.7. Tweede registratie.

Bij vier groepen heeft een tweede registratie plaatsgevonden..

In de overige zes groepen heeft geen of slechts in zeer beperkte mate een tweede registratie plaatsgevonden.

De twee afgesloten groepen van werkwijze III (groep 9 en 12) hebben te weinig bijeenkomsten gehad om al aan een tweede registratie toe te komen. Men gaat eerst zelf verder om de vragen uit de eerste ronde uit te werken en nieuwe vragen en doelen te formuleren voor een volgende ronde. De groepen waarin de begeleiding nog niet is afgesloten zijn ofwel nog niet tot een afsluiting van de eerste registratieronde gekomen (groep 6 en 10), ofwel de eerste ronde heeft nog zozeer het karakter van kennis-making en "warm lopen" gehad, dat er onvoldoende basis was om al tot een tweede registratie over te gaan (groep 7 en 8).

Omdat werkwijze en verloop van deze tweede registratie in de vier groepen erg verschillend is geweest, zal een beschrijving per groep gegeven worden en daarna enkele algemene conclusies.

Groep I: (werkwijze I) Van de 8 behandelde onderwerpen werden er 3 in de tweede registratie opnieuw aan de orde gesteld. In eerste instantie leefde een dergelijke tweede registratie in het geheel niet. Eenmaal eraan begonnen bleek het een goede stimulans om wat meer literatuurstudie te gaan doen of vragen verder uit te werken. Het belang van deze tweede bespreking vond men vooral dat er aanvullingen gemaakt werden op de al eerder gemaakt afspraken en dat men nieuwe ervaringen uitwisselde. Vergelijken of men nu ook volgens de normen werkt leverde niet zoveel op, omdat men juist kwam met "bijzondere" gevallen en daarvoor ook de meeste aandacht had.

Groep 2: (werkwijze I) Bij afsluiting van de eerste registratieronde was men in deze groep onvoldaan met de diepgang van deze werkwijze. Men vond dat men te veel bezig was geweest met vergelijken van behandelings-schema's opstellen in plaats van beoordelen. Daarom werd besloten voor tweede registratie slechts één onderwerp te nemen, maar dit volgens verschillende toetsingsmethoden te behandelen (zie ook par. 3.2.4.)

Ook hier leidde de tweede registratie vooral tot het verder uitdiepen van het onderwerp. Het zien van wat een ander doet (video, praktijk-observaties) vond men echt onderling toetsend. Registreren op formulieren

vond men meer zelftoetsing. Bij het bespreken bleek dat de eerder gemaakte afspraken een goed houvast gaven, een geheugensteun waren bij de bespreking. Vragen en discussies gingen veel meer over details. De tijd tussen de eerste en tweede registratie vond men te kort, om al te overzien wat het effect van toetsing voor de eigen handelwijze is. Bovendien werd na vier bijeenkomsten met hetzelfde onderwerp bezig geweest, het enthousiasme hiervoor minder.

Groep 4: (werkwijze I) Tussen eerste en tweede registratie werd 2 maanden geen bijeenkomsten gehouden. In deze periode organiseerde men zelf nascholingsactiviteiten. Door praktische omstandigheden kwam slechts een onderwerp voor nascholing aan bod. In tweede registratie werden drie van de vier behandelde onderwerpen opnieuw besproken. Ook in deze groep vond men de tijd te kort om te gaan meten in hoeverre men zich aan afspraken houdt. Bij deze tweede registratie vertelde iedere deelnemer steeds wat hij van de bespreking van het onderwerp geleerd had en welke nieuwe vragen dat opgeroepen had. Dat werd dan met voorbeelden geïllustreerd. Door een onderwerp te toetsen was het veel meer in de belangstelling komen staan. De gezamenlijke visie, de voldoening om als groep zelf een onderwerp goed uit te pluizen was het belangrijkste effect van deze tweede registratie.

Groep 3: Deze groep had zowel werkwijze I als III gevolgd, er werden drie onderwerpen besproken. Voor de somatische aspecten van twee onderwerpen is een tweede registratie gehouden. Voor een tweede registratie met bandjes voor de psycho-sociale aspecten vond men de tijdsperiode weer te kort, omdat dit dan direct aansluitend op de eerste ronde zou moeten gebeuren. Tweede registratie voor het somatisch handelen aan de hand van patiëntenkaarten vond men wel zinnig. Het bleek dat die werkwijze een goede aanvulling was op het beluisteren van bandjes, omdat zo meer vergelijking plaatsvond en andere vragen aan bod kwamen.

De deelnemers hebben ook voor de tweede registratie verschillende suggesties gedaan zoals:

"regelmatig kort terugkomen op gemaakte afspraken om ze in herinnering te houden".

"meer zelfevaluatie thuis, om na te gaan wat men met het besprokene doet".

In de programmering was de tweede registratie gezien als nagaan in hoeverre men zich aan de afgesproken normen houdt. Dat het in de praktijk

anders gelopen is, komt vooral omdat zoals al gezegd het model te statisch is gedacht.

Er is van uitgegaan, dat na een eerste ronde duidelijke en meetbare normen geformuleerd zouden worden. In feite is normontwikkeling veel meer een cyclisch proces.

Een groep die start heeft nog een erg vaag beeld van wat men wil en wat men door toetsing hoopt te leren. Bij de eerste uitwisseling is kennis-making met elkaars werkwijze en daardoor confrontatie met eigen opvattingen en handelwijze, de belangrijkste ervaring. Wat men aan gezamenlijke uitgangspunten vastlegt is nog beperkt en globaal.

Door meer te gaan letten op wat men zelf doet bij de besproken onderwerpen en dat weer in de groep uit te wisselen, komt men tot uitdieping en verder nuancering. Normen opstellen en eventueel veranderen is daardoor een proces van lange termijn en kleine stapjes.

Bovendien blijken normen niet opgevat te kunnen worden als een concrete vaststelling van hoe men in de praktijk het beste kan handelen. Meten in hoeverre men volgens die norm handelt is dan ook niet zinvol. Een norm is het objectieve referentiepunt, oordelen of iets voldoende of goed is geweest blijft een wikken en wegen voor die bijzondere situatie.

In de voorlichtingsbrochure hebben we toetsen gedefinieerd als het beoordelen aan de hand van normen. Kolthoff-Tan defineert toetsing als: Vergelijken van de werkelijkheid met daartoe geëxpliciteerde normen op een zodanige wijze dat de werkelijkheid (meer) in overeenstemming met de normen kan worden gebracht. (Kolthoff-Tan, Bijlage III no. 6)

In de vorm van onderlinge toetsing zoals die in dit project vorm gegeven wordt zou o.i. beter tot uitdrukking moeten komen dat normen niet een vaststaand gegeven zijn, maar dat er van een geleidelijke ontwikkeling en verandering sprake is. Ook moet er minder de suggestie in liggen dat normen een concrete richtlijn zijn, dat de praktijk in overeenstemming met de normen gebracht zou moeten worden.

Op grond van dit soort overwegingen zijn we zelf tot de volgende omschrijving van onderlinge toetsing gekomen:

De feitelijke werkwijze van iedere deelnemer vergelijken met datgene wat door de betrokken groep als haalbaar en juist wordt bevonden. De doelen daarbij zijn zowel het steeds beter expliciteren en onderbouwen van deze opvattingen en ze vastleggen in gezamenlijke normen, alswel aan de hand van die normen de handelwijze onderling te verantwoorden en waar nodig te verbeteren.

Samenvatting

Tweede registratie was in opzet bedoeld om na te gaan in hoeverre men zich aan overeengekomen normen hield. Deze verwachting was niet reëel. In de eerste ronde komt men nog niet tot een formulering van normen. De functie van normen bleek bovendien een andere te zijn. Het gaat er meer om, om zich aan de hand van de normen te verantwoorden dan om precies te volgen.

Zoals al eerder is geconstateerd is toetsing vooral een spiraalsgewijs verloopend proces. Bij de eerste registratie werden vragen opgeroepen, men kreeg meer aandacht voor het besproken onderwerp en men ging meer op zichzelf en de eigen aanpak bij dat onderwerp letten. Het opnieuw bespreken van een onderwerp had vooral de functie nieuwe vragen en ervaringen uit te werken, gemaakte afspraken bij te stellen of te nuanceren. Het leren doorzien van eigen routines en eigen kennis aanvullen ging zo in kleine stappen, eventuele verandering sloot daar in dezelfde kleine stappen bij aan.

Conclusies

De tweede registratie is niet haalbaar als een meting naar de mate waarin men zich aan gemaakte afspraken houdt. Eigen routines leren kennen, expliciteren en onderbouwen waarom men zo handelt, opvattingen vastleggen in gezamenlijke normen, verantwoorden en veranderen, zijn allen stappen in een continu doorgaand proces.

3.4. Nascholing

3.4.1. Inleiding

In de literatuur wordt het verband tussen toetsing en nascholing meermalen benadrukt (bijlage III, no. 9, 10, 11, 12, 13.).

Meestal in de zin dat toetsing wordt beschouwd als een goede methode om tekortkomingen in het werk van de huisartsen vast te stellen, op grond waarvan nascholing georganiseerd zou kunnen worden. Deze hypothese wordt door de ervaring opgedaan in dit projekt, niet bevestigd.

De ervaringen met toetsing leren dat toetsing zelf bij uitstek een educatiefproces is, welke aansluit aan de individuele leerbehoeften van de deelnemers. Daarnaast komt het een enkele maal voor, dat deelnemers óf individueel, óf collectief nascholing willen volgen, buiten het toetsingsproces om.

3.4.2. Toetsing als leerproces

Bezig zijn met toetsing betekent voor de deelnemers voortdurend kritisch kijken naar de inhoud van het vak dat zij uitoefenen en naar de functie die zij daarin als persoon vervullen. In de hoofdstukken 3.2. en 3.3. is reeds beschreven dat voortdurend eigen meningen, opvattingen en gedragwijzen worden verduidelijkt, worden afgezet tegen die van anderen én tegen de langzaam steeds explicieter wordende normen.

Iedere stap in dit toetsingsproces van uitwisselen, vergelijken, expliciteren, onderbouwen van gezamenlijke opvattingen en verantwoording afleggen heeft een leereffect. Het geheel is een leerproces, dat aansluit bij de ervaringen uit de eigen werksituatie. Door dit proces wordt de -aanvankelijk- nog onduidelijke en impliciete behoefte aan "leren" (zie de opmerkingen over verwachtingen in paragraaf 3.1.2.) omgezet in duidelijker en expliciete leerbehoeften. Waar aan deze behoefte tijdens de bijeenkomsten niet werd voldaan, zochten de deelnemers zelf naar oplossingen.

Binnen de toetsing speelt het leerproces zich af op verschillende niveaus:

- het niveau van het verkrijgen of vergroten van toetsingsvaardigheden, zoals: leren luisteren, observeren, kritiek te geven en te krijgen;
- het verkrijgen of vergroten van algemene vaardigheden als, systematisch werken, sociale vaardigheden met betrekking tot de patiënt/arts relatie, vraagverheldering e.d.;
- het verkrijgen of vergroten van de huisartsgeneeskunde op verschillende terreinen: medisch inhoudelijk, maar ook ten aanzien van handelwijzen of procedures bij diagnostiek, therapie, verwijzen of praktijkorganisatie.

Op ieder van deze niveaus kwamen er onduidelijkheden aan het licht en werden nieuwe inzichten verworven.

Zo kwam er een proces van leren tot stand door middel van discussie in de groep of door het stellen van concrete vragen aan elkaar. Soms kwamen daarbij vragen aan de orde die de deelnemers niet zelf konden beantwoorden. Een of meer deelnemers namen dan op zich om in de literatuur naar antwoorden te zoeken of om andere deskundigen (o.a. specialisten, apotheken of fysiotherapeut) te consulteren.

Als gevolg van deze manier van werken, werd er niet alleen een bijdrage geleverd aan het leerproces, maar werden de opvattingen ook meer onderbouwd en kwamen normen tot stand.

Leerproces en normontwikkeling gaan hand in hand. De deelnemers hebben vaak zelf het verloop van het leerproces bepaald, de rol van de begeleiders hierbij is omschreven in hoofdstuk 3.5. Een enkele maal werd door een deelnemer -op basis van een bij het toetsen ervaren tekortkoming- aangegeven dat hij of zij nascholing zou willen volgen op dat specifieke terrein.

In het algemeen werd dan onderkent dat het probleem hierbij was dat een daarop gericht nascholingsprogramma niet à la minute voorhanden is, en dat het nog maar de vraag is of een nascholingscursus voldoende recht zou doen aan de specifieke leerbehoefte van de deelnemer.

Slechts een enkele maal werd naar aanleiding van problemen die de groep als geheel ervoer, de wens uitgesproken om collectief

nascholing te gaan volgen over het onderwerp in kwestie. Indien collectief nascholing is gewenst, is de groep minder afhankelijk van het aanbod van georganiseerde nascholing, omdat de groep zelf, in principe, een nascholingsactiviteit zou kunnen organiseren. Slechts eenmaal is -voor zover wij weten- deze collectieve behoefte aan nascholing ook geconcretiseerd door het organiseren van een nascholingsbijeenkomst.

(Groep 4, bijvoorbeeld, hield een nascholingsbijeenkomst over fluor vaginalis met medewerking van een specialist en plande twee avonden voor nascholing over het onderzoek van de rug met medewerking van een fysiotherapeut.)

In onderstaande tabel wordt aangegeven welke groepen wel en niet gebruik hebben gemaakt van literatuuronderzoek en consultatie. In de kolom daarnaast is aangegeven welke ideeën er leefden ten aanzien van de wenselijkheid van het zelf organiseren van collectieve nascholing

groep	literatuur onderzoek	consultatie	nascholings- onderwerp
1	+	+	---
2	-	-	schouderklachten mmv fysiotherapeut
3	+	-	---
4	+	+	onderzoek rug mmv fysiotherapeut en fluor vaginalis mmv specialist
5	+	-	cursus oogspiegelen, stervensbegeleiding
6	+	-	---
7	+	-	---
8	-	-	---
9	-	-	---
10	+	+	gesprekstechniek, psycho-sociaal handelen
11	-	-	---
12	-	-	---

Blijkbaar worden er soms wel wensen geuit in de richting van collectieve nascholing. Hoe duidelijk die wensen zijn en welke

factoren van belang zijn bij de realisering van die wensen is vooralsnog niet geheel te overzien.

In het vervolg van het project zal worden bekeken of en in welke mate hier aandacht aan besteed moet worden.

In het voorafgaande is gesproken over activiteiten als literatuurstudie, consultatie en nascholing, direct samenhangend met een tijdens het toetsingsproces ontstane leerbehoefte.

Naar aanleiding van een desbetreffende vraag in de eindevaluatie werd er door sommige deelnemers aangegeven dat men hier, in het programma, meer aandacht aan wilde schenken.

Daarnaast zijn er in de eindevaluatie bij vijf van de zes groepen waarvan de begeleiding is afgerond, enige vragen gesteld over de behoefte aan literatuurstudie en/of nascholing. Het is niet geheel duidelijk hoe de antwoorden op deze vragen geïnterpreteerd moeten worden, immers zij geven een overall indruk, na afloop van de toetsingsronden. Vermoedelijk is er minder sprake van een specifieke leerbehoefte ten aanzien van een concreet onderwerp, dan wel een algemeen gevoel van onvolkomenheden op een breder terrein. De (vage) antwoorden op de open vraag "welke nascholing men zou willen volgen" wijzen in die richting.

Vraag: Heeft u naar aanleiding van de toetsingsbijeenkomsten behoefte aan verdere nascholing?

	N	geen behoefte	enige behoefte	sterke behoefte	geen antwoord
werkwijze I begel. afgerond	24	29%	54%	17%	---
werkwijze III begel. afgerond	14	28%	43%	28%	---
totaal	38	29%	50%	21%	---

Vraag: Indien u behoefte heeft aan nascholing denkt u dat in de toekomst ook te gaan doen?

	N	ja	nee	weet niet	geen antwoord
werkwijze I begel. afgerond	24	80%	0%	12%	8%
werkwijze III begel. afgerond	14	58%	0%	14%	28%
totaal	38	71%	0%	13%	16%

Opvallend is dat er niemand "Nee" antwoordt. In de toelichting die de deelnemers hierop gaven, kwam naar voren dat zij al regelmatig aan nascholing deden en dat ook blijven doen. In die zin gaf toetsing niet altijd een extra prikkel.

Dit komt overeen met de gegevens uit de tussentijdse rapportage waaruit bleek dat bijna alle deelnemers in de afgelopen drie jaar al regelmatig deelnamen aan nascholing (Tussentijdse Rapportage paragraaf 2.2.5.)

Vraag: Heeft u naar aanleiding van de gesprekken in de toetsings-
groep behoefte gehad aan het raadplegen van literatuur?

	N	geen antwoord	sterke behoefte	enige behoefte	geen behoefte
werkwijze I begel. afgerond	24	---	8%	88%	4%
werkwijze III begel. afgerond	14	---	14%	57%	28%
totaal	38	---	11%	76%	13%

Vraag: Indien u behoefte heeft aan literatuurstudie, denkt u dat in de toekomst ook te gaan doen?

	N	ja	nee	weet niet	geen antwoord
werkwijze I begel. afgerond	24	72%	8%	12%	8%
werkwijze III begel. afgerond	14	65%	7%	14%	14%
totaal	38	68%	8%	13%	11%

Tot slot werd aan de deelnemers die m.b.t. de vragen over nascholing/literatuuronderzoek "Nee" of "Weet niet" hadden geantwoord, de vraag voorgelegd, wat dan de reden is voor het niet (zeker) uitvoeren van nascholing of literatuuronderzoek. Enkele antwoorden waren o.a.:

- de prikkel ertoe zakt snel weg
- tijdgebrek
- toetsing over dit onderwerp was al genoeg; nascholing hoeft niet meer zo nodig
- nascholing moet apart worden georganiseerd
- georganiseerde nascholing sluit niet vanzelfsprekend aan bij de behoeften van dit moment.

Samenvatting

Het proces van toetsing op zich heeft een nascholingskarakter. Niet alleen spreken veel deelnemers bij de start van de toetsingsbijeenkomsten uit dat zij verwachten veel 'te leren' (sommigen noemen dit zelfs het hoofddoel van toetsing) ook tijdens het toetsingsproces uit deze leerbehoefte o.a. uit

- het stellen van vragen aan elkaar, op het terrein van kennis vaardigheden en attitude*
- het raadplegen van literatuur*
- het consulteren van specialisten*

Sommige deelnemers geven aan dat zij individueel nascholing gaan volgen m.b.t. een omschreven onderwerp en op basis van individueel ervaren lacunes.

Sommige groepen geven aan, collectief nascholing te willen volgen op basis van een voor ieder geldende vastgestelde tekortkoming. Dit laatste punt is echter meer uitzondering dan regel. De behoefte om nascholing te gaan volgen of om literatuuronderzoek te doen ná het toetsingsproces is vrij groot. Het is niet vanzelfsprekend dat deze wens ook uitgevoerd wordt. Sommigen zouden juist hieraan binnen het toetsingsproces meer aandacht aan willen schenken.

Conclusies

Het concept over het veronderstelde cyclische karakter van een proces van toetsing, waarbij tekortkomingen in het werk van huisartsen worden vastgesteld en waarna en op grond daarvan nascholing kan worden georganiseerd, moet worden genuanceerd. Alhoewel deze gedachte zeker niet geheel onjuist is, komt de nadruk veel meer te liggen op het educatieve karakter van het toetsingsproces zelf. Een scheiding aanbrengen tussen toetsing en nascholing is een gedachte die gebaseerd is op een te theoretisch concept: Toetsing en nascholing zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

In het vervolg van het project dient te worden bekeken of en in welke mate kan worden ingespeeld op de tijdens het toetsen ontstane leerbehoeften. Tevens willen wij daarbij in overleg treden met de bestaande nascholingsorganisaties en hun uitnodigen over dit probleem mee te denken. Uit deze conclusies kan een beleidsaanbeveling worden geformuleerd: de gescheiden (organisatorische) ontwikkeling van nascholing en toetsing in Nederland doet geen recht aan de intrinsieke overeenkomst die tussen beiden bestaat. Op de lange duur zal dit remmend werken op de ontwikkeling van geïntegreerde deskundigheidsbevordering.

3.5. Groepsproces en begeleiding.

3.5.1. Hoe bedreigend is toetsing?

In de literatuur over toetsing wordt vaak de nadruk gelegd op de bedreiging die van toetsing uit zou gaan. In het projectvoorstel is dan ook de evaluatievraag opgenomen, na te gaan hoe bedreigend toetsing is en hoe die bedreiging kan worden weggenomen.

Uitvoering van die opdracht in de praktijk was niet zo eenvoudig. Op de eerste plaats kregen we alleen te maken met groepen die zich vrijwillig hadden aangemeld, die zelf enige moeite moesten doen om voor deelname aan het toetsingsproject in aanmerking te komen.

Als bij intake of eerste bijeenkomst gevraagd werd waar men bij toetsing tegenop zag of wat men zou willen voorkomen, kwam daar weinig antwoord op; soms riep het zelfs irritatie op als daar te veel nadruk op werd gelegd. "Men was niet bang, men wilde beginnen". Vanwege die ervaring is afgezien van een aanvankelijk idee, in het begin van de bijeenkomsten een vragenlijst over de mate van bedreiging van toetsing aan de deelnemers voor te leggen. Om toch enige indruk te krijgen, werd gekozen voor het opnemen van een aantal vragen in de tussentijdse evaluatie. Wel wetend dat dit een "achteraf" mening is, maar ook dat een echte goede attitude meting toch niet binnen de mogelijkheden van deze evaluatie ligt.

De verkregen antwoorden zijn dus slechts enkel een indicatie.

Voor de beantwoording van deze vraag werden de deelnemers een aantal uitspraken voorgelegd over situaties die als mogelijk bedreigend ervaren zouden kunnen worden. Bij iedere uitspraak kon men aangeven of men een dergelijke gang van zaken al dan niet verwacht had en als men die verwacht had of men er dan (erg of enigszins) tegenop had gezien.

n = 92	Een dergelijke gang van zaken heb ik verwacht	Een dergelijke gang van zaken heb ik verwacht en er enigzins tegenopgezien
- Bij toetsing zal ik mijn collegae moeten "beoordelen" wat moet je zeggen als je het volledig oneens bent met iemands werkwijze	89%	36%
- Door toetsing zal ik mijn eigen manier van werken, mijn eigen vaste gewoonten moeten gaan veranderen	88%	23%
- Bij toetsing zal ik op allerlei fouten gewezen worden die ik mezelf nooit gerealiseerd heb	83%	31%
- Bij toetsing zal ik me moeten aanpassen aan het oordeel van de meerderheid van de groep, ik zal me moeten houden aan groepsafspraken	77%	29%
- Iedereen blijft op zijn eigen standpunt staan, het zal moeilijk zijn overeenstemming over iets te bereiken	45%	10%
- In een toetsingsgroep wordt je voortdurend geëxamineerd	41%	14%
- De essentie van je werk als huisarts is moeilijk weer te geven, toetsing zal daarom in details en bijzaken blijven steken	34%	13%
- Een groep zal te "lief" zijn voor elkaar, echte kritiek wordt verzwegen	32%	15%

Bij vergelijking tussen de drie werkwijzen blijken er geen verschillen te constateren in deze uitspraken over bedreiging.

Uit gegeven toelichtingen blijkt dat bedreiging er waarschijnlijk wel is, maar dat men die als horend bij toetsing accepteerd.

"Toetsing hoort juist bedreigend te zijn". Daarmee werd bedoeld: toetsing moet je raken, moet ingrijpend zijn. Ook uit andere toelichtingen bleek dat zaken die enigszins bedreigend zijn, ook juist de kracht van toetsing vormen. Zoals:

"op eigen fouten gewezen worden is niet leuk, maar wel belangrijk" of "je aan moeten ~~passen~~ is ook een steun voor hoe je iets het beste kunt doen"

"toetsing moet spannend zijn, we zijn eigenlijk nog veel te beleefd tegen elkaar,

"pas als je kritiek krijgt dan leer ie".

Een van de evaluatie vragen was ook in hoeverre de groepsbegeleiders iets van de bedreiging ervaren tijdens de bijeenkomsten. Daarover gaat de volgende paragraaf.

Samenvatting

Aan de deelnemers werd halverwege de toetsing gevraagd welke situaties die mogelijk bedreigend zijn, door hen werden verwacht en in hoeverre men daar tegenop zag. Het meest werd opgezien tegen de situatie waarin men anderen moet beoordelen terwijl men het volledig oneens is, met diens handswijze. Andere situaties zoals eigen vaste gewoontes moeten veranderen of op fouten worden gewezen die men zichzelf niet had gerealiseerd, werden wel verwacht, maar men zag er niet zo erg tegen op of het werd, als horend bij toetsing geaccepteerd.

De bijeenkomsten werden veelal wel als spannend ervaren. Niet vaak als bedreigend. Soms vond men zelfs dat toetsing te weinig bedreigend was, "we blijven te beleefd tegen elkaar".

Conclusies

De toetsingsbijeenkomsten zijn in deze vorm voor de meeste groepen weinig bedreigend. Doordat deze deelnemers allen op vrijwillige basis deelnemen, zeggen deze ervaringen nog weinig over bedreiging ten aanzien van toetsing in het algemeen.

3.5.2. Groepsklimaat.

Zoals bij de programmaopbouw al geschreven is vonden de deelnemers zelf een goed en open groepsklimaat erg wezenlijk voor het slagen van de toetsing.

Het eigen groepsklimaat werd overwegend als zeer positief benoemd. Haast unaniem vond men dat er voldoende openheid in de groep was om eigen vragen en ideeën naar voren te brengen. Als begeleiders merkten we ook dat het vertellen over wat men zelf deed, het vragen stellen over eigen onzekerheden en tekortkomingen erg gemakkelijk en open geschiedde. Vragen aan een ander stellen, of een mening geven over handelwijze en aanpak van andere deelnemers ging hen veel minder gemakkelijk af. Vooral bij werkwijze I bleek in verschillende groepen, dat er bij de eerste vragen om commentaar te geven op elkaars werkwijze weinig uitkwam. Terwijl als de discussie meer algemeen werd, men veel feller, levendiger reageerde. Naar elkaar toe, was men veelal erg acceptierend en begrijpend "ik zou het ook zo doen" was een veel voorkomend commentaar.

Ook kijkend naar de tabel in paragraaf 3.5.1., wat men verwachtte en waar men tegenop zag, bleek dit commentaar geven op elkaar een van de moeilijkste onderdelen van toetsing.

De eerste bijeenkomsten werden steeds als erg spannend ervaren, daarna was er veel van de spanning af, speciaal bij werkwijze I werd dan eerder een grote vrijblijvendheid en voorzichtigheid naar elkaar gekonstateerd. Het is onze eigen ervaring dat er eerst een periode nodig is, waarin je elkaars werkwijze moet leren kennen. Als je gekonfronteerd wordt met hoe een ander werkt, roept dat in de eerste plaats vragen bij jezelf op, "doe ik het wel goed, moet ik iets veranderen". Meerdere deelnemers meldden dat ze vooral in die eerste periode hun eigen spreekuren moeilijker vonden worden. Ze gingen meer op zichzelf letten en werden zich meer bewust van wat ze anders dan de anderen deden. In die periode is er niet zoveel behoefte om de ander te beoordelen. Men vraagt wel aan elkaar maar heeft nog weinig te geven.

In een van de groepen werd dit als volgt uitgedrukt "wat zal ik kritiek hebben, ik maak zelf ook stomme fouten, die onzekerheid is bijna bij iedereen aanwezig; er is in een groep een driftkikker nodig, iemand die

discussie oproept en niet bang is" of zoals een andere deelnemer zei: "Het is moeilijk om kritisch te zijn en toch helpend".

Wat wij in de groepen hebben meegemaakt is vooral deze eerste fase van eigen onzekerheid en zelfreflectie.

Voor werkwijze I was het voor een goed groepsklimaat vooral belangrijk als er een goed midden werd gevonden tussen aandacht voor ieders eigen ervaringen en vragen en vasthouden van de algemene lijn, het tot gezamenlijke konklusies komen. Waar dat midden lag, verschilde sterk per groep.

- Voor twee groepen was werkwijze I niet meer dan een voorzichtige kennismaking met toetsing. In die groepen was het belangrijk dat men open kon zijn over eigen handelwijzen. Er moest ruim tijd zijn om persoonlijke ervaringen te vertellen, maar ook voldoende strakheid om bij het onderwerp te blijven. Vergelijken, expliciteren waarom men iets doet en tot gezamenlijke konklusies komen vond nog slechts mondjesmaat plaats. Als een deel van de deelnemers meer wilde riep dat konflikten op. Het meest duidelijk was die tegenstelling merkbaar binnen reeds bestaande groepen.
- Andere groepen bij werkwijze I legden meer accent op nascholingsactiviteiten. Zakelijkheid, bewaken dat de discussies niet te lang bij casuïstiek bleven hangen maar zoeken naar de algemene lijnen was in dergelijke groepen belangrijk.
- Een derde categorie zocht ook bij werkwijze I de mogelijkheid om tot een wat meer fundamentele beoordeling van elkaars handelwijze te komen. In de programmering was werkwijze I gedacht als een opstap voor beginnende groepen. In de praktijk bleken om verschillende redenen, artsen die wel intensief wilden toetsen toch te kiezen voor werkwijze I. In deze groepen vond men het vooral belangrijk als er doorgevraagd werd op elkaar, voorbeelden waren belangrijk maar vooral vanwege het vergelijken en doorvragen. Op deze verwachting was werkwijze I, waarbij snel gestreefd wordt naar het samenvatten in algemene lijnen minder adequaat. Het zal gewenst zijn ook voor die groepen die het accent willen leggen op somatisch handelen meer intensieve vormen van toetsing te ontwikkelen. Met intensief wordt dan bedoeld dat er veel aandacht besteed wordt aan het onderzoeken en motiveren van het eigen handelen.

Bij werkwijze III was de procedure meer gericht op het reageren op elkaars handelswijze.

Bij deze werkwijze bleek vooral, hoe groot de invloed was van degene die getoetst werd op groepsklimaat. Hoe meer diegene openstond voor het commentaar van anderen en hoe beter hij of zij kon aangeven welke opmerkingen voor hem/haar relevant en leerzaam waren, des te meer werden de andere groepsleden gestimuleerd om hun mening te geven.

99% van de deelnemers vonden de openheid in de eigen groep goed, in hoeverre men daar ook gebruik van heeft gemaakt wordt geïllustreerd door de beantwoording van de volgende vraag uit de evaluatie.

Heeft U in deze groep belangrijke vragen die U t.a.v. Uw eigen handelen als huisarts heeft, naar voren gebracht?

	n	geen antwoord	ja	nee
werkwijze I	60	8%	38%	53%
werkwijze I + III en werkwijze III	32	3%	53%	44%

Bij werkwijze I werd dus vaker nee geantwoord dan bij werkwijze III. Het "nee" bij werkwijze I werd toegelicht met opmerkingen als "daar leent deze opzet zich niet voor"

"de behandelde onderwerpen zijn te beperkt geweest om dergelijke vragen te kunnen stellen"

"er is te weinig tijd om aan dergelijke vragen toe te komen".

Het groepsklimaat zelf, de openheid werd niet als mogelijke factor genoemd.

Bij de toelichtingen bij werkwijze III werd ook vaak "tijdgebrek" of het "nog niet aan de orde zijn" als factor genoemd. "Als er dat soort vragen zouden zijn, zou ik ze zeker kunnen stellen in deze groep", werd b.v. ook als toelichting geschreven.

De term "belangrijke vragen" riep enige verwarring op, sommigen vroegen zich af wat precies belangrijke vragen zijn.

De andere vraag uit de evaluatie:

Denkt U dat anderen hun belangrijkste vragen naar voren hebben gebracht in deze groep; is in vele gevallen niet beantwoord omdat deze vraag verwarring of onduidelijkheid gaf.

Samenvatting

De openheid over eigen handelswijze en t.a.v. opvattingen, was over het algemeen groot. Commentaar geven op de handelswijzen van anderen vond men veel moeilijker. Men was meer bezig met eigen onzekerheden en vragen.

Hoever een groep kwam in het beoordelen van elkaar, was sterk afhankelijk van de werkwijze en de groep. Bij sommige groepen van werkwijze I stond de kennismaking voorop of lag het accent vooral op algemene discussiepunten. Bij werkwijze III stond expliciete aandacht voor ieders handelswijze veel meer centraal, het onderling beoordelen kwam dan ook vanzelf veel meer aan bod. In een enkele groep volgens werkwijze I wilde men ook die aandacht besteden aan ieders persoonlijke routines. Het programma van werkwijze I was daar minder op ingesteld.

Conclusies

Het onderling beoordelen is een van de moeilijkste activiteiten voor de deelnemers aan toetsingsgroepen. Men vraagt het wel van elkaar maar is er zelf erg voorzichtig in. Bij verdere ontwikkeling van programma's en begeleiding zal aan dat aspect extra aandacht moeten worden besteed. Bij werkwijze I zal er meer variatie moeten worden ingebracht, zodat groepen ook binnen die werkwijze meer aandacht kunnen besteden aan persoonlijke toetsing. Bij de paragrafen 3.2.4. en 3.2.5. werd dit reeds geconcludeerd.

3.5.3. Begeleiding van de groepen.

In de experimentele fase werden de deelnemende groepen tijdens de toetsingsbijeenkomsten volledig begeleid.

Deze begeleiding bestond uit :

- aanbieden van een programma en procedures
- gespreksleiding, met daarbij bewaking van het doel der bijeenkomsten en het groepsproces
- eventuele ondersteunende activiteiten

Uit de voorafgaande paragrafen is al wel gebleken dat het programma wat voorbereid was, niet zonder meer uitgevoerd kon worden. De in het draaiboek opgenomen procedures en methode bleken menig maal te theoretisch te zijn, al werkende ermee werden ze aangepast door de begeleiders. Ook het uiteenlopen van opvattingen t.a.v. toetsing in een groep en verschil in ontwikkeling tussen de groepen maakte dat er geen vast, steeds toepasbaar programma beschikbaar was. Aan de begeleiding stelde dat hoge eisen. Zoals al geschreven is stelden de groepen het zeer op prijs als de werkwijze zo goed mogelijk aansloot bij hun eigen doelen en verwachtingen, anderszijds wilde men als groep ook snel en efficiënt kunnen werken. Het betekende dat de begeleiders snel moeten doorzien welke opvattingen en wensen er in een groep leefden en dat ook direct vertalen in werkbare procedures. Dit ideaal is zeker niet steeds bereikt. Door het tot nu toe ontbreken van praktische informatie over de vormen van toetsing, duurde het ook enige tijd voor de begeleiders de verschillen in opvattingen doorzagen. In enkele groepen ontstonden hierdoor spanningen en problemen.

Aansluiten bij wensen en doelen van de groepen riep ook de nodige vragen op. waarbij de antwoorden ook voor onszelf niet altijd duidelijk waren. B.v. de vragen; wat is nu de essentie van toetsing, waar liggen grenzen en overlappings met intervisie, nascholing, wat moet je verstaan onder beoordelen en normen. Maar ook de vraag, wat is het belangrijkste; toetsing "zuiver" houden of op de eerste plaats het enthousiasme in de groep bewaren en toetsing eventueel meer op termijn zetten.

Dat alles maakte dat de begeleiding veel het karakter had van schipperen en improviseren, waarbij de latere groepen profiteerden van de ervaringen uit voorafgaande groepen.

In de groepen deden zich allerlei specifieke groepsproblemen voor zoals b.v.

- In een groep zijn veel leden met geprononceerde eigen meningen. Men heeft zelf veel nagedacht over het huisartsenvak en wil daarvan graag getuigen. Het kost dan tijd om aan al die meningen ruimte te geven.
- Een of enkele deelnemers zijn in de discussies erg dominant. Zij weten hun meningen en bedoelingen goed te verwoorden. Bij anderen roept dat een voortdurende tegenaanval op of men trekt zich terug.
- In een groep komen oude patronen en oude meningsverschillen vaak terug. Dezelfde leden raken met elkaar in conflict, dezelfde discussies herhalen zich.
- De groep is "veroordeeld tot elkaar" er is een regionale band, men wil ook graag samenwerken, maar er zijn vele en soms moeilijk overbrugbare verschillen.
- In groepen werden soms toetsingsbijeenkomsten gebruikt om conflicten over waarneming en concurrentie uit te praten.

Al die gegevens en omstandigheden stelden aan de begeleiding steeds specifieke eisen waarbij handhaving van de bestaande groep en het enthousiasme van een groep voorgingen aan "zuiverheid in de leer". De opmerkingen van Hans van der Voort (Bijlage III no.14) dat het enthousiasmeren van een groep en volgen in hun moeilijkheden belangrijk is om toetsing op gang te brengen, hebben we hierbij ter harte genomen.

Activiteiten van de begeleider die voor het slagen van de bijeenkomst door ons als belangrijk zijn ervaren hebben we hieronder wat systematisch trachten weer te geven.

Deze activiteiten zijn:

- Het aanbieden van programma's en procedures bleek een heel wezenlijk onderdeel van de begeleiding te zijn. Als de structuur niet duidelijk was verzandden de bijeenkomsten gemakkelijk in casuïstiek uitwisseling en "sterke verhalen" vertellen. Anderszijds moest de structuur ook weer niet zo strak zijn dat iedere discussie doodgeslagen werd. Tijdsbewaking en zorgen dat iedereen in voldoende mate aan bod kon komen door strak te houden aan uitwisselingsronden waren daarbij van belang.
- Doel en werkwijzen moesten vaak opnieuw verduidelijkt worden. Dat toetsing een proces in de tijd is en dat de verschillende stappen tesamen het uiteindelijke resultaat moeten geven is voor een groep die de eerste keer een dergelijk proces doormaakte, moeilijk te

- doorzien. Het was belangrijk dat de begeleider dat perspectief regelmatig aangaf, verduidelijkte wat er b.v. later met afspraken gedaan moet worden, aangaf dat normen niet definitief zijn, dat zaken die bleven liggen in tweede registratie weer terug zouden kunnen komen e.d.
- De groepen moesten op verschillende momenten keuzes maken over eigen werkwijze, tempo, accenten. De begeleider moest dan praktische en concrete informatie kunnen geven, verschillen in opvattingen en onduidelikheden moesten dan tevens zo goed mogelijk boven tafel gehaald worden. Verschillen overbruggen, en het ontwikkelen van een gezamenlijk groepsdoel, maakte het nodig dat de begeleider over vaardigheden beschikte om een dergelijk proces te begeleiden: verschillen positief benoemen en de gezamenlijke elementen eruit te halen.
 - Juist omdat programma's en procedures nog niet allemaal helder en adequaat waren, was de gespreksleiding belangrijk voor het goed verlopen van de bijeenkomsten. Niet alleen bewaking dat men ter zake bleef was belangrijk, maar juist ook het stimuleren van uitwisseling en vooral het doorvragen op elkaar. Zonder dat daar al te expliciet aandacht aan werd besteed, werden via de gespreksleiding wel allerlei procesinterventies gedaan. B.v. stimuleren dat men niet alleen negatieve kritiek gaf maar ook vertelde wat men er zelf van leerde, stimuleren dat degene wiens handelen beoordeeld werd ook zelf vragen stelde en niet te veel in de verdediging ging. Bij veel aanval en verdediging was het b.v. belangrijk het verschil te verduidelijken tussen iemands bedoelingen en het effect van zijn handelen; of het verschil in emotionele geladenheid bij praten over de patient en tegenover de patient zelf. In menige groep bleek men moeite te hebben met het omgaan met meningsverschillen. Als elkaar overtuigen niet lukte, liet men het er gemakkelijk bij zitten. Maar dezelfde discussie kwam dan vaak terug. Ook hier was het belangrijk dat de begeleider b.v. het doorvragen op achterliggende opvattingen en waarden stimuleerde. Als men bleef steggelen over welk medicament de voorkeur had was het belangrijk om vast te stellen dat de een meer waarde hechtte aan het gemak voor de patient, terwijl de ander de kostenfaktor het zwaarst liet wegen, in plaats van alsmaar argumenten voor en tegen op te stapelen.

In hoeverre dit soort taken en activiteiten ook door groepsleden zelf over te nemen zijn, valt nu nog moeilijk te zeggen. Door als begeleider aanwezig te zijn zie je meer en doe je meer. De groepen werden wel gestimuleerd waar mogelijk zelf het goede verloop van de besprekingen te bewaken. Als procedures goed duidelijk waren zoals b.v. de bespreking van audiobandjes, vragen uitwerken en tot conclusies komen, lukte het ook goed die verantwoording bij groepen zelf te laten. Bij onduidelijkheden en tegenstellingen was de ervaring van de toetsingsbegeleiders belangrijk om wat er gebeurde te verduidelijken en alternatieven te bieden. In hoeverre dit met gedeeltelijke begeleiding en werkboeken op te vangen is, zal de volgende fase moeten aantonen.

Organisatorische hulp hoefde weinig gegeven te worden. Groepen zorgden zelf uitstekend voor afspraken en accommodatie. Afwezigheidsmelding en eventuele verschuivingen in bijeenkomsten werden ook door henzelf geregeld. Ook verslaggeving en verspreiding daarvan werd door henzelf verzorgd. Een enkele keer was ondersteuning via copieerwerk nodig. Voor eigen nieuw te ontwikkelen hulpmiddelen werd veelal zelf gezorgd. Het opstellen gebeurde tijdens de bijeenkomsten of volgens afspraak door een van de groepsleden tussendoor. Ondersteuning via typ- en copieerwerk werd daarbij vaker gevraagd.

Inhoudelijke steun werd vooral gegeven bij het opstellen van observatielijsten. Slechts een groep heeft een eigen checklist gemaakt voor tweede observatie. Dit werd door de groep zelf verzorgd.

Sommige groepen vroegen meer inhoudelijke inbreng van de begeleider. B.v. dat de begeleider die kritische functie vervulde, waar men zelf onderling te voorzichtig voor was. Enkele deelnemers vonden daarom b.v. ook speciaal bij werkwijze I dat de begeleider medische deskundigheid moest bezitten. Maar ook hier weer liepen de meningen uiteen. Even vaak werd benadrukt dat de groep zelf verantwoordelijk moest blijven voor de inhoud.

Zelf hebben we ons wat betreft inhoudelijke deelname zeer terughoudend opgesteld. Alleen in enkele groepen, waar de procedures goed verliepen en er weinig gevaar was de groep door meedoen te sturen werd door de begeleiders wat meer aan de inhoudelijke discussie meegedaan.

Samenvatting

Aan de begeleiding werd hoge eisen gesteld, omdat een groep diverse keuzemogelijkheden had en het programma nog experimenteel was.

Voor een goed verloop was het gewenst dat de begeleiders wensen en verwachtingen snel herkenden, de verschillen binnen een groep onderkenden en bespreekbaar konden maken, en tevens in staat waren deze wensen en verwachtingen om te zetten in aangepaste programma's.

In de praktijk is dit proces met vallen en opstaan verlopen, omdat de praktijk zo anders uitpakte dan in de voorbereiding was voorzien.

Tot de belangrijkste taken van de begeleiders hoorden:

- het aanbieden van een programma, aangepast aan de groep, zodat de motivatie en het enthousiasme bij de deelnemers bewaard kon blijven.*
- gespreksleiding en vooral het goed bewaken van procedures.*
- het geven van gefaseerde en zo concreet mogelijke voorlichting over de te maken keuzes.*
- het bewaken van een goede samenwerking en het groepsklimaat, waarbij vooral het omgaan met meningsverschillen van belang was.*

Conclusies

De begeleiding was in deze experimentele fase erg belangrijk, juist op momenten dat een groep een volgende stap in het toetsingsproces moest gaan maken. Gedeeltelijke begeleiding zal onvoldoende zijn als dit alleen bestaat uit het op gang helpen van de groep door enkele bijeenkomsten te begeleiden.

Juist omdat men pas na enige tijd met toetsing bezig te zijn, helderheid krijgt in wat de mogelijkheden en beperkingen zijn (zie ook paragraaf 3.2.2.). Toetsing is bovendien een proces waarin verschillende stappen moeten worden genomen (zie ook paragraaf 3.3.7.) Gedeeltelijke begeleiding kan naar onze mening het beste bestaan uit periodieke begeleiding, steeds als een groep voor een nieuwe stap in de toetsings-cyclus staat.

3.5.4. Waardering van de begeleiding door de deelnemers

Op de vraag of de begeleiders meer of minder leiding zouden moeten geven, luiden de antwoorden als volgt:

	N	geen antwoord	meer leiding geven	in gelijke mate leiding geven	minder leiding geven
uitsluitend werkwijze I	60	---	40%	55%	5%
werkwijzen I en III	20	5%	5%	85%	5%
uitsluitend werkwijze III	12	---	8%	92%	---
totaal	92	2%	28%	66%	4%

De betere procedures maar ook grotere duidelijkheid in wat men zelf wilde bij groepen met werkwijze III komen in deze waardering tot uiting. Bij werkwijze I vragen vooral de twee groepen die niet tot afronding van de begeleiding zijn gekomen, (dit zijn ook twee grote groepen) om meer leiding (59%). Ook bij de groepen die voortijdig zijn gestopt, is er een grotere vraag naar meer leiding (42%). Meer leiding moet dan voor een belangrijk deel bestaan uit betere gespreksbewaking, afkappen van de veelpraters, casuïstiek kappen. Door andere groepen wordt nog genoemd: doel beter bewaken, meer duidelijkheid geven over werkwijze, groep meer terugbrengen naar eerder gemaakte afspraken.

Bij werkwijze III werd de mening dat er meer leiding gegeven zou moeten worden, toegelicht met de opmerkingen dat er meer aandacht moet worden besteed aan wat er in de groep gebeurde en dat de begeleider meer inhoudelijk deel zou mogen nemen.

De opmerking dat minder leiding gegeven zou kunnen worden, werd maar eenmaal toegelicht en wel met de opmerking "dat de groep zelf moet leren de nodige discipline op te brengen". Bij deze vraag werd als extra toelichting enkele malen geschreven dat in het begin veel leiding nodig is. Als de groep eenmaal de werkwijze kent kan de begeleiding worden verminderd.

Bij afsluiting van de experimentele fase was, naar onze mening, bij zes groepen voldoende ervaring met de werkwijze aanwezig, zodat de begeleiding afgesloten kon worden. Het contact met deze groepen zal onderhouden worden en voor consultatie kunnen de groepen een beroep doen op

de begeleiders; van definitieve afsluiting is dus nog geen sprake. Voor de andere groepen wordt de begeleiding nog met enkele bijeenkomsten verlengd. Het gaat hierbij om de groepen 6, 7 en 10. Groep 8 begint opnieuw als deelnemer in de volgende fase van het project.

De aandacht die de begeleider besteed heeft aan de bevordering van een goed groepsklimaat werd als volgt gewaardeerd:

	N	geen antwoord	meer aandacht	in gelijke mate	minder aandacht
uitsluitend werkwijze I	60	12%	17%	63%	8%
werkwijzen I en III	20	---	10%	90%	---
uitsluitend werkwijze III	12	18%	8%	83%	---
totaal	19	9%	14%	72%	5%

Meestal werd gezegd dat het eigen klimaat erg goed was en dat geen extra aandacht nodig was. Meer aandacht hiervoor werd in 5 groepen niet nodig geacht.

Meer aandacht werd gevraagd voor het bevorderen van een open sfeer, het stimuleren van inzet en motivatie van de deelnemers. Als extra toelichting stond vaak bij deze vraag dat een goed groepsklimaat erg belangrijk is, en dat daar zonnodig veel aandacht aan besteed moet worden.

Samenvatting

De meerderheid (67%) vond dat er in gelijke mate begeleid moet worden tijdens de bijeenkomsten. Bij werkwijze I vond men vaker dat er meer leiding gegeven zou moeten worden, dan bij werkwijze III. Deze waardering was vooral afkomstig uit de grotere groepen en de voortijdig gestopte groepen. Meestal hield de vraag naar meer leiding in, meer gespreksleiding. In het begin vond men vaker meer leiding gewenst, men verwachtte dat dit later verminderd zou kunnen worden. Aan het bevorderen van een goed groepsklimaat moest volgens 72% in gelijke mate aandacht worden besteed. Men noemt het groepsklimaat overwegend goed, extra aandacht hiervoor was niet nodig.

Conclusies

Voor de deelnemers is een strakke gespreksleiding, vooral in de beginperiode erg wenselijk. Bij het gedeeltelijk begeleiden van volgende groepen zal daar extra aandacht aan moeten worden besteed. Enerzijds door duidelijke procedures aan te geven, anderzijds door goede afspraken te maken voor de gespreksleiding door de deelnemers zelf.

3.6 Waardering en resultaten

3.6.1. In hoeverre hebben de toetsingsbijeenkomsten aan de verwachtingen voldaan

De eerste vraag bij de tussentijdse en eindevaluatie was steeds in hoeverre de bijeenkomsten aan de verwachtingen hadden voldaan.

De uitkomsten daarvan zijn als volgt:

	N	meer dan verwacht	zoals verwacht	minder dan verwacht	geen antwoord
werkwijze I begel. afgerond	24	17%	62%	12%	8%
werkwijze III begel. afgerond	19	37%	58%	5%	--
werkwijze I niet afgerond	17	6%	41%	47%	6%
werkwijze III niet afgerond	13	--	76%	23%	--
voortijdig gestopt	19	--	11%	84%	5%
totaal	92	13%	49%	34%	4%

De meeste deelnemers voor wie de toetsingsbijeenkomsten meer opleverde dan verwacht was, zijn te vinden bij de groepen die werkwijze III hebben gevolgd en waarbij de begeleiding afgesloten kon worden.

De volgende opmerkingen van de deelnemers zijn illustraties van vele opmerkingen die gemaakt zijn, zonder dat deze precies geteld of gerubriceerd kunnen worden.

Meer dan verwacht werd bij werkwijze III of een combinatie van werkwijze I en III nauwelijks toegelicht, de toelichtingen die wel werden gegeven luiden:

"ik ga bewuster werken nu"

"ik heb een betere indruk gekregen van andermans manier van werken, dit heeft de samenwerking positief beïnvloed"

"werken met bandjes verduidelijkt meer dan jaren samenwerken".

Bij werkwijze I werd een antwoord meer dan verwacht toegelicht met de opmerkingen: "dat men of weinig verwacht had, danwel dat men de bijeenkomsten een goede start vond om op voort te bouwen." Ook de ervaring dat "de inzet van de groep groter was dan verwacht" speelden een rol bij

deze waardering.

De toelichtingen bij het antwoord zoals verwacht waren bij werkwijze I:

"Het programma is goed gestructureerd, ik heb lekker gewerkt"

"Ik heb misschien minder opgestoken dan verwacht, maar ik voel me wel gesteund bij het eenzaam bezig zijn, er is veel herkenning van problemen."

"Na een aarzelende start werd het geheel toch heel acceptabel, ook door de veilige omgeving".

Bij werkwijze III of de combinatie van I en III werd gezegd:

"De sfeer is beter dan ik had verwacht"

"De groep is erg werkzaam"

"Ik heb veel inzicht gekregen in de eigen werkmethoden en die van anderen, er is veel herkenning"

"Het blijkt goed mogelijk te zijn je eigen mening te toetsen aan die van anderen".

Het hoogste percentage deelnemers voor wie de bijeenkomsten minder dan verwacht, hebben opgeleverd, is uiteraard te vinden bij de twee voortijdig gestopte groepen. Bij werkwijze I komt deze waardering meer voor dan bij werkwijze III en bij niet-afgeronde groepen weer meer dan bij de wel afgesloten groepen. Deze score werd ook het meest uitvoerig toegelicht. Bij de groepen die de deelname voortijdig hadden beëindigd, was de toelichting:

"Het leereffect is kleiner dan verwacht, ieder behoudt zijn eigen ideeën"

"De bijeenkomsten hebben te weinig diepgang, het is niet goed mogelijk door te dringen tot de essentie van het handelen van de huisarts"

"Ik had verwacht dat de bijeenkomsten spannender zouden zijn, dat we elkaar meer zouden confronteren met de eigen handelwijzen"

"Ik had grotere verwachtingen over het gezamenlijk afspreken van protocollen"

"Ik had verwacht dat we sneller tot gezamenlijke besluiten zouden komen".

Bij de groepen waarbij de begeleiding nog niet is afgerond (werkwijze I of een combinatie van werkwijze I en III) motiveren deze mening, minder dan verwacht, met uitspraken zoals:

"Ik had al meer kritiek verwacht"

"Ik had verwacht dat toetsing concreter zou zijn, er was nu te veel vrijblijvend gepraat"

"We waren te lang bezig met onderwerpen vinden en normstelling"

"De bijeenkomsten zijn wel interessant, het nuttig rendement van de

geïnvesteerde tijd is echter te laag".

Bij de wel afgeronde groepen werd tweemaal toegelicht waarom bijeenkomsten minder dan verwacht waren verlopen. Bij werkwijze I was dat "omdat relatief te veel tijd besteed moest worden om betrekkelijk kleine gebieden toetsbaar te maken". Bij werkwijze III vonden de betreffende deelnemers dat "er te veel vragen die opgeroepen werden, uiteindelijk bleven liggen."

Samenvatting

De antwoorden op de vraag of men vond dat het verloop van de toetsingsbijeenkomsten volgens verwachting was, waren:

<i>meer dan verwacht</i>	<i>13%</i>
<i>zoals verwacht</i>	<i>49%</i>
<i>minder dan verwacht</i>	<i>34%</i>

Het laatste antwoord is vooral gegeven door deelnemers uit de groepen Werkwijze I, waarbij de begeleiding nog niet is afgesloten en door de deelnemers uit de voortijdig gestopte groepen.

Het antwoord meer dan verwacht werd vooral gegeven door deelnemers uit groepen volgens Werkwijze III met afgeronde begeleiding.

Meer of zoals verwacht werd gemotiveerd:

- bij werkwijze I: "Het is een goede aanzet, er is een goede onderlinge sfeer, toetsing geeft steun voor het eigen werk"*
- bij werkwijze III "Bewuster bezig zijn met eigen handelswijzen, en werkwijze I en de samenwerking in de groep verbetert door III: toetsing."*

Minder dan verwacht werd bij beide werkwijzen gemotiveerd met toelichtingen als: "Het leereffect is kleiner dan verwacht, het tempo is te laag, er wordt onderling te weinig kritiek gegeven"

Conclusies

Een programma wat afgerond is volgens werkwijze III voldoet goed aan de verwachtingen. Bij werkwijze I is deze waardering minder eenduidig.

3.6.2. In hoeverre geven de bijeenkomsten steun en zijn ze leerzaam?

Op de vraag in hoeverre men de bijeenkomsten ervaren heeft als een steun voor eigen vragen waren de antwoorden als volgt:

	N	geen antwoord	veel steun of enige steun	geen steun of te weinig	geen behoefte aan steun
werkwijze I begel. afgerond	24	4%	88%	8%	---
werkwijze III begel. afgerond	19	---	95%	---	5%
werkwijze I niet afgerond	17	---	82%	---	18%
werkwijze III niet afgerond	13	8%	69%	---	23%
voortijdig gestopt	19	16%	58%	21%	5%
totaal	92	5%	80%	6%	9%

Op de vraag in hoeverre de bijeenkomsten als leerzaam zijn ervaren waren de antwoorden:

	N	geen antwoord	zeer leerzaam of leerzaam	niet leerzaam
werkwijze I begel. afgerond	24	---	92%	8%
werkwijze III begel. afgerond	19	---	100%	---
werkwijze I niet afgerond	17	6%	88%	6%
werkwijze III niet afgerond	13	8%	84%	8%
voortijdig gestopt	19	5%	63%	32%
totaal	92	3%	86%	11%

De antwoorden op wat men leerzaam vond zijn gerubriceerd naar werkwijze
(Per deelnemer waren meerdere antwoorden mogelijk)

	N	geen antwoord	kennis	vaardigheid in somatisch han- delen	vaardigheid in psycho-soc. handelen	houdi
uitsluitend werkwijze I	60	3%	68%	63%	17%	25%
werkwijzen I en III	20	---	45%	25%	55%	45%
uitsluitend werkwijze III	12	---	17%	8%	92%	56%
totaal	92	2%	56%	48%	35%	33%

De meeste steun en de meeste leereffecten waren weer bij werkwijze III aanwezig. Zoals te verwachten leerden deelnemers aan werkwijze I meer aan kennis en vaardigheid in het somatisch handelen en deelnemers aan werkwijze III meer bij psycho-sociale vaardigheden en houding.

Ook deze opmerkingen zijn illustraties, zonder dat deze precies geteld of gerubriceerd kunnen worden. Opmerkingen waarom men in groepen te weinig steun kreeg of te weinig leerde:

"Ieder houdt zijn eigen mening"

"Op zichzelf zijn de bijeenkomsten interessant, in de praktijk kun je er te weinig mee doen"

"In de groep zelf is onvoldoende kennis aanwezig, de begeleider houdt zich teveel buiten de discussies"

"Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van literatuur of konsultatie van specialisten".

Samenvatting

Voor 80% van de deelnemers boden de toetsingsbijeenkomsten veel of enige steun. 86% noemde de bijeenkomsten zeer leerzaam of leerzaam. Op welke onderdelen men de groep leerzaam vond is sterk gerelateerd aan de werkwijze. Bij groepen volgens werkwijze I en III was het leereffect, naar eigen opgave, het breedst.

Conclusies

Steun en leerzaamheid was voor de meeste deelnemers aanwezig. Door betere programmering kan op grond van de opgedane ervaringen het leereffect op den duur waarschijnlijk nog meer worden verhoogd.

3.6.3. In hoeverre is er sprake van een goede beoordeling van ieders handelen.

Steun en leerzaamheid zijn bijeffecten te noemen, hoewel ze voor de deelnemers vaak erg belangrijk zijn. Beoordelen van elkaars werk wordt in de omschrijvingen van toetsing als een belangrijk kenmerk genoemd. Uit de ervaringen met normontwikkeling en tweede registratie valt al wel te destilleren dat het ook niet erg eenduidig is wat "beoordelen" nu precies inhoudt. Voor de een is beoordelen het onderling vergelijken en feedback geven op elkaar, voor een ander zijn daar eerst gezamenlijk vastgestelde objectieve maatstaven voor nodig. In de antwoorden op de vraag in hoeverre tijdens de bijeenkomsten een goede beoordeling van ieders handelen als huisarts heeft plaats gevonden is vooral uit de toelichtingen dit verschil in opvattingen leesbaar.

De antwoorden van de deelnemers op deze vraag waren:

	N	ja	nee	geen antwoord
werkwijze I begel. afgerond	24	38%	50%	12%
werkwijze III begel. afgerond	19	74%	21%	5%
werkwijze I niet afgerond	17	41%	47%	12%
werkwijze III niet afgerond	13	54%	38%	8%
voortijdig gestopt	19	11%	84%	5%
totaal	92	42%	40%	9%

Bij werkwijze III is weer vaker sprake van een onderlinge beoordeling dan bij werkwijze I.

Een negatief antwoord op deze vraag bij werkwijze I werd onder andere toegelicht met:

"daarvoor zijn nog te weinig onderwerpen aan de orde geweest"

"we hebben elkaars handelen niet beoordeeld, we hebben geprobeerd een gemeenschappelijke visie te destilleren uit ieders aanpak"

"het is geen beoordelen, meer snuffelen aan elkaars handelswijze"

"de methode is te beperkt, we zijn er niet aan toe gekomen ieders handelen te beoordelen; het is meer een onderling vergelijken geweest"

"ik wist niet dat beoordelen de bedoeling was"

"bewust worden van routine is belangrijk, niet zozeer oordelen door anderen".

Als bij werkwijze I de vraag positief was beantwoord, werd o.a. gezegd:

"voor zover van toepassing, voor de behandelde onderwerpen wel"

"met zo'n beperkt aantal bijeenkomsten is dat voor zover mogelijk wel gebeurd"

"we beoordelen niet individueel, maar zijn met de grote lijn bezig".

Bij werkwijze III en de combinatie van I en III waren de opmerkingen bij een positief antwoord:

"vooral bij het bespreken van bandjes vond een goede beoordeling plaats"

"er is op positieve manier onderlinge kritiek geleverd, er was voldoende respect voor elkaar, maar men was ook niet te lief"

"er is vooral t.a.v. de arts/patiënt relatie een goede beoordeling geweest"

"als begin was het heel goed, hoewel we nog te kort met elkaar op weg zijn"

Als bij werkwijze III of de combinatie van I en III op deze vraag een negatief antwoord kwam, waren de toelichtingen:

"we zijn nog te kort bezig om elkaar echt goed te beoordelen, specifieke consulten zijn wel goed beoordeeld"

"er is meer geëvalueerd nog nauwelijks beoordeeld aan de hand van iets"

"we blijven nog te oppervlakkig bezig, er is nog te weinig duidelijkheid over wat nu wel of niet goed is"

"beoordelen aan de hand van audiobandjes is moeilijk, alle aandacht is voor psycho-sociaal handelen, somatiek komt nauwelijks aan bod"

"teveel bevestigingen van wat we al doen, te weinig aandacht voor wat we achterwege laten"

"je kunt zelf wat je inbrengt teveel selecteren".

Samenvatting

De vraag of tijdens de bijeenkomsten op goede wijze een beoordeling van ieders handelen heeft plaatsgevonden werd door 42% bevestigend beantwoord. Bij werkwijze III en begeleiding afgerond bedroeg dat aantal 74%,

Redenen die bij werkwijze I genoemd werden waarom men vond dat er niet voldoende of niet juist beoordeeld, waren o.a.:

" Er zijn daarvoor nog te weinig onderwerpen aan bod geweest,"

" Er wordt nog te veel vergeleken in plaats van beoordeeld,"

Deze werkwijze achtte men over het algemeen minder geschikt om tot beoordeling te komen dan werkwijze III.

Als men bij werkwijze III deze vraag ontkennend werd beantwoord, waren daar de toelichtingen o.a. bij:

" We zijn nog te kort bezig,"

" Er is nog onvoldoende duidelijkheid over onze gezamenlijke opvattingen om al te kunnen beoordelen,"

" Het somatisch aspect komt te weinig aan bod."

Conclusies

Bij werkwijze I komt het onderling beoordelen minder aan bod, men is daar meer bezig met het opstellen van algemene lijnen en op basis daarvan zelftoetsing.

Werkwijze III leent zich hier beter voor, maar ook daar is tijd nodig, voor men hier aan toekomt.

3.6.4. In hoeverre leiden de bijeenkomsten tot gedragsveranderingen.

Bij het ontwerp voor evaluatie werd voorgesteld gedragsverandering na te gaan door zowel vergelijking van handelwijze tussen eerste en tweede registratie als volgens het eigen subjectieve oordeel van de deelnemers. Uit de ervaringen met normontwikkeling en tweede registratie valt te concluderen dat veranderingen mètten aan de hand van normen niet haalbaar is, als het om deze vorm van toetsing gaat. Normen ontwikkelen zich pas geleidelijk aan. Het zijn bovendien geen concrete beschrijvingen van wat je in een specifiek geval wel of niet moet doen.

Blijft over het subjectieve oordeel van de deelnemers zelf. Het is vooral een oordeel over wat men voor zichzelf leerzaam heeft gevonden een vaststelling van zaken die men zich meer bewust is geworden, waar men meer op is gaan letten.

Op de vraag in hoeverre men eigen gedragswijzen veranderd vond naar aanleiding van de toetsingsbijeenkomsten waren de antwoorden van de zes afgeronde groepen:

	N	geen antwoord	ja	nee
werkwijze I begel. afgerond	24	4%	71%	25%
werkwijze III begel. afgerond	19	-	63%	37%
totaal afgerond	43	2%	68%	30%

De antwoorden van de niet afgeronde groepen en de twee voortijdig gestopte op deze vraag:

	N	geen antwoord	ja	nee
werkwijze I niet afgerond	17	6%	53%	41%
werkwijze III niet afgerond	13	-	62%	38%
voortijdig gestopt	19	11%	26%	63%
totaal niet afgerond	49	6%	45%	49%

De vraag was een open vraag. Er zijn vele verschillende antwoorden op gegeven. Ter illustratie zijn ze hieronder weergegeven. Tussen haakjes het aantal malen dat een opmerking gemaakt is. als veranderingen werden genoemd:

Werkwijze I

- "verbetering van het somatisch handelen" (2x)
- "meer bewust gaan letten op aspecten die in de bijeenkomsten besproken zijn" (4x)
- "houden aan afspraken, meer protocollair werken" (2x)
- "meer rationeel en doelbewust handelen" (1x)
- "expliciet een probleemstelling maken" (1x)
- "meer openheid tegenover de patient" (1x)
- "meer aandacht besteden aan de anamnese" (1x)
- "eigen onderzoeksmethoden uitgebreid" (2x)
- "veranderingen in therapie en voorschrijfgedrag" (5x)
- "praktische zaken geleerd en ideeën opgedaan" (2x)

Werkwijze I en III

- "meer bewust gaan letten op aspecten die in de bijeenkomsten besproken zijn" (4x)
- "meer aandacht voor somatiek" (2x)
- "proberen duidelijker te zijn tegenover de patient" (1x)
- "meer letten op eigen houding" (2x)
- "meer aandacht voor voorlichting aan de patient" (1x)
- "meer systematisch werken" (2x)
- "duidelijker afspraken maken aan het einde van het consult" (2x)

Werkwijze III

- "proberen wat meer systematisch te werken" (2x)
- "verdieping in wat vraagverheldering is en de uitwerking daarvan bij een patient" (2x)
- "gesprekstechniek" (1x)
- "meer luisteren en afwachten in het begin van een consult" (1x)
- "meer variatie kunnen brengen in de aanpak van een consult" (1x)
- "de patient meer stimuleren tot eigen activiteit" (1x)
- "meer aandacht voor het somatisch handelen, met name de anamnese, de verhouding tussen de twee sporen wat bijstellen" (1x)
- "ervaren hoe de eigen praktijkorganisatie invloed heeft op het contact met de patient, bezig zijn om daarin verandering te brengen" (2x)
- "meer bewust geworden hoe de eigen houding tegenover de patient is en welke invloed dat heeft" (5x)

Als men bij de vraag naar gedragsveranderingen negatief had geantwoord, werd dit bijna door niemand nader toegelicht. Een enkele keer werd gezegd, "dat men niet echt in gedrag veranderd was, dat daarvoor de tijd te kort was geweest", eenmaal werd erbij gezet dat "veranderen misschien wel principieel niet mogelijk is".

Anderen die nee geantwoord hebben, noemden wel kleine veranderingen, zoals "wat meer alert geworden op methodisch werken", "enkele details zijn gewijzigd", of "ik heb er wel wat van opgestoken".

Er is ook gevraagd in hoeverre men veranderingen in opvattingen bij zichzelf gekonstateerd had.

Deze vraag is door 71% van de deelnemers met nee beantwoord.

Als er ja geantwoord werd, werd veelal verwezen naar de vorige vraag over veranderingen in gedrag.

Samenvatting

Gedragsveranderingen konden alleen subjectief, op basis van het eigen oordeel van de deelnemers, worden vastgesteld. De door een groep opgestelde normen bleken niet als meetinstrument te gebruiken. Daarvoor gaat normontwikkeling teveel stapsgewijs, van globaal naar meer uitgewerkt. Een norm is ook niet te gebruiken als een criterium waarmee goed van fout is te onderscheiden.

Bij de groepen waarbij de begeleiding is afgerond hebben 68% van de deelnemers bij zichzelf bepaalde gedragsveranderingen gekonstateerd. Men noemde hierbij vooral eigen leerpunten, handelwijzen waarvan men zich meer bewust is geworden en waaraan men nu meer aandacht besteedt.

Wat deze gedragsveranderingen betreft is de score het hoogst bij groepen met werkwijze I en afgeronde begeleiding 71%.

Bij de werkwijze werd als verandering vooral melding gemaakt van het zich beter houden aan gemaakte afspraken, veranderingen in beleid en voorschrijfgedrag.

Bij de niet afgeronde groepen en de voortijdig gestopte groepen constateerden 45% bij zichzelf bepaalde gedragsveranderingen ten gevolge van de toetsingsbijeenkomsten.

Conclusies

Deze vorm van toetsing leidt tot kleine gedragsveranderingen, waarbij het belangrijkste effect is, dat men zich bewuster bezig houdt met de onderwerpen en aspecten die op de bijeenkomsten zijn besproken.

Werkwijze I biedt meer concrete aanknopingspunten om eigen handelwijze te veranderen dan werkwijze III.

3.6.5. In hoeverre zijn groepen in staat zelfstandig met toetsing door te gaan.

Zowel aan de deelnemers van de groepen waarbij de begeleiding afgesloten werd, als aan de deelnemers van de niet afgesloten groepen, werd de vraag voorgelegd of zij door wilden gaan met onderlinge toetsing na de beëindiging van de NHI begeleiding.

Deze vraag werd individueel ingevuld voor de bespreking hiervan in de groep.

Daarbij sprak 83% zich uit voor door te willen gaan en wel met dezelfde groep. 3% wilde doorgaan in een nieuwe groep en 5% wilde niet doorgaan. De motieven waarom deze laatste deelnemers niet door wilden gaan waren van uiteenlopende aard, "te weinig praktisch nut", of "het momenteel te druk hebben in de eigen praktijk". De resterende 9% heeft geen antwoord gegeven of wist nog niet of men door wilde gaan.

Alle zes groepen waarvan de begeleiding is afgerond, hebben afspraken gemaakt om de onderlinge toetsing voort te zetten. In hoeverre deze voornemens uitgevoerd worden is nog niet te zeggen, bij het schrijven van deze rapportage waren deze groepen nog maar een enkele keer bij elkaar geweest. De drie groepen (afgeronde begeleiding) die werkwijze I hebben gevolgd, gaan door met experimenteren en variaties op deze werkwijze. Een groep wil ook met audiobandjes gaan werken, een andere wil de toetsingsactiviteiten afwisselen met eigen activiteiten als waarneemgroep en de derde heeft plannen om ook andere registratiemethoden en vormen van uitwisseling te gaan gebruiken (video, patientenkaarten e.d.).

De drie groepen met afgeronde begeleiding die werkwijze III en werkwijze I + III hebben gevolgd, hebben eveneens allen nieuwe bijeenkomsten gepland. Deze zetten de bijeenkomsten op ongeveer dezelfde wijze voort; alleen de frequentie van bijeenkomsten zal veranderen en wel meer in clusters van bijeenkomsten. De vier overige groepen waarvan de begeleiding nog niet is afgerond gaan ook door.

Een groep die eerst werkwijze I volgde wordt nu op weg geholpen bij werkwijze III, zij het dat er enkele leden van de groep zijn afgehaakt.

Drie andere groepen worden nog beperkt begeleid om de eerste registratieronde af te maken en nieuwe plannen te maken.

Aan de deelnemers werd ook gevraagd welke kondities men van belang vond bij het zelfstandig doorgaan.

Het merendeel van de kondities die genoemd worden betreffend organisatorische zaken, opmerkingen over de leiding van de bijeenkomsten en over de eisen die aan het functioneren van de groep gesteld worden.

Eisen over de inhoud van de bijeenkomsten worden voornamelijk gesteld door deelnemers die WWI gevolgd hebben.

- Organisatorische zaken. In alle groepen wordt benadrukt dat goede duidelijke afspraken over tijd, frequentie en aanwezigheid belangrijke voorwaarden zijn.
Suggesties hierover verschillen per groep, b.v. voor de ene groep zou om de drie weken een goede frequentie zijn, anderen vinden clusters bijeenkomsten in gunstige seizoenen belangrijk.
- Leiding. Een groep spreekt duidelijk voorkeur uit (groep 12) voor toetsing met begeleiding van buitenaf. Een andere wil hier indien nodig op terug kunnen vallen (groep 9) de overigen vinden een organisatorische leider/notulist noodzakelijk naast een (wisselende of vaste) discussieleider. Dit kunnen echter wel groepsleden zijn.
- Inhoud. Deelnemers uit vijf verschillende groepen maken hierbij opmerkingen over de inhoud. Zoals o.a. belangrijk om nieuwe geschikte onderwerpen voor toetsing te vinden; onderwerpen van te voren bepalen volgens een vast schema en dit systematisch afwerken en voor het voortzetten van de bijeenkomsten is het belangrijk te beschikken over reeds ontwikkelde protocollen.
- Groepsproces. Goede motivatie van de deelnemers wordt het meest genoemd, naast bereidheid om te veranderen, openstaan voor kritiek, onderling vertrouwen en evenwichtigheid binnen de groep en een plezierige goed functionerende groep.

Samenvatting

Van de deelnemers wilde 83%, nog onafhankelijk van de groepsbeslissing, doorgaan met toetsing. De 10 groepen, die bij afsluiting van de experimentele fase aan het project deelnemen, zullen ook in de volgende fase met deze vorm van toetsing doorgaan.

Bij zes groepen is de vaste begeleiding afgesloten. Op één groep na verwacht men zonder verdere begeleiding van buiten af door te kunnen gaan. De mogelijkheid om op de NHI begeleiding terug te vallen is daarbij wel belangrijk. Bij 4 groepen zal nog iets langer begeleiding worden gegeven.

Conclusies

Met uitzondering van de twee eerst gestarte groepen, is er voldoende enthousiasme om met toetsing door te gaan. Voor de deelnemers is het ook duidelijk geworden dat toetsing in deze vorm, waarbij het eigen leerproces het belangrijkste is, een zaak van lange adem betekent.

Het bleek niet mogelijk om bij alle groepen de begeleiding binnen een jaar af te ronden. De frequentie van de bijeenkomsten en het tempo van de groep varieerden daarvoor teveel.

4. INHOUDELIJKE ELEMENTEN

4.1. Onderwerpen

4.1.1. Ervaringen met de gekozen onderwerpen, werkwijze I

De wijze waarop de onderwerpen zijn gekozen bij de verschillende werkwijzen, is beschreven in paragraaf 3.2.3.

Hieronder zullen ervaringen worden beschreven met onderwerpen voor toetsing bij werkwijze I. Tevens zal iets aangegeven worden over "de geschiktheid" van het onderwerp. Deze geschiktheid hangt van vele factoren af. Niet alleen van de frequentie van voorkomen in de huisartspraktijk en het belang ervan voor de huisarts, maar ook van de motieven en het doel van de groep ten aanzien van dit onderwerp. Bijvoorbeeld, als een groep snel wil komen tot een overzichtelijk schema, vergelijken en onderbouwen van ieders handwijze met daarbij specifieke vragen of meer gericht op nascholingsaspecten (zie ook paragraaf 3.1.3.).

Deze geschiktheid is dus niet alleen afhankelijk van het onderwerp, wel is gebleken dat het belangrijk is om een zekere afgrenzing of beperking aan te brengen. Dit kan op verschillende manieren gebeuren; hetzij dat de klacht zelf een beperkt gebied bestrijkt, hetzij door er een aspect uit te lichten voor de bespreking, of door een onderverdeling aan te brengen.

Hieronder zullen onderwerpen die in de groepen zijn gekozen, worden toegelicht. Het zijn slechts voorbeelden, het sluit niet uit dat andere klachten of ziektebeelden niet geschikt zouden zijn.

Geschikte onderwerpen voor beginnende groepen, om te wennen aan de methode en de manier van samenwerken waren:

fluor vaginalis-diagnostiek en therapie

hoesten, bovenste luchtweginfecties bij kinderen

oorpijn bij kinderen, otitis externa, urineweginfecties.

Het accent lag op het uitwisselen en vergelijken van het somatisch handelen van de deelnemers.

De registratie thuis leverde niet veel problemen op, daar het veel voorkomende onderwerpen zijn. Deze klachten/onderwerpen brachten een levendige uitwisseling op gang van ervaringen en handelswijzen, vaak werden ook veel praktische tips uitgewisseld. Door de betrekkelijke beperktheid ervan was het ook snel mogelijk algemene beleidslijnen of afspraken te maken, en het onderwerp in korte tijd (een of twee bijeenkomsten) af te ronden.

Een onderwerp, wat zich goed leende voor bespreking volgens werkwijze I, was ouderdomsdiabetes en met name het aspect controle en begeleiding ervan.

In groepen werd dit gekozen omdat men tot nu toe weinig deze patiënten zelf controleerde en dit wilde veranderen. Andere argumenten voor deze keuze waren dat men het belangrijk vond om tot gezamenlijke richtlijnen te komen in de eigen groep (b.v. als plaatselijke of waarneemgroep) voor de behandeling van deze patiënten. Ook als het doel van de groep voornamelijk nascholing was, was dit een geschikt onderwerp, mede gezien de vele activiteiten en bestaande schema's met betrekking tot dit onderwerp. Wel moest hierbij rekening worden gehouden met de omvang van het onderwerp; de bespreking besloeg vaak meerdere bijeenkomsten en voor de registratie thuis was een langere periode nodig, door de geringere frequentie in de dagelijkse praktijk.

Bij bijna alle aandoeningen of klachten was het moeilijk een beperking aan te brengen door er een aspect uit te lichten. Om een goed inzicht te krijgen in ieders handelswijze is het geheel van belang. Een uitzondering hierop vormt het aspect "onderzoek". Het bleek mogelijk -door dit aspect eruit te lichten- dat ook veelomvattende klachten als hoofdpijn of duizeligheid, geschikt werden voor bespreking binnen deze werkwijze.

De waarde van de verschillende onderzoeken werden besproken, door b.v. na te gaan welke informatie ze opleverden, welke consequenties dit had voor het beleid etc. Ook werd vaak aan de precieze

technische uitvoering veel aandacht geschonken.

Ook het veelomvattende onderwerp rugklachten werd vaak gekozen en wel drie keer in groepen die werkten volgens Werkwijze I en in een groep Werkwijze III.

De beperking van dit onderwerp werd ook meestal gezocht in het aspect "onderzoek" bij rugklachten. Bij de bespreking lag het accent dan op zin en onzin van verschillende testen en onderzoeken. Vaak werd een gezamenlijk schema hiervoor opgesteld. De registratie van enkele voorbeelden was geen probleem, wel vertoonden deze een grote verscheidenheid. Bij de bespreking moest dan worden bewaakt dat deze dokter-gericht bleef en niet casus-gericht.

Enkeldistorsies bleek een geschikt onderwerp. Hierbij werd eveneens veel accent gelegd op onderzoek, maar tevens was het, door de beperking die het onderwerp al in zich heeft, mogelijk tot afspraken te komen voor een gemeenschappelijk beleid.

Anticonceptie, hypertensie en menstruatiestoornissen, deze onderwerpen werden gekozen omdat ze interessant zijn voor de huisarts en een groot deel uitmaken van het dagelijks werk. Tevens hebben de deelnemers juist bij deze onderwerpen vele routines ontwikkeld. Men vond het belangrijk om te toetsen of deze nog adequaat waren of zich bewust te worden van deze routines. Ook bij deze onderwerpen moest een beperkter gebied worden afgegrensd. Hier dan niet tot een aspect, maar door een categorie te kiezen. Bijvoorbeeld door alleen orale anticonceptie te kiezen, bejaarden met hypertensie of jonge vrouwen met menstruatiestoornissen. Als de beperking werd aangebracht, waren het geschikte onderwerpen om routines bewust te worden en kennis hierover te vergroten.

Een heel ander onderwerp, het toetsen van de vaardigheid met oogspiegelen, funduscopie, is slechts in een groep gekozen. Ieder inventariseerde vooraf zijn eigen gebruik van de oogspiegel. Op de bijeenkomst zelf werd dit uitgewisseld en er werden vragen aan elkaar gesteld hierover.

Dit bleek een goede manier te zijn om op het spoor van tekorten te komen en afspraken te maken voor een zelf te organiseren nascholingsprogramma voor eventueel verbeteren van de vaardigheid.

Bij de bespreking van de volgende onderwerpen werden in deze groepen een aantal problemen gesignaleerd.

Problemen omdat geen beperking in het onderwerp werd aangebracht of omdat voor het doel van de groep deze werkwijze en uitwisselingsprocedures minder geschikt bleken. Uiteraard geeft dit nog geen indicatie voor de geschiktheid van een onderwerp voor toetsing, dat dit slechts enkele ervaringen zijn, van een enkele groep.

In twee groepen werd gekozen: gewrichtsklachten en schouderklachten. Er werd geen beperking in deze onderwerpen aangebracht. Hierdoor werd veel uiteenlopende casuïstiek gebracht. De waarderingen voor de bijeenkomsten met deze onderwerpen liepen uiteen van uitstekend tot gemiddeld, afhankelijk van de verwachting ten aanzien hiervan. Bijvoorbeeld goede uitwisseling krijgen, veel vragen boven halen tegenover produktie maken. (d.w.z. een goed schema krijgen).

Binnen deze werkwijze is nog geen goede procedure gevonden om een onderwerp als moeheid te toetsen. Dit werd in drie groepen gekozen omdat juist hierbij vele vragen leefden.

Zoals reeds beschreven in paragraaf 3.2.5. is het van belang bij de uitwisseling deze vragen te scheiden en een keuze hierin te maken. Wordt er ingegaan op de eigen vragen van de inbrenger van de casus, of op de vragen die bij de groepsleden leven naar aanleiding van analoge ervaringen of wordt getracht te beantwoorden wat bij

deze klacht de beste handelswijze is?

Mammaklachten, en speciaal het aspect verwijzen, is in een groep gekozen vanwege de emotionele betekenis van het onderwerp. De eigen betrokkenheid hierbij was groot. Uitwisseling van ervaringen en steun krijgen van elkaar was heel belangrijk. Ook vond deze groep het van belang zelf normen voor verwijzen te maken daar objectieve statistische normen niet genoeg houvast geven.

Buikpijn bij kinderen is eveneens in een groep gekozen, vooral om meer zicht te krijgen op de achterliggen psycho-sociale problematiek en de vraag hoe je daar als huisarts mee om kunt gaan. Het bleek dat deze werkwijze zich niet leende voor het beantwoorden van dergelijke vragen.

Problemen deden zich ook voor bij het onderwerp controle en begeleiding van bejaarden. Er kwamen veel vragen en ervaringen naar voren, die betrekking hadden op preventieve activiteiten en psycho-sociale aspecten. Deze vragen liepen teveel uiteen om aan een goede beantwoording in de groep op deze wijze toe te komen.

Hetzelfde gold voor het onderwerp verwijzen naar de fysiotherapie, wat door een groep werd gekozen. Hier bleven eveneens vele vragen onuitgewerkt liggen. Tevens speelden tijdgebrek en het verschillend belang dat men hechtte aan het maken van een gemeenschappelijk beleid, een rol.

Het oordeel van de deelnemers over de gekozen onderwerpen luidde:

	N	geen antwoord	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
uitsluitend werkwijze I	60	10%	43%	45%	2%
werkwijzen I en III	20	--	75%	25%	--
totaal ww I en wwl en III	80	7%	51%	40%	1%

4.1.2. Ervaringen met de gekozen onderwerpen, werkwijze III

Voor de onderwerpkeuze bij werkwijze III gold als extra criterium dat bij het onderwerp een evenwichtige verdeling aanwezig moet zijn tussen somatische en psycho-sociale aspecten.

Naast sterk psychosomatische klachten zoals moeheid en depressie was daarbij ook gedacht aan onderwerpen zoals b.v. degeneratieve gewrichtsklachten en anticonceptie.

In de praktijk kozen groepen voor werkwijze III vaak voor vage klachten zoals:

- vage borstklachten
- moeheid
- rugpijn
- maagpijn
- hoofdpijn
- duizeligheid

De groepen die met werkwijze I waren gestart, brachten ook andere soorten onderwerpen naar voren:

- hoesten bij kinderen
- urineweginfecties
- diabetes mellitus
- gewrichtsklachten

Toch werden overwegend spreekuurcontacten uit de eerst genoemde categorie ingebracht.

Een groep startte met een eenvoudig onderwerp nl. kind met oorpijn. Ook daar werd de onderwerpkeuze op grond van de eerste ervaringen niet alleen verlegd naar vraagverheldering bij een kind met oorpijn, maar naar vraagverheldering in het algemeen.

In het procesgedeelte is al beschreven hoe het onderwerp in alle groepen met werkwijze III verschoof van klacht naar algemene vaardigheden en attitude (paragraaf 3.2.3.)

Uit de door de groep zelf opgestelde observatielijsten en uit dis-

cussies gedurende de bijeenkomsten is te zien welke thema's men zelf het belangrijkste vond. In volgorde van belangrijkheid waren dit thema's als:

- vraagverheldering
- attitude en relatie tot patiënt
- systematisch werken
- voorlichting en informatie aan de patiënt
- organisatie van de praktijk

Het belangrijkste thema was vraagverheldering.

Alle groepen hebben in een of andere vorm vraagverheldering in hun observatielijst opgenomen. Bijvoorbeeld door observatiepunten als:

- is de reden van de komst van de patiënt duidelijk voor de arts
- gaat de arts in, op wat er tussen de lijntjes wordt gezegd
- wordt er voldoende aandacht besteed aan wat de patiënt wil en verwacht.

Onder deze noemer vraagverheldering kwamen andere, achterliggende vragen aan bod.

Sommige groepen vonden het belangrijkste doel bij vraagverheldering dat men aansluit bij de wensen en opvattingen van de patiënt.

Aanvullende observatiepunten waren dan b.v.:

- zitten arts en patiënt op hetzelfde spoor
- heeft de arts aandacht voor de wensen van de hulpvrager
- besteed de arts voldoende aandacht aan de klacht in de ogen van de patiënt
- is de patiënt tevreden.

Anderen vonden vraagverheldering vooral belangrijk om bij patiënten met vage klachten de overstap te kunnen maken naar het psychosociale spoor.

In observatieformulier en discussie uitte zich dat in punten als

- is de arts in staat het psychosociale spoor op te pakken
- hoe kan men uit het somatische kanaal blijven als de patiënt zelf anders wil.

Attitude en relatie tot de patiënt

Vragen en observatiepunten bij dit thema waren

- preoccupatie en vooroordelen
- bewust zijn t.a.v. eigen gevoelens, zekerheid, irritatie e.d.
- bewust zijn van eigen opstelling, motivatie, ervaringen, verantwoordelijkheidsgevoel e.d.

Onder dit thema kwamen soms existentiële vragen naar voren: hoe sta ik in het leven, wat wil ik als arts, wat betekent dat voor mijn relatie tot patiënten, hoe houd ik voldoening in mijn werk, hoe moet ik staan tegenover allerlei vernieuwingen en veranderingen.

Systematisch werken

De observatiepunten die bij dit thema werden geformuleerd, waren:

- vindt er een goede probleemverheldering plaats
- krijgen somatische en psycho-sociale factoren voldoende aandacht bij de probleemverheldering
- welke overwegingen spelen een rol bij beslissingsmomenten
- is de opbouw van het consult logisch, b.v. geen adviezen geven voordat een onderzoek is afgesloten
- is er een goede afronding van het consult.

Voorlichting en informatie aan de patiënt

De toegespitste punten hierbij waren:

- wordt er voldoende uitleg gegeven over therapie en medicijngebruik
- wordt er voldoende uitleg gegeven over mogelijke zelfzorg
- in hoeverre moet je uitleggen welke onderzoeken je gaat doen en waarom
- welke informatie over je bevindingen geef je door aan de patiënt en waarom? Welke gevaren kleven aan teveel informatie?

Organisatie van de praktijk

Observatiepunten waren o.a.:

- hoe wenselijk is het om open spreekuren te veranderen in afspraak-sprekuren?
- tijdsbewaking
- Hoe gaat men om met meerdere hulpvragen per consult.

Opstellen van observatiepunten is een stap in het proces van normontwikkeling. In de nu gehouden registratieronde is men vooral bezig geweest met uitdieping van eigen opvattingen en waarden. Uit deze bezinning zijn vele vragen naar boven gekomen.

In een volgende stap zullen die vragen nader worden uitgewerkt, om dan als basis te dienen voor verdere observatie.

In een groep heeft men reeds een observatielijst uitgewerkt tot uitspraken over wat men goed handelen vindt. In paragraaf 4.2.3. wordt daar nog nader op ingegaan.

Het oordeel van de deelnemers over de gekozen onderwerpen:

	N	geen antwoord	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
werkwijze I en III	20	--	75%	25%	--
werkwijze III	12	17%	42%	42%	--
totaal werkwijze III en I en III	32	6%	62%	31%	--

4.2. Normen

4.2.1. Inleiding

Een bespreking van de inhoudelijke kant van normen kan men niet als op zichzelf staand beschouwen. Men kan ze niet los zien van de functie van de normen zoals ze in die specifieke groep worden gezien. Zie voor een beschrijving van de normontwikkeling en functie hoofdstuk 3.3.

Een groep heeft keuzes gemaakt, welk soort normen bij welk onderwerp of welke klacht ze willen opstellen, afhankelijk van hun doel en werkwijze. Tevens moet er een beslissing worden genomen in welke vorm ze worden vastgelegd. Meestal zijn door de groepen werkwijze I gemiddelde normen als meest bruikbare vorm gekozen (dit in tegenstelling tot optimale of minimale normen).

Een punt wat de bespreking en vergelijking van de produkten moeilijk maakt, is de verschillende wijze en mate van aandacht waarin de normen op schrift zijn gesteld. Immers in veel groepen worden de discussies rondom het hanteren van normen en uitwisselen van achterliggende overwegingen belangrijker gevonden dan de uiteindelijke formulering.

In dit licht gezien zijn de tot nu toe opgestelde normen niet te beschouwen als een wetenschappelijk onderbouwd produkt of als complete richtlijnen voor huisarts geneeskundig handelen. Het zijn moment-opnamen, resultaten van een fase in het ontwikkelingsproces van en binnen een groep.

Hieronder worden een aantal produkten als voorbeeld toegelicht.

4.2.2. Voorbeelden normen werkwijze I

Een eerste vorm van normen was, in veel groepen, een lijstje met aandachtspunten voor één of voor enkele aspecten van een onderwerp. Dit waren punten waar men overeenstemming over heeft bereikt, en waarvan men het belangrijk vindt om op te letten. Deze ontstonden al snel na een inventariserende ronde over ieders handelen en de volgende discussies. Voorbeelden hiervan zijn:

- groep 8 - beleid bij adipositas
- groep 3 - anamnese vragen bij borstklachten, verdeeld in vijf groepen naar uiteindelijke diagnose
- groep 10- anamnese vragen bij hoofdpijn.

Dit laatste voorbeeld is hieronder weergegeven:

Kriteria in de anamnese voor hoofdpijn

- | | |
|--------------------|---|
| 1. Algemeen | : Aard van de hoofdpijn
Frequentie
Accuut/niet accuut; begin; aanleiding/oorzaak/traumata
Localisatie |
| 2. Niet psychogeen | : KNO-hoofdpijn
Visus Glaucoom
Vasculair - Familie anamnese/migraine
Drukverhoging - begeleidendesymptomen
steeds uitvragen
Cervicale wervelkolom. |

Deze lijst van aandachtspunten konden ook betrekking hebben op therapie bij verschillende klachten of aandoeningen, waarbij soms voorkeurskeuze of kondities werden aangegeven.

Groep 1. Verkoudheden bij kinderen

Groep 2. Oorpijn bij kinderen (hiervan zegt het merendeel van de deelnemers dat deze punten een duidelijk en bruikbaar richtsnoer vormen voor de praktijk. Wel vinden ze deze punten specifiek voor hun groep, niet algemeen geldend.)

Groep 4. Medicamenteuse therapie bij rugklachten.

Het voorbeeld van groep 4 wordt hieronder weergegeven:

Medicamenteuse therapie rugklachten

a. Acute lumbago: pijnstilling + spierontspanning

1. ascalpoeders 600 mg à 6 dd I
2. paracetamol 500 mg 4 dd I (bij maagklachten)
3. ascalpoeders 600 mg +

diazepam 2 mg 5 dd I

- eventueel toevoegen smeermiddel CCC of methylsalicyl of cajeputie (psychologisch effect)
- warmte in alle vormen (rode lamp, heet bad, douche, vette watten, heet water kruiken, elektrische dekens etc.)

b. Indien klachten met deze middelen en de oefenschema's niet binnen 7-10 dagen verdwijnen, dan verder kijken. Blijven we bij diagnose en willen we medicamenteus verder:

- naprosyne 2 dd I-II
- voltaren 3 dd 40 mg of
voltaren retard (= 100 mg max.
dosis is 150mg/dag)
- brufen 3 dd 400 mg
- indocid (veel bijwerkingen)

N.B. De beperking tot 3 of 4 middelen is aangebracht op rationele gronden (de oudere middelen fenylbutazon, oxyfenbutazon of zelfs novalgin hebben nogal wat bijwerkingen)

Tolectin lijkt niet zinvol, Feldene is nog te nieuw om een uitspraak over te doen.

Na het opstellen van een lijst met aandachtspunten kan men nog een stapje verder gaan. Men kan hierbij voorwaarden en kondities aangeven.

Dit kan mondeling gebeuren, zie voorbeeld groep 7, onderzoek bij hoofdpijn, of deze kondities worden ook gedeeltelijk schriftelijk vastgelegd, zie voorbeeld groep 2, onderzoek rugklachten.

Veel opgestelde normen hebben betrekking op onderzoek door de huisarts:

Groep 10 en 1 - onderzoek bij duizeligheid

Groep 3, 7 en 1 - onderzoek bij hoofdpijn

Groep 2, 4 en 6 - onderzoek bij rugklachten

Voorbeeld Groep 7 - Onderzoek Hoofdpijn:

Mondeling werd benadrukt dat een dergelijk onderzoek pas kon plaatsvinden na een goede anamnese of als de hulpvraag van de patiënt duidelijk was geworden.

Algemeen Onderzoek Hoofdpijn

RR, HB, BSE (daarover geen communis opinio), algemeen intern onderzoek, algemeen neurologisch onderzoek, visus, fundoscopie, bij twijfel x-foto.

Gewenst onderzoek bij verschillende vormen van hoofdpijn

- Clusterheadache : Anamnese, tanden
- Spanning hp : Anamnese en bij angsten: RR, HB, BSE, Visus
- Cervicale hp : RR, mobiliteit, palpatie, spierweerstandtest, reflexen armen, sensibiliteit armen (vooral bij paraesthesieën)
- Oculaire hp : RR, visus, fundoscopie, oogboldruk (boven 40 jaar), pupilreactie
- Vasculaire hp : RR, familieanamnese, neurol, onderzoek, oogboldruk, medicijngebruik

Verslag Groep 2 - Onderzoek Rugklachten

Conclusie 1. Minderheid doet geen onderzoek bij 'onverdachte' eerste consulten.

Meerderheid doet altijd iets b.v. laten bukken, (argument: om de verwachting van de patiënt tegemoet te komen)

Conclusie 2. Als er onderzoek wordt gepleegd, is dit sterk anamnese afhankelijk.

A. eerste contact: eenvoudige myalgie anamnese
laten bukken

palpatie pijnlijke plek

B. vervolg contact: geen anamnese H.N.P.klachten
alleen lage rugklachten.

'orthopedisch onderzoek'

insp. rust:

kyphose/scoliose norm.

scoliose "luchtfiguur"

bekkenscheefstand

platvoeten

insp. beweging:

flexie/extensie

lateroflexie

torsie

palp.: hypertone spieren

C. lage rugklachten met uitstraling naar benen

neurologisch onderzoek:

Laseque

KPR/APR

(voetzoolreflex)

(sensibiliteit)

D. bij andere klachten uitbreiding onderzoek:

heupen/knieën

prostaat

V.T.

kloppijn nierloges

Lab.: op indicatie zelden BSE

rheumareacties

urineinfectie sediment

uricult

Röntgen: Lumbale w.k.

(op indicatie eventueel bekken/heupen/knieën)

meestal defensief: om geen zeldzame dingen te

missen/vraag van de patiënt/of voor verwijzing

naar fysiotherapeut.

Na de lijst met aandachtspunten is een volgende stap normen in de vorm van een beslisboom vastgelegd, bij elk beslispunt keuzes zonder dat de juiste weg wordt aangegeven.

Zo bijvoorbeeld:

Groep 8 - enkelband laesies

Groep 2 - mammatumoren

Groep 6 - Hoestend kind

Dit laatste voorbeeld wordt weergegeven:

Hoestende patiënt jonger dan 14 jaar

Anamnese: 1. Duur van de klachten
2. Localisatie: boven (sinus, pharynx)
 onder (longen)
3. Oorzaak: - viraal
 - bacterieel
 - hyperreactiviteit/allergie

Onderzoek 1. KNO: eerst oren, dan neus, sinus, keel
2. Longen: rhonchi, demping, verlengd expirium

Therapie: Boven: viraal, neusdruppels
 bacterieel, neusdruppels met antibiotica
 hyperreact., theolair 125 mg, ventolin sir
 antalby, baralgin,
 prednison 3 dd ½-1 tab, dan
 afbouwen.

De normen die opgesteld zijn over de onderwerpen diabetes mellitus, fluor vaginalis en urineweginfecties gaan het meest in de richting van een protocol. Bij een protocol wordt in tegenstelling tot een beslisboom bij elk knooppunt de meest gewenste keus aangegeven.

Van twee onderwerpen, fluor vaginalis en diabetes mellitus volgen een voorbeeld:

In vijf groepen (groepen 1, 11, 4, 5 en 8) heeft dit onderwerp (fluor vaginalis) geleid tot aanbevelingen voor de diagnostiek en de meest gewenste therapie daarbij. Opvallend is dat in alle groepen deze afspraken bruikbaar tot zeer bruikbaar voor de praktijk worden beschouwd.

Voorbeeld groep 1 - Therapie bij fluor vaginalis

Gezamenlijk zijn we tot de volgende aanbevelingen gekomen:

Er dient bij deze klacht altijd een direct preparaat te worden gemaakt. Tenzij er na anamnese en lichamelijk onderzoek verdenking bestaat op een gonorrhoe of het klinisch beeld evident is voor een candida-infectie. Indien een gonorrhoe niet is uitgesloten, dient er een gerichte kweek of een verwijzing plaats te vinden.

Bij duidelijke infectie is de therapie als volgt:

bij trichomonas: Fasigyn 4 tabletten, die als eenmalige dosis worden ingenomen. Of Flagyl, tien dagen lang twee maal daags 1 tablet. De partner wordt in beide gevallen meebehandeld.

Bij candida-infectie: Canesten vag. tabletten drie dagen 's avonds voor het slapen 2 tabletten inbrengen. Of Nystatine vag. tabletten, aanvankelijk drie dagen 's morgens en 's avonds 1 tablet inbrengen, daarna gedurende 1-2 weken 1 à 2 maal daags 1 tablet.

Indien het directe preparaat of de kweek negatief is:

1. Voorlichting over de fysiologie van de vagina en hoe de mate van afscheiding door allerlei lichamelijke en emotionele factoren kan worden beïnvloed.
2. 's Avonds een in bio-garde yoghurt gedoopte tampon in de vagina brengen en 's ochtends verwijderen. Gedurende 30 dagen of korter.

N.B. Trichomonas zou niet alleen sexueel overdraagbaar zijn, zwembaden en sauna! In de literatuur als darmcommensaal genoemd. Behandeling met bio-garde yoghurt blijkt verschillend 'gedoseerd' te worden.
2 x per week, gedurende 3 weken en drie uur laten zitten,
3 x per cyclus
30 dagen continu

Het onderwerp diabetes mellitus heeft in vier groepen (groep 1, 2, 4 en 6) tot uitgebreide richtlijnen geleid. Het meest uitgewerkte protocol heeft groep 6 opgesteld, helaas te omvangrijk om hier af te drukken. Veel groepen hebben bij dit onderwerp bestaande schema's gebruikt en naar hun inzichten voor de praktijk aangepast. Deze normen worden door 87% van de betrokkenen (N=24) als zeer duidelijk en bruikbaar beschouwd.

Voorbeeld groep 4

Controle en begeleiding van diabetes mellitus

- a. Bij vermoeden op diabetes:
GTT: 1½ uur na inname van 100 gram dextropur (voor f 1,50 bij drogist) bloedsuiker bepalen.
- b. Controle van de niet-insuline afhankelijke diabeet door de huisarts. Strikte bovengrens niet aan te geven, afhankelijk van leeftijd, klinische toestand en reactie op therapie.
 - Deze contrôle in principe om de drie maanden (bij ingestelde diabetespatiënt)
 - Drie dagen voor de controle afspraak bloedsuiker laten bepalen (1½ uur na het ontbijt). Briefje voor het lab telkens meegeven voor de volgende contrôle.
 - Urine bekijken op aceton (evt. albumen en glucose)
 - RR meten.
 - Gewicht bepalen en dieet bespreken. Dieet instellen via diëtiste, daarna zelf hierop contrôle houden.
 - Waarschuwen tegen uitbundig pedicuren.
 - Visusklachten navragen.
 - Eenmaal per twee jaar uitgebreid laboratoriumonderzoek (nierfunctie etc)

4.2.3. Voorbeelden normen, werkwijze III

Het opstellen van normen bij werkwijze III bleek een langzaam, stapsgewijs proces te zijn. Zie ook paragraaf 3.3.6.

Om dit te illustreren volgt hieronder een voorbeeld van enkele stappen in dit proces van groep 3.

In eerste instantie formuleerde men gezamenlijk een aantal vragen die men belangrijk vond bij het gekozen onderwerp: vage borstklachten.

Deze vragen omvatten een breed terrein van zowel somatische als psycho-sociale aspecten. Er werd besloten om de somatische vragen op een aparte bijeenkomst verder uit te werken.

De belangrijkste vragen over de andere aspecten hadden betrekking op, methodisch werken, arts-patiënt relatie, het geven van uitleg en informatie, omstandigheden en karakter van de arts.

Deze werden in de observatielijst opgenomen, zie eerste kolom pag. 165.

Hoewel deze punten werden opgesteld bij het gekozen onderwerp borstklachten bleek dat ze hiervoor niet zeer specifiek zijn: ze werden ook gebruikt bij de bespreking van bandjes met andere onderwerpen.

Bij de volgende stap in het proces van normontwikkeling werd bij elk observatiepunt steeds nagegaan of het effect op de hulpverlening positief of negatief was.

Bij overeenstemming werden de vragen uitgewerkt tot 'normerende' uitspraken. Zie tweede kolom. Tevens werden nieuwe vragen toegevoegd of minder relevante vragen weggelaten.

Bij volgende rondes waarbij deze lijst werd gehanteerd, werd steeds getracht aan te geven hoe deze 'normerende' uitspraken in de observaties kunnen worden getoetst.

Daartoe werden per item 'toetsende' vragen opgesteld. Deze werden relevant geacht om condities aan te geven die een goede hulpverlening mogelijk te maken. Zie derde kolom.

Zo kunnen nog verdere stappen worden gezet, door steeds het doel, nl goede hulpverlening na te streven en kondities verder expliciet te maken.

De vragen over somatische aspecten, anamnese en onderzoek bij vage borstklachten werden ook uitgewerkt (zie voorbeeld). Andere aspecten waren nog in discussie. Deze hadden betrekking op leefregels, uitleg geven en registratie van gegevens en verwijzen bij borstklachten.

Op deze manier konden bij de tweede registratie beide lijsten worden gehanteerd. De helft van de deelnemers uit deze groep beoordeelde de somatische aspecten van het handelen, de andere helft lette vooral op de psycho-sociale aspecten.

Voorbeeld groep 3

Observatielijst	'Normerende' uitspraken	'toetsende' vragen
Is de reden van de komst van de patiënt duidelijk voor de huisarts?	Het is belangrijk dat de reden van de komst van de patiënt duidelijk is voor de h.a. en de patiënt.	Waaruit blijkt dit? Op welke wijze doet de huisarts?
Heeft de huisarts pre-occupaties?	De huisarts dient zich te realiseren op welke wijze pre-occupaties een rol spelen in de hulpverlening.	Waar is dit in het consult herkenbaar? (tijdstip-tijdsduur-plaats-rust)
Wordt de huisarts geleid door vooroordelen?	Het is belangrijk dat de h.a. zich realiseert op welke wijze voorkennis een rol kan spelen in het contact met de patiënt	Op welke positieve of negatieve wijze blijkt dit in het consult?
Op welke wijze spelen gevoelens van de h.a. mee zoals: - irritatie - verantwoordelijkheid - eigen ervaring - zekerheid - machteloosheid - sympathie - faalangst - motivatie	Het is belangrijk dat de h.a. zich bewust is van gevoelens van: - irritatie - zekerheid - machteloosheid - sympathie - faalangst	Op welke manier draagt de huisarts dit over? Hoe werkt het in dit consult?
Op welke wijze spelen omstandigheden mee voor de huisarts, zoals: - tijdstip consult - tijdsduur - plaats - rust - persoon van de patiënt	De h.a. dient zich te realiseren dat - zijn motivatie - zijn eigen ervaringen - zijn verantwoordelijkheidsgevoel een belangrijke rol spelen in het hulpverleningsproces.	Op welke wijze zijn deze punten herkenbaar in de hulpverlening en wat is hun invloed daarop (in positieve en negatieve zin)
Op welke wijze beïnvloedt de huisarts het klimaat van het consult?	De h.a. dient zich te realiseren dat het klimaat van het consult van invloed is op zijn wijze van hulpverlening	Op welke wijze beïnvloedt de h.a. de sfeer (pos. en neg.) Hoe was de sfeer? Op welk niveau communicatie?
Komt de huisarts tegemoet aan de verlangens van de patiënt?	De h.a. dient oor te hebben voor uitgesproken wensen van de kant van de hulpvrager.	Wat zijn deze wensen? Komt de h.a. daaraan tegemoet? Wat is het effect daarvan op de hulpverlening?

Somatische aspecten bij vage borstklachten

Opgestelde normen standaard onderzoek en anamnese bij vage borstklachten. Vijf groepen te onderscheiden naar uiteindelijke diagnose.

1. Hartvaat : Infarct-pericarditis-aneurysma-ritmestoornissen
2. Tendo myogeen : Kneuzingen-Bornholm-intercostaal myalgie-Tietze
3. Pulmonaal : Pneumonie-embolie-longcarcinoom-longinfarct-metastasen
4. Abdominaal : Hiatus-hernia-diafragmatica-galblaas-maag
5. Psychogeen : Hyperventileren

Anamnese speciaal per groep.

1. Hartvaat : Wanneer pijn, aard van de pijn, waar, uitstraling, gaat het over, pijn beïnvloedbaar, hartkloppingen, overslaan, oedemen benen, nycturie, nachtelijk-hoesten, eerder zelfde klachten, medicatie, intoxicatie, angst, bijkomende ziekten
2. Tendo myogeen : vallen-stoten-forceren-beroep, wanneer op te wekken
3. Pulmonaal : benauwd, hoesten, opgeven aard sputum, wanneer pijn waar en hoe lang moeheid, gewicht pijn andere plaatsen lijf, verkoudheden afgelopen weken, roken, medicatie.
4. Abdominaal : Wanneer klachten-relatie voedsel-inspanning werk- zuur-ructus-hartwater-beïnvloedbaar
5. Specieel : Niet nader uitgewerkt.

Normen onderzoek per groep

1. Hartvaat : Bloeddruk-pols-hart luisteren-longen luisteren-longgrenzen bepalen-nagaan leverstuwings-oedemen benen-ECG-transaminase-Hb-BSE-CPK-temperatuur-circulatie-tijd- Mg S O4
2. Tendo myogeen : Inspectie in rust en beweging-auscultatie-percussie-palpatie borsten-x-thorax
3. Pulmonaal : Auscultatie-percussie-palpatie LK- x-thorax-temperatuur-Hb-BSE-leucodiff-laten hoesten
4. Abdominaal : palpatie-percussie-x-oesophagus-x-maag-x-galblaas
5. Psychogeen : Provocatie test
Algemeen onderzoek niet vergeten

5. EINDKONKLUSIES EN OVERWEGINGEN

5.1. Inleiding

In de inleiding zijn de evaluatievragen en criteria genoemd. In de voorafgaande delen is getracht op al die vragen een gedetailleerd antwoord te geven. In dit deel wordt een samenvattend overzicht gegeven.

Alle vragen komen nogmaals aan bod, zij het voor de overzichtelijkheid en leesbaarheid niet precies een antwoord per vraag. Nog niet beantwoord worden de vragen over samenwerking met andere organisaties. Ook de aanbevelingen voor de verdere landelijke ontwikkeling van toetsing worden in dit verslag niet geformuleerd. Deze zullen in de gezamenlijke konklusies van het NUHI en het NHI worden aangegeven.

5.2. Deelname en waardering

Na een aarzelende start was er grote belangstelling voor deelname aan toetsingsgroepen. Zodanig dat door het splitsen van de begeleiding een dubbel aantal groepen (12 i.p.v. 6) begeleid werd en nog 10 groepen op een wachtlijst moesten worden geplaatst. Er was weinig belangstelling voor individuele deelname. Er meldden zich reeds bestaande groepen (samenwerkingsgroepen, waarneemgroepen en na-scholingsgroepen) of groepen die op eigen initiatief in een plaats of regio waren gevormd, ten behoeve van toetsing.

Inzet en enthousiasme waren over het algemeen hoog, daarvoor was het wel belangrijk dat het toetsingsprogramma aansloot bij de eigen opvattingen en verwachtingen van de deelnemers.

Het voortijdig beëindigen van deelname door twee groepen was o.i. in belangrijke mate te wijten aan het ontbreken van die aansluiting. De groepen die gestopt zijn zijn ook de twee groepen die het eerst van start zijn gegaan. Er was bij de begeleiders toen nog onvoldoende inzicht over uiteenlopende wensen en verwachtingen van deelnemers. Hierop kon nog onvoldoende worden ingespeeld.

Het aanbieden van verschillende werkwijzen bleek in zoverre effectief dat werkwijze I en III goede alternatieven waren, maar dat werkwijze II, als zelfstandige werkwijze niet aantrekkelijk was. Er is een duidelijk beeld over de voor- en nadelen van beide werkwijzen verkregen.

Werkwijze I is een goede methode voor groepen die aarzelend staan tegenover toetsing en het accent willen leggen op het leren kennen van elkaars werkwijzen. Het is ook een goede methode om in betrekkelijk korte tijd te komen tot het formuleren van gezamenlijke opvattingen over een te voeren beleid. Werkwijze I biedt de meeste aanknopingspunten voor concrete veranderingen in eigen gedragswijze van de deelnemende artsen.

Het is gebleken dat werkwijze III beter aansluit bij de werkwijze van huisartsen, doordat de presentatie levendiger en waarheidsgetrouwer was, niet alleen vragen over "wat doe je" maar ook over "hoe doe je" kwamen naar voren.

Daardoor bood werkwijze III betere mogelijkheden om eigen gedragswijzen te leren kennen en uit te diepen en kwam de onderlinge beoordeling beter uit de verf dan bij werkwijze I.

Overigens is het vastleggen van gezamenlijke opvattingen bij werkwijze III een moeizamer en langduriger proces. Afwisselend bezig zijn met beide werkwijzen, in tempo aangepast aan de doelen en verwachtingen per groep, zal op den duur de meest complete vorm van toetsing binnen de gekozen methode (d.w.z. waarbij men zelf normen vaststelt) kunnen bieden.

5.3. In hoeverre wordt toetsing als bedreiging ervaren?

Vaak is in de literatuur verondersteld dat bedreiging een belemmerende factor zou zijn. Onze ervaring is dat eventueel weerstand niet opweegt tegen het enthousiasme om met toetsing bezig te zijn.

De deelnemers aan de toetsingsgroepen namen op vrijwillige basis deel aan dit project. Het is daarom niet mogelijk iets te zeggen

over het bedreigende element van toetsing in het algemeen. Bij de deelnemers bleek wel dat men opzag tegen het krijgen van kritiek of het moeten veranderen van de eigen aanpak. Dit werd echter als behorend bij toetsing geaccepteerd. De meeste moeite had men met het beoordelen van andermans gedragswijzen. De meeste weerstand en verzet zijn gericht op de vrees en soms verwachting dat onderling overeengekomen normen in de toekomst gebruikt zullen worden als regels en voorschriften. Men is bang voor een te grote standaardisering, maar ook het dwingend opleggen van protocollen door overheid of ziekenfondsen. Werken volgens protocollen als dwingend voorschrift wordt als tegenstrijdig met eerstelijns geneeskunde ervaren.

5.4. In welke mate is begeleiding nodig.

In deze fase bleek begeleiding een noodzakelijke factor te zijn voor het slagen van toetsingsbijeenkomsten. Het was belangrijk verschillen in verwachtingen en keuzemogelijkheden te verduidelijken. Ook gespreksbewaking en het stimuleren van onderlinge beoordeling als leerproces waren bij de begeleiding onmisbare activiteiten. Het zoeken naar geschikte programma's en methodieken bij toetsing stond in deze experimentele fase centraal, daarom werd in deze fase aan groepen volledige begeleiding gegeven. In de implementatiefase wordt beperkte begeleiding gegeven. Dan zal ervaring worden opgedaan met overdracht van de begeleiding.

5.5. In hoeverre gaan groepen zelfstandig door met onderlinge toetsing

De zes groepen waarbij de begeleiding werd afgerond gaan allen door met onderlinge toetsing. De voorafgaande bijeenkomsten hadden voldoende inzicht gegeven in de toetsingsmethode en genoeg enthousiasme gewekt om daartoe te besluiten. De groepen achtten zich over het algemeen genomen redelijk in staat zelfstandig door te gaan. De toezegging dat men waar nodig is, een beroep kan doen op de begeleiders van het NHI voor advisering en incidentele ondersteuning was daarbij wel een voorwaarde.

De begeleiding werd afgesloten als de belangrijkste stappen in het toetsingsproces naar tevredenheid konden worden afgerond. Bij werkwijze I was dat na de tweede registratie, bij werkwijze III na de eerste registratieronde.

Bij de vier niet afgesloten groepen was een dergelijk punt nog niet bereikt, omdat zij ofwel een te gering aantal bijeenkomsten hadden gevolgd, danwel dat door problemen in het verloop, meer tijd nodig was. Ook bij deze groepen zal de begeleiding spoedig worden afgesloten, wellicht worden omgezet in gedeeltelijke begeleiding.

De groepen die zelfstandig doorgaan hebben met behulp van de begeleiding plannen gemaakt over hun verdere werkwijzen. Drie groepen gaan door volgens werkwijze I, waarbij men met verschillende toetsingsmethoden zal experimenteren. De drie andere groepen vervolgen hun activiteiten volgens werkwijze III en zullen veelal dezelfde procedures volgen.

Er is nog geen ervaring over het verloop van die eigen activiteiten.

5.6. De belangrijkste bevindingen t.a.v. de methodiek

De bij de start opgestelde methoden waren gebaseerd op Amerikaanse en Engelse literatuur (zie literatuurlijst tussentijds verslag)- In de praktijk bleek een en ander zich op onverwachte wijze te ontwikkelen. We hebben daardoor vele nieuwe ervaringen t.a.v. toetsingsmethodieken opgedaan.

Belangrijke bevindingen zijn:

- Bij deelnemers aan toetsing leven uiteenlopende verwachtingen t.a.v. toetsing en er wordt verschillend gedacht over wat de essentie van toetsing is. Bij de gevolgde methode moeten groepen zelf normen formuleren. De consequentie van die methode is dat groepen ook eigen keuzen moeten maken en verschillende accenten kunnen leggen op verschillende onderdelen van toetsing. Er is tijd nodig om deze opvattingen bewust te worden en tot een

gezamenlijk groepsdoel te komen.

- De functie van de registratie bleek anders uit te pakken dan was voorzien. Registratie was in eerste opzet bedoeld om een, zoveel mogelijk waarheidsgetrouwe, weergave te bieden van ieders gedragswijzen. Met name bij werkwijze I kreeg de registratie als belangrijkste doel voorbeelden aan te dragen op basis waarvan vergelijken en uitdiepen van opvattingen plaats kon vinden.
- Er is een beter inzicht verkregen in de stappen die genomen moeten worden in het toetsingsproces
Deze stappen zijn:
 - . uitwisselen en vergelijken
 - . expliciteren van waarden en opvattingen
 - . onderbouwen van waarden en opvattingen (literatuurstudie, consultatie e.d.)
 - . waarden en opvattingen vastleggen in gezamenlijke normen
 - . verantwoorden aan de hand van de normen.
- Normen is een breed en onduidelijk begrip, waar ieder verschillende functies aan toekent. Er is meer duidelijkheid verkregen over die verschillende opvattingen. De mogelijkheden voor het zelf formuleren van normen en toepassing bij toetsing zijn inzichtelijker geworden. De belangrijkste verduidelijking is dat niet langer wordt gesproken over "handelen volgens de norm", maar "verantwoorden aan de hand van de norm". Het geeft aan dat normen niet gezien worden als voorschriften, maar als referentiepunt voor de discussie over wat goed handelen is.
- De opbouw van de oorspronkelijke methode: vastleggen hoe ieder handelt, normen opstellen en dan nagaan of in het handelen veranderingen zijn opgetreden, bleek een te theoretische concept. Er was verondersteld dat iedere fase eerst volledig afgerond zou moeten worden alvorens naar een volgende fase werd overgestapt. Het proces van opvattingen vastleggen in gezamenlijke normen en waarnodig veranderen op grond van nieuwe inzichten, is veeleer een spiraalsgewijs verlopend proces.

In een eerste registratieronde worden doelstellingen en vragen duidelijk, afspraken over een te voeren beleid zijn nog globaal. Bij een tweede ronde komen nieuwe vragen en ervaringen naar boven, omdat men intensiever met het onderwerp is bezig geweest. Gezamenlijke opvattingen worden dan verder uitgediept en genuanceerd. Bij volgende ronden vindt steeds verdere uitdieping of verbreding plaats. Veranderen van gedrag gebeurt in kleine stappen gedurende het hele proces.

- Nascholing

Het concept over het veronderstelde cyclische karakter van een proces van toetsing, waarbij tekortkomingen in het werk van de huisarts worden vastgesteld en waarna en op grond daarvan nascholing kan worden georganiseerd, moet genuanceerd worden. Alhoewel deze gedachte zeker niet geheel onjuist is, komt de nadruk veel meer te liggen op het educatieve karakter van het toetsingsproces zelf. De gedachte om een scheiding aan te brengen tussen toetsing en nascholing is gebaseerd op een te theoretisch concept: toetsing en nascholing. Toetsing en nascholing zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

5.7. Aanpassing van de methode, het opstellen van een werkboek

Voor de experimentele fase was een draaiboek beschikbaar voor de begeleiders. Op grond van de opgedane ervaringen zal dit draaiboek verder aangepast en uitgewerkt worden t.b.v. een zelfstandig gebruik door de deelnemers.

In hoofdstuk 2.2. is een beschrijving gegeven van de werkwijzen voor de experimentele fase. Deze werkwijzen zijn, voor de implementatie fase op de volgende onderdelen aangepast:

- Er blijft een keuzemogelijkheid in het programma voor groepen, die nu echter beperkt zal worden tot twee keuzen. Werkwijze I (accent op somatische aspecten en schriftelijke registratie) heet vanaf nu werkwijze A. Werkwijze III (geïntegreerd somatisch en psycho-sociaal handelen, registratie op audiobanden) zal in het vervolg werkwijze B worden genoemd. Het programma wordt zo opgebouwd dat bloksgewijs, wisseling tussen werkwijze A en werkwijze B mogelijk is.

- In de eerste fase zal het accent meer worden gelegd op kennis-making met de methode en een training in adequate procedures. Na die eerste ronde vindt verder uitdiepen van doelstelling en verwachtingen plaats en worden groepsdoelen nader geformuleerd.
- Er zal meer -stap voor stap- informatie worden ingebracht over toetsing en de functie van normen. Ook zullen duidelijker de procedures aangegeven worden voor de stappen bij norm-ontwikkeling.
- De registratieformulieren voor werkwijze A zijn vereenvoudigd. Een groep kan bij aanvang kiezen uit twee uitwisselingsprocedures, aangepast aan de doelen van de groep.
- De onderwerpkeuze wordt minder vrij gelaten, met name in de beginfase. Bij werkwijze A wordt in de beginfase de onderwerpkeuze beperkt tot duidelijk afgegrensde onderwerpen. Bij werkwijze B wordt eerst een open uitwisselingsronde gehouden, daarna wordt een nadere vraagstelling en onderwerpkeuze gemaakt.
De voorbeeld observatielijsten voor werkwijze B zullen worden beperkt tot één lijst van mogelijke aandachtspunten.
- Na de eerste introductieronden wordt verder gewerkt in een cyclisch model van blokken van 4 tot 8 bijeenkomsten. Per blok worden doelen en vraagstellingen nader uitgewerkt. De begeleiding zal geconcentreerd worden op de eerste introductieronde en op de evaluaties van een afgesloten blok en de overstap naar een volgend blok. De opbouw is weergegeven in het volgende schema:

Nog nadere uitwerking is nodig voor:

- registratie en uitwisselingsprocedures t.b.v. groepen met werkwijze A, die meer accent willen leggen op individuele beoordeling en ook de bredere en moeilijke onderwerpen willen toetsen.
- de procedure voor normontwikkeling bij werkwijze B.
- de vraag of een concreter aanbod nodig is om op de leerbehoeften bij werkwijze B in te gaan.

5.8. Discussiepunten

- De belangstelling voor deelname aan het toetsingsproject is groot. In de experimentele fase hebben we dit opgevangen door meer groepen te begeleiden dan in het projectvoorstel was gepland. Een vraag van ons aan de begeleidingscommissie is, hoe er nu gehandeld moet worden in de implementatiefase als zich wederom meer groepen aanmelden dan begeleid kunnen worden.
- In het voorafgaande verslag is enkele malen de vraag naar voren gekomen waar nu de essentie van toetsing in is gelegen, waardoor toetsing zich nu werkelijk onderscheidt van andere vormen van overleg en uitwisseling. Tevens werd gevraagd of er een strikt onderscheid tussen deze vormen gemaakt moest worden. In dit verslag zijn de opvattingen van de deelnemers over toetsing gebleken en de keuzen die wij als begeleiders daarbij hebben gemaakt. De beschreven aanpassingen t.a.v. het projectvoorstel zijn de uitwerking geweest van onze veranderde opvattingen.
We vinden het een belangrijke vraag aan de leden van de begeleidingscommissie hoe zij denken over wat de essentie van toetsing is en wat de functie van normen daarbij moet zijn.
- Aansluitend is een volgende vraag van belang wat het voornaamste doel van een dergelijk project moet zijn. Gaat het in eerste instantie om toetsing en dus een zo zuiver mogelijk invoeren van die activiteit of is het belangrijker dat enthousiasme wordt gewekt voor het onderling kritisch bespreken van elkaars werkwijze?

Tussen projectuitvoering en projectvoorstel liggen een aantal verschillen. Het illustreert o.i. dat het met projectvoorstellen gaat zoals met normen.

Het belangrijkste doel is niet dat men zich precies aan de voorschriften houdt, wel dat men afwijkingen kan verantwoorden.

Wij hopen in de verantwoording te zijn geslaagd.

B I J L A G E I

=====

B E S C H R I J V I N G P E R G R O E P

=====

No. groep: 1

aantal deelnemers: 7

aantal bijeenkomsten: 14

frequentie: 2 x per maand

aanwezigheidspercentage: 86%

werkwijze I, begeleiding afgerond

soort groep: groep speciaal samengesteld voor toetsing, uit huisartsen die allen deelnemen aan een samenwerkingsproject.

In deze groep werd door alle deelnemers "nascholingsaspecten" genoemd als één van de motieven om deel te nemen aan deze bijeenkomsten. Zo werd o.a. genoemd: - via deze bijeenkomsten veel leren van collega's - nieuwsgierig hoe anderen werken, hoe zij met bepaalde problemen omgaan - leren om zaken systematischer aan te pakken. Verder werd de steun van een groep belangrijk gevonden bij het kritisch naar eigen handelen kijken en een aantal ingeslepen gewoonten bewust te maken. Tijdens de veertien bijeenkomsten zijn acht onderwerpen besproken in de eerste registratieperiode, van drie onderwerpen is ook een tweede registratie gehouden. Het accent lag op het uitwisselen van ervaringen, veel onzekerheden kwamen naar voren. Veel vragen werden aan elkaar gesteld; vooral "kennisvragen". Naar aanleiding van de discussies was er behoefte aan het raadplegen van literatuur of het consulteren van specialisten. Van beide mogelijkheden is regelmatig gebruik gemaakt. Bij alle onderwerpen zijn normen opgesteld, dan wel een aanzet hiertoe gegeven. De normen van vijf onderwerpen vindt men over het algemeen bruikbaar en duidelijk richtsnoer voor de praktijkvoering. Dat slechts in beperkte mate een tweede registratie heeft plaatsgevonden, vindt zijn oorzaak in het feit dat de tijd tussen de eerste en tweede registratie kort was. Te kort om veel ervaring op te doen met de gemaakte afspraken om weer terug te komen op discussiepunten. Bovendien viel deze periode al gedeeltelijk in de vakantietijd. Waar de 2e registratie wel heeft plaatsgevonden vond men de bijeenkomsten zinnig. De motivatie om allerlei zaken op te zoeken werd versterkt. Er werden aanvullingen op de normen gemaakt en soms werden ze veranderd als bleek dat er geen goede afspraken waren gemaakt. De resultaten zijn overeenkomstig de verwachtingen geweest, allen vinden dat ze steun hebben gekregen bij eigen vragen. Ook voelden men zich gesteund door de groep door herkenning van problemen. Wel wordt opgemerkt dat de werkwijze in deze vorm te beperkt is.

No. groep: 1

vervolg

Allen vinden hun gedrag onder invloed van de toetsingsbijeenkomsten in bepaalde opzichten gewijzigd; men noemt dan zaken als betere anamnese en onderzoek, andere therapie mogelijkheden of andere veranderingen op somatisch terrein.

De bijeenkomsten worden voortgezet na stoppen van de NHI begeleiding; men wil dan ook andere aspecten van het huisartsen handelen bij de toetsing betrekken en ervaring opdoen met registratie op audiobandjes.

No. groep: 2

aantal deelnemers: 8

aantal bijeenkomsten: 14

frequentie: 1 x per 3 weken

aanwezigheidspercentage: 82%

werkwijze I, begeleiding afgerond

soort groep: twee waarneemgroepen, aangevuld met een huisarts die zich individueel had aangemeld.

De groep zag toetsing als een middel om de samenwerking in de eigen waarneemgroep en in de regio te intensiveren. Als belangrijkste doelen werden genoemd: - elkaars werkwijzen leren kennen en het opstellen van, voor de groep geldende, beleidslijnen. Daarnaast vond men het ook belangrijk inzicht te krijgen in de kwaliteit van het eigen werk.

Er werden 5 onderwerpen volgens werkwijze I besproken. T.a.v. vier onderwerpen kwam men tot het vastleggen van gezamenlijke opvattingen over het te volgen beleid. Men vond de aldus geformuleerde normen over het algemeen duidelijk en bruikbaar. Na afsluiting van de eerste registratieronde was men toch niet erg voldaan over het resultaat. De opvattingen over toetsing bleken verder uiteen te liggen dan aanvankelijk gezien was. Sommige deelnemers wilden tijdens de bijeenkomsten het zwaarste accent leggen op het uitdiepen van vragen en/of formuleren van opvattingen. Beoordelen zou daarna vooral door zelftoetsing kunnen plaatsvinden. Anderen vonden dat juist het elkaar beoordelen meer accent zou moeten krijgen.

Besloten werd de tweede registratie te besteden aan het proberen van verschillende toetsingsmethoden. Zo werd geëxperimenteerd met video opnamen, onderlinge praktijkobservaties en het gebruik van een checklist.

Bij afsluiting van deze ronde vonden 4 deelnemers dat de bijeenkomsten aan de verwachtingen beantwoord hadden, 3 anderen vonden ze minder dan ze verwacht hadden en een deelnemer zat tussen beide antwoorden in. Men vond over het algemeen de gebruikte methode nog te beperkt om al van goede beoordeling te kunnen spreken. Veranderingen als gevolg van toetsing noemde men klein. De belangrijkste veranderingen waren dat men meer "protocollair" ging denken en bewuster op een aantal zaken ging letten. De groep zal zelfstandig doorgaan met toetsingsactiviteiten. Men vindt dat door de tot nu toe gehouden bijeenkomsten er een goed en open groepsklimaat was ontstaan en dat men een goed inzicht had gekregen in wensen en mogelijkheden t.a.v. toetsing.

No. groep: 2

vervolg

Men zet de toetsing voort in bijeenkomsten van drie uur, eenmaal per zes weken. Iedere avond zal door twee deelnemers voorbereid worden. Rond een gezamenlijk overeengekomen onderwerp zal een deelnemer eigen praktijkervaringen ter toetsing inbrengen, de ander bereidt zich door middel van literatuurstudie e.d. op het onderwerp voor.

Deze laatste deelnemer gaat ook zorgen voor gespreksleiding en bewaakt het tot stand komen van gezamenlijke normen.

Voor het inbrengen van praktijkmateriaal kan de deelnemer zelf kiezen uit de voor handen zijnde methoden.

No. groep: 3

aantal deelnemers: 7

aantal bijeenkomsten: 18

frequentie: 2 x per maand

aanwezigheidspercentage: 87%

werkwijze I: 4 bijeenkomsten; werkwijze III: 14 bijeenkomsten; begeleiding afgerond

soort groep: allen artsen van een gezondheidscentrum

Opvallend bij deze groep was, dat door alle deelnemers aspecten van de samenwerking werden genoemd als een van de motieven om deel te nemen, zoals:

- methode aanleren om meer zicht te krijgen op en eventueel verbeteren of intensiveren van de samenwerking - belangrijk om de afspraken die we gezamenlijk maken nu eens te vervolgen - leemtes opsporen in de samenwerking. Naast deze motieven die gericht waren op samenwerking werden nog verschillende andere genoemd, zoals: - onderdelen van je handelen kritisch bekijken; proberen hiervoor criteria op te stellen - leren van elkaar.

De eerste vier bijeenkomsten werd werkwijze I gevolgd, men vond deze wijze van werken geschikt als aanvang van de toetsing. Na vier keer werd overgestapt naar werkwijze III, daar men meer aspecten van het handelen wilde toetsen dan alleen het somatische. Bovendien vond men werken met audiobandjes geschikter voor het doel toetsen, dan de registratie op formulieren.

In deze eerste registratieronde werkwijze III werden een aantal keren de modelobservatielijsten gebruikt; al snel ontstond de behoefte aan een eigen lijst met observatiepunten. Deze lijst werd al werkende geleidelijk aangepast en veranderd in normen voor handelswijze. In deze groep hebben de normen ook duidelijk de functie van referentiepunten voor de discussie, ze vormen een kader om denken en handelen aan te kunnen verantwoorden.

Een bijeenkomst tussendoor werd besteed aan het uitwerken van vragen op somatisch gebied. De tweede registratie heeft slechts beperkt plaatsgevonden. De tijd tussen eerste ronden werkwijze III waarin iedereen met een aantal bandjes aan bod was gekomen, en de tweede ronde was te kort om zinvol te kunnen zijn. Wel werd een tweede registratie aan de hand van patientenkaarten gehouden voor de onderwerpen die bij werkwijze I gekozen waren. De resultaten en waardering voor het programma waren hoog; zes van de zeven deelnemers vonden dat op goede wijze een beoordeling van ieders handelen als huisarts heeft plaatsgevonden.

No. groep: 3

vervolg

De zevende huisarts vond het een redelijke beoordeling. Bovendien werd de verwachting beantwoord, dat toetsing de samenwerking gunstig zou beïnvloeden.

De deelnemers zijn het eens over de condities voor voortzetting van de bijeenkomsten onderlinge toetsing; er zijn afspraken gemaakt om in dezelfde samenstelling zelfstandig de bijeenkomsten voort te zetten.

No. groep: 4

aantal deelnemers: 9

aantal bijeenkomsten: 10

frequentie eerste registratieronde: 2 x per maand

tweede registratieronde: 1 x per maand

aanwezigheidspercentage: 85%

werkwijze I, begeleiding afgesloten

soort groep: groep waaraan alle plaatselijke huisartsen deelnemen; zij regelen onderling de waarneming, werken met anderen samen en doen gezamenlijke nascholing

Als belangrijkste doelen voor toetsing werden genoemd: bezinning op eigen handelwijzen en van anderen correcties krijgen op de eigen aanpak. Het gezamenlijk normen vaststellen vond men wel nuttig om de eigen aanpak te rationaliseren, echter niet het belangrijkste doel van toetsing. Bij aanvang stonden sommige deelnemers huiverig tegenover toetsing, men deed mee omdat de rest van de groep meedeed. Verbeteren van de groepssaamhorigheid speelde mee als doel. De eerste huiver was snel voorbij. In de groep is enthousiast gewerkt met werkwijze I en men was tevreden over de mogelijkheden die deze werkwijze bood. Het accent heeft gelegen op het expliciteren van eigen opvattingen en de gezamenlijke noemer daarin vinden. Er is veel werk gemaakt van het opzoeken van vragen in de literatuur en overleg met specialisten. Tussen eerste en tweede registratie werd een aparte nascholingsbijeenkomst georganiseerd, andere nascholingsactiviteiten werden door praktische omstandigheden tot na de tweede registratie uitgesteld. Bij de vier besproken onderwerpen werden gezamenlijke opvattingen vastgelegd. Drie onderwerpen waren reeds voldoende uitgewerkt om een tweede registratie te houden. Die tweede registratie had vooral het karakter van verder uitdiepen van ervaringen en vragen.

Men had in deze groep ook enkele concrete gezamenlijke richtlijnen vastgelegd. Deze werden serieus ter harte genomen. Voor 6 deelnemers zijn de bijeenkomsten verlopen zoals men verwacht had, 3 deelnemers vonden het verloop beter dan verwacht. Ook 6 deelnemers vonden dat er t.a.v. de besproken onderwerpen een goede beoordeling van ieders handelen heeft plaatsgevonden, de anderen vonden dat het accent nog te veel gelegen heeft op het opstellen van beleidslijnen maar dat beoordelen wel meer nabij is gekomen.

No. groep: 4 vervolg

Ook weer 6 deelnemers constateerden bij zichzelf gedragsveranderingen, de belangrijkste daarvan waren dat men zich hield aan de gemaakte afspraken. De groep zal zelf doorgaan met deze vorm van toetsing, afgewisseld met andere groepsactiviteiten.

No. groep: 5

aantal deelnemers: 12

aantal bijeenkomsten: 8

frequentie: 2 x per maand

aanwezigheidspercentage: 71%

werkwijze I, deelname aan het project voortijdig beëindigd

soort groep: bestaande nascholingsgroep.

Bij de start werden door de deelnemers verschillende motieven voor deelname aan toetsing aangegeven. Het nieuwe en uitdagende van toetsing was de gezamenlijke noemer, verder legde men verschillende accenten op wat men van toetsing verwachtte, zoals:

- eigen hiaten opsporen
- onderling informatie overdragen
- het vak helder krijgen en gerichte nascholing doen
- gemeenschappelijke afspraken maken en meer lijn brengen in ieders aanpak
- het wordt de hoogste tijd elkaars kwaliteit te bekijken en aangesproken te worden op een minimum pakket.

In deze groep is een eerste registratie gedaan van 6 onderwerpen. Na evaluatie van deze eerste fase is besloten met deze vorm van toetsing te stoppen. Het verloop tot dan toe was voor de meerderheid beneden de verwachtingen gebleven en de besprekingen van de onderwerpen hadden niet of slechts tot zeer minimale afspraken over gezamenlijke normen geleid.

Uit het gehouden evaluatiegesprek en uit de antwoorden op de schriftelijke vragenlijst bleek dat een aantal factoren van invloed zijn geweest op deze teleurstellende gang van zaken. Een duidelijke oorzaak was niet aan te geven, de factoren die een rol gespeeld hebben waren:

- de groep was de eerste groep (samen met de eveneens gestopte groep) die startte. In deze groep werden de eerste ervaringen met de werkwijze opgedaan, de eerste bijeenkomsten verliepen weinig efficiënt.
- de groep had om praktische redenen (de groeps grootte) gekozen voor werkwijze I terwijl een meerderheid meer belangstelling had voor werkwijze III. In discussie en vragen speelden die anders gerichte belangstelling regelmatig door. Door de gevolgde werkwijze konden dergelijke vragen onvoldoende uit de verf komen, terwijl men voor de somatische vragen en onderwerpen minder belangstelling had.

No. groep: 5 vervolg

- de organisatorische condities (samenkomst direct aansluitend aan een volledige dagtaak, om 18.00 uur, mengeling van sociaal contact en werk-contact) veroorzaakten een rommelig verloop en gebrekkige concentratie.
- in de groep werd heel verschillend gedacht over de functie van normen bij toetsing en de bruikbaarheid van protocollen. Dit is pas laat onderkend, ook in het evaluatiegesprek kon daarover geen overeenstemming worden verkregen. Deze tegenstellingen blokkeerden het tot stand komen van afspraken, waardoor slechts zeer minimale afspraken zijn gemaakt.

De in deze groep gemaakte afspraken boden onvoldoende basis voor een tweede registratie; doorgaan met deze groep zou alleen zinvol zijn als er een nieuwe eerste registratie zou komen.

In de tijd gezien en ook in verband met de andere factoren die een rol gespeeld hebben, was "opnieuw beginnen" niet haalbaar. Het besluit te stoppen is in goed overleg tussen begeleider en groep genomen.

De groep is zelfstandig doorgegaan met eigen nascholingsactiviteiten.

No. groep: 6

aantal deelnemers: 7

aantal bijeenkomsten: 15

frequentie: aanvankelijk 1 x per maand, later 2 x per maand

aanwezigheidspercentage: 94%

werkwijze I en III, begeleiding nog niet afgerond

soort groep: een waarneemgroep van 4, aangevuld met 3 andere huisartsen uit de regio.

Voor de deelnemers aan deze groep was het belangrijkste doel van toetsing dat men kritisch leerde kijken naar het eigen handelen: "Iemand wordt op den duur blind voor de eigen routines; als huisarts krijg je van anderen nauwelijks kritiek te horen, door uitwisselen en vergelijken met elkaar wordt eigen inzicht en kennis verhoogd". Er zijn 5 bijeenkomsten besteed aan werkwijze I; daarin werden 3 onderwerpen besproken. Alle onderwerpen werden afgesloten met het vastleggen van een aantal gezamenlijke opvattingen over het te voeren beleid. Bij een onderwerp, diabetes, gebeurde dit zelfs zeer uitvoerig; er werden 3 bijeenkomsten aan dat onderwerp gewijd. Bij werkwijze III was het centrale thema in de discussies de vraag: "zit de huisarts op het juiste spoor, is de aandacht voor somatische en psycho-sociale aspecten juist verdeeld". Werkwijze III verliep in deze groep moeizaam omdat een gezamenlijk concept over werken op twee sporen ontbrak. Het bespreken van audio-bandjes moest meerdere malen onderbroken worden door vragen over interpretatie bijv.: Wat is nu precies vraagverheldering en wat wordt daarmee beoogd? Vraagstelling en observatielijsten moesten enige malen opnieuw doorgesproken worden. De eerste registratieronde werd om die reden verlengd, en om dezelfde reden werd de begeleiding nog niet afgesloten. Bij tussentijdse evaluatie hadden de bijeenkomsten voor zes deelnemers aan de verwachtingen voldaan, een deelnemer vond het resultaat nog te gering in verhouding tot de geïnvesteerde tijd. Ook zes deelnemers vonden hun eigen gedrag enigszins veranderd onder invloed van de toetsing, bijv. systematischer werken, duidelijker zijn tegenover de patienten. Een eindevaluatie is nog niet gehouden. De inzet en motivatie om de moeilijkheden te overwinnen en de toetsing voort te zetten zijn groot.

No. groep: 7

aantal deelnemers: 11

aantal bijeenkomsten tot tussentijdse evaluatie: 8

frequentie: 1 x per maand

aanwezigheidspercentage: 88%

werkwijze I, begeleiding nog niet afgerond

soort groep: nascholingsgroep bestaande uit waarneemgroepen

Een gemeenschappelijk motief om deel te nemen aan dit project, was de behoefte om meer structuur en inhoud te geven aan de maandelijkse besprekingen, die deze groep al jarenlang houdt. Hiernaast werden individuele verwachtingen uitgesproken zoals: - opsporen van inadequate routines - hiaten in kennis ontdekken - stimulans te krijgen voor nascholing - algemene beleidslijnen opstellen voor deze groep - standaardisatie in therapieën. Aan al deze activiteiten kon niet evenveel aandacht besteed worden, gekozen werd voor werkwijze I (mede op praktische gronden i.v.m. de grootte van de groep).

Tot nu toe, de begeleiding is nog niet afgesloten, zijn zes onderwerpen besproken, van één onderwerp heeft ook een tweede registratie plaatsgevonden. De sfeer en de samenwerking is goed, het proces van toetsing komt geleidelijk op gang.

Allerlei suggesties zijn gedaan voor de komende bijeenkomsten; o.a. praktijkobservatie, rollenspel, meer met patientenkaarten werken, verwijsgedrag toetsen.

Alle deelnemers vinden de gevolgde werkwijze geschikt om tot normen te komen. Bij een drietal onderwerpen is hier al een goede aanzet toe gegeven. De meesten bespeuren enkele veranderingen in hun gedrag onder invloed van de bijeenkomsten; deze liggen voornamelijk op somatisch gebied. Een goede beoordeling van ieders handelen heeft volgens de meesten nog niet plaatsgevonden. Wel wordt opgemerkt, dat dit wel op gang is gebracht.

In de volgende bijeenkomsten zal ervaring worden opgedaan met het toetsen van verwijsgedrag en verder worden geëxperimenteerd met de methode.

No. groep: 8

aantal deelnemers: 10

aantal bijeenkomsten: 9

frequentie: 1 x per maand

aanwezigheidspercentage: 85%

werkwijze I, begeleiding niet afgerond

soort groep: waarneemgroep die 1 x per maand bijeenkomt voor overleg

In deze groep werd de verwachting uitgesproken dat men veel zou leren van elkaar; ook het opsporen van eigen lacunes in kennis en vaardigheden werd belangrijk gevonden.

Door sommigen werd tevens benadrukt, dat toetsing een gunstige invloed zou kunnen hebben op de samenwerking met elkaar als waarneemgroep. Enkelens verwachtten ook dat er gezamenlijke beleidslijnen opgesteld zouden worden.

In deze bijeenkomsten zijn vier onderwerpen besproken. Het accent lag voornamelijk op de uitwisseling; het leren kennen van elkaars handelwijze en nieuwe dingen van elkaar horen. Aan het opstellen van normen of gezamenlijke afspraken maken, hechtte men in deze fase nog niet veel belang. Een tweede registratie heeft dan ook nog niet plaatsgevonden.

De resultaten waren tot nu toe minder dan de deelnemers verwacht hadden. Algemeen vinden ze deze methode nog te vrijblijvend en weinig bedreigend. Twee leden van de groep zijn na enkele bijeenkomsten afgehaakt; één hiervan vond de bijeenkomsten te veel tijd vergen, een ander kon zich niet verenigen met de methode en de setting waarin het toetsen plaatsvond. De deelnemers vinden de "beoordeling" nog niet voldoende naar voren gekomen. Zij wijten dit aan de keuze van werkwijze en de methode van registratie, waardoor zij onvoldoende zicht gekregen hebben op elkaars handelen.

Voor het verdere verloop zijn vele suggesties gedaan; besloten is om een nieuwe serie bijeenkomsten te starten, nu volgens werkwijze III.

Het belangrijkste doel is toegroeien naar een minder vrijblijvende opstelling t.o.v. elkaar, meer beoordeling erin brengen, dieper ingaan op niet-somatische aspecten. De begeleiding zal geleidelijk verminderd worden.

No. groep: 9

aantal deelnemers: 7

aantal bijeenkomsten: 12

frequentie: 1 x per 14 dagen

aanwezigheidspercentage: 92%

werkwijze III, begeleiding afgerond

soort groep: op eigen initiatief samengesteld uit 4 plaatselijke huisartsen die onderling samenwerken en 3 belangstellende artsen uit omliggende plaatsen.

De deelnemers aan deze groep wilden vooral gesprekstechniek toetsen. Men zag toetsen als een vorm van nascholing, die nauw aansluit bij eigen vragen en stimuleert tot het toepassen van nieuwe verworvenheden.

Gezamenlijk normen vaststellen had in eerste beleving geen hoge prioriteit. Onderbouwen van eigen opvattingen vond men belangrijk, men vreesde echter dat normontwikkeling te veel zou gaan in de richting van protocollaire geneeskunde. De deelnemers hechtten in verschillende mate belang aan het uitdiepen van somatische vragen. Vier deelnemers waren vanuit hun huisartsenopleiding reeds bekend met het werken met audiobandjes. Hun ervaring hielp de anderen ook snel op gang. Kennismakingsronde en eerste registratieronde verliepen zeer plezierig en efficiënt. Het accent lag op inzicht krijgen in de eigen werkwijze t.a.v. systematiek van het consult en aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid van de patient. Na afloop van iedere bijeenkomst werden eigen conclusies en leerpunten vastgelegd. Ook algemene vragen werden in een verslag opgenomen. Na afloop van de eerste ronde werden de vragen geïnventariseerd en gerubriceerd.

Er werden enkele vraagstellingen uitgekozen die in subgroepen verder uitgewerkt worden. Het zijn zowel vragen over somatisch beleid als vragen met betrekking tot methodisch werken. Deze uitwerking zal de basis gaan vormen voor nieuwe doelen en observatiepunten voor een volgende registratieronde. Men wil voorlopig doorgaan met deze vorm van toetsing en blokken van ca. 8 bijeenkomsten per jaar. Na afsluiting van de eerste ronde vonden 3 deelnemers dat de bijeenkomsten beter waren verlopen dan men verwacht had; 5 deelnemers zoals verwacht en 1 minder dan verwacht. De motivering voor dit laatste antwoord was dat er van de opgeroepen vragen nog te veel onbeantwoord waren blijven liggen.

No. groep: 9 vervolg

Vier deelnemers vonden dat er reeds op goede wijze een beoordeling van ieders handelen heeft plaatsgevonden. De anderen meenden dat de tijd daarvoor nog te kort is geweest en het aantal besproken thema's te gering. Men kon bij evaluatie aangeven welke nieuwe inzichten en leerpunten men verworven had. Iedereen had de groep voor zichzelf nuttig gevonden. Verandering in de praktijk vond men echter moeilijk aan te geven in een dergelijke beperkte tijdspanne. Vier deelnemers noemden wel gedragsveranderingen bij zichzelf t.a.v. de behandelde thema's.

No. groep: 10

aantal deelnemers: 6

aantal bijeenkomsten: 9

frequentie: 1 x per maand

aanwezigheidspercentage: 86%

werkwijze I en III, begeleiding nog niet afgesloten

soort groep: waarneemgroep van 3 huisartsen aangevuld met enkele anderen uit de regio.

Het belangrijkste doel van toetsing was voor alle deelnemers aan deze groep het opsporen van hiaten in het eigen handelen en het eigen handelen kritisch bekijken. Vanaf de eerste bijeenkomst was men zeer open over twijfel die men t.a.v. de beroepsuitoefening heeft.

Onzekerheid tegenover nieuwe ontwikkelingen, en de vraag hoe plezier te houden in het werk speelden een belangrijke rol om aan toetsing te beginnen, omdat bij andere nascholingsactiviteiten dat soort vragen nauwelijks aan bod komen.

Er werd met werkwijze I gestart om eerst kennis te maken met elkaars opvattingen en gedragswijzen op een niet bedreigende manier. Na de vierde bijeenkomst werd overgestapt naar werkwijze III. Men bleek goed in staat gezamenlijke opvattingen over het somatisch beleid te formuleren.

Daarna wilde men meer aandacht gaan besteden aan onderlinge beoordeling.

Er was bij de deelnemers nauwelijks ervaring met het werken met audio-bandjes. Er werden 3 bijeenkomsten besteed aan het vertrouwd maken met deze methode. Bij afsluiting van de experimentele fase was men nog maar juist op gang met de eerste registratieronde volgens werkwijze III.

Volgens de toen gehouden evaluatie waren voor 4 deelnemers de bijeenkomsten naar verwachting verlopen. Voor twee deelnemers was dit minder dan verwacht, één van hen vond de groep nog te terughoudend, de ander vond dat de bijeenkomsten te weinig direct rendement opleverden.

Over het algemeen vond men de ervaringen nog te kort om al een goed oordeel over werkwijze III te geven. Aan de groep zal nog beperkte begeleiding gegeven worden.

No. groep: 11

aantal deelnemers: 7

aantal bijeenkomsten: 7

frequentie: 1 x per maand

aanwezigheidspercentage: 78%

werkwijze I, deelname aan het project voortijdig beëindigd

soort groep: groep speciaal voor dit doel samengesteld uit een waarneemgroep
aangevuld met twee leden van een andere waarneemgroep.

Bij de start zijn onvoldoende de verwachtingen wederzijds en de motieven van de deelnemers naar voren gehaald. Vanuit bekendheid met elkaar, verwachtte men wel op een lijn te zitten. Dit heeft geleid tot onduidelijkheid in het programma. Zo was de keuze voor werkwijze I in de voorbereidende bespreking gemaakt, omdat hier het accent lag op het toetsen van somatisch handelen. Argumenten voor deze keus waren, dat door de praktijksituatie van de verschillende deelnemers (gezondheidscentrum, samenwerkingsverband) andere aspecten toch al veel aan bod kwamen. Achteraf werd deze keuze door enkelen betreurd, mogelijk zouden met een andere werkwijze en een andere registratiemethode betere resultaten geboekt zijn en meer persoonlijke elementen zijn ingebracht. Bovenstaande factoren, alsmede het feit dat deze groep een van de eerste was die startte met het programma, hebben ertoe geleid dat na zeven bijeenkomsten besloten is de deelname aan dit project te beëindigen.

In de eerste registratieperiode zijn vier onderwerpen besproken. Het gebruik van de registratieformulieren vonden de meesten ongeschikt voor het doel. Aan opstellen van normen en een tweede registratie bij de gekozen onderwerpen in men niet toegekomen. In de loop van de bijeenkomsten werd ook duidelijk dat de deelnemers het uitwisselen van ervaringen en handelwijzen voldoende vonden: Het opstellen van gezamenlijke richtlijnen of overeenstemming over normen krijgen vond men niet zo belangrijk.

De waardering voor het programma was laag en de resultaten van de bijeenkomsten voor ieder teleurstellend. Opmerkingen hierbij waren "de discussie bleef te oppervlakkig" - "er heeft geen beoordeling plaatsgevonden"- "ik had verwacht dat het spannender zou zijn, meer confronterend wat betreft handelwijze" - "wel plezierig om over de inhoud van het vak te praten maar de uitkomst is voor de praktijk te weinig.

No. groep: 11

vervolg

Wel bespeuren enkelen (geringe) veranderingen in hun gedrag onder invloed van de toetsingsbijeenkomsten; bijv. ten aanzien van de behandeling van bepaalde klachten.

Een knelpunt van organisatorische aard was de vaak geheel of gedeeltelijke afwezigheid van enkele deelnemers door de waarneming van de praktijk.

De deelnemers van deze groep zijn van plan een eigen methode te ontwikkelen en de bijeenkomsten onderlinge toetsing zelfstandig (in dezelfde samenstelling) voort te zetten.

No. groep: 12
aantal deelnemers: 5
aantal bijeenkomsten: 11
frequentie: 1 x per maand
aanwezigheidspercentage: 100%
werkwijze III, begeleiding afgesloten
soort groep: huisartsen van een home-team

Een belangrijk doel voor deelname aan het toetsingsproject was de onderlinge samenwerking te intensiveren en betere methoden leren voor onderlinge praktijkbesprekingen.

Vanwege de geringe omvang van de groep en de reeds bestaande goede onderlinge samenwerking werd aanvankelijk besloten beperkte begeleiding te geven, gericht op het introduceren van de methode. Na enkele bijeenkomsten werd echter ervaren dat ook bij groepen die al langer samenwerken intensievere begeleiding nodig is. Men had hogere verwachtingen t.a.v. intensiteit en tempo. Men had een veel bredere kennis van elkaars opvattingen en werkwijzen, de invloed van de onderlinge relaties op de toetsing was daardoor groter. De begeleiding werd verlengd tot de hele eerste registratieronde. In deze eerste ronde heeft het accent gelegen op het uitdiepen van het thema vraagverheldering en op eigen attitudes.

Na afloop van deze eerste ronde vonden 4 deelnemers dat de bijeenkomsten verlopen waren zoals verwacht was, voor een deelnemer was dit meer dan verwacht. Men vond dat deze werkwijze een goede aanzet had gegeven tot verdere toetsing. Door het werken met audiobandjes had men elkaars werkwijze veel beter leren kennen en dit was een belangrijke stimulans geweest voor de onderlinge samenwerking. Ieder was zich bewuster geworden van eigen houding en relatie tot de patient. Bij twee deelnemers had dit ook tot veranderingen in de eigen aanpak geleid. T.a.v. elkaars opvattingen zijn een aantal nieuwe vragen gesteld.

De groep zal verder gaan met onderlinge toetsing. Voor een volgende ronde zal een nieuwe vraagstelling geformuleerd worden en zal men meer aandacht besteden aan het formuleren van gezamenlijke opvattingen. Men achtte procesbewaking erg belangrijk en twijfelde of dit zonder begeleiding van buiten zou lukken. Men zal eerst zelf nadere plannen opstellen, daarna wordt over het al dan niet aanzoeken van externe begeleiding beslist.

B I J L A G E I I *

=====

E V A L U A T I E I N C I J F E R S

=====

* : Deze bijlage bevat evaluatiegegevens in cijfers, voor zover deze niet in de tekst zijn weergegeven. Tevens zijn enkele aanvullende tabellen opgenomen waarin de evaluatiecijfers op andere wijze dan in de tekst zijn gerangschikt. Alle tabellen verwijzen naar nummer van de betreffende paragraaf.

Ad 3.1.4.

vraag 35/36. Hoeveel deelnemers moet volgens u een "ideale" toetsingsgroep hebben?

	N	< 5	5	5-6	5-7 6	6-7	6-8 7	8	8-9	8-10 9	8-12 10	10-12 11	>11 g.a.
uitsluitend werkwijze I	39			20%			61%				15%		4%
werkwijzen I en III	13		7%			77%				15%			
uitsluitend werkwijze III	12		68%										
totaal	64				16%		19%	23%		12%			

Ad 3.1.5.

vraag 36/37. Welke samenstelling van een toetsingsgroep heeft uw voorkeur?

		N = 64
de deelnemers hebben buiten de toetsingsgroep geen of weinig contact met elkaar		26%
de deelnemers werken zoveel mogelijk met elkaar samen		67%
	geen antwoord	6%
de toetsingsgroep moet zoveel mogelijk uit plaatselijke huisartsen zijn samengesteld		41%
een toetsingsgroep hoeft niet persé plaatselijk georganiseerd te worden		56%
	geen antwoord	3%
het is belangrijk dat de deelnemers aan een groep op essentiële punten dezelfde opvattingen hebben t.a.v. de huisartsgeneeskunde		59%
de deelnemers moeten bij voorkeur verschillende opvattingen hebben		28%
	geen antwoord	13%
de groep bestaat alleen uit huisartsen		92%
aan de toetsingsgroep nemen ook andere disciplines mee en wel.....		6%
	geen antwoord	2%

Ad 3.2.1.

vraag 6. Welke van de onderstaande woorden vindt u van toepassing op de toetsingsbijeenvkomsten. (U kunt meerdere woorden aankruisen)

	N	zwaar	evenwichtig opgebouwd	stimulerend	onplezierig	diepgaand	gevarieerd	vrijblijvend	licht	onevenwichtig opgebouwd	belemmerend	plezierig	oppervlakkig	eentonig	bindend
uitsluitend werkwijze I	60	10%	13%	63%	10%	5%	45%	53%	13%	13%	8%	57%	32%	12%	10%
werkwijzen I en III	20	--	30%	85%	--	15%	65%	40%	5%	--	--	85%	15%	--	20%
uitsluitend werkwijze III	12	33%	42%	100%	17%	42%	58%	17%	8%	--	--	83%	17%	17%	50%
totaal	92	11%	21%	73%	9%	12%	51%	46%	11%	9%	5%	66%	26%	10%	17%

Ad 3.2.1.

vraag 7. Vindt u het programma:

	N	g.a.	te strak gestructureerd	goed gestructureerd	te weinig gestructureerd
werkwijze I begel. afgerond	24	4%	17%	46%	33%
werkwijze III begel. afgerond	19	5%	5%	68%	21%
werkwijze I niet afgerond	17	18%	6%	29%	47%
werkwijze III niet afgerond	13	--	8%	77%	15%
voortijdig gestopt	19	5%	47%	26%	21%
totaal	92	6%	17%	48%	28%

Ad 3.2.1.

=====

Vraag 9. Tijdens de bijeenkomsten werden een aantal formulieren als hulpmiddel gebruikt. Moet, naar uw mening, de toetsingsbegeleider:

	N	geen antwoord	meer hulpmiddelen aanbieden	in gelijke mate hulpmid. aanbieden	minder hulpmiddelen aanbieden
uitsluitend werkwijze I	60	13%	10%	55%	22%
werkwijzen I en III	20	5%	--	75%	20%
uitsluitend werkwijze III	12	8%	--	67%	25%
totaal	92	11%	6%	61%	22%

Ad 3.2.2.

=====

Vraag 3. Hoe oordeelt u over de tijd die aan de verschillende onderdelen is besteed?

- Introductie en voorbereiding

	N	geen antwoord	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
uitsluitend werkwijze I	60	8%	12%	73%	7%
werkwijzen I en III	20	---	10%	85%	5%
uitsluitend werkwijze III	12	---	8%	83%	8%
totaal	92	5%	11%	77%	6%

Ad 3.2.5 & 3.2.7.

=====

Vraag 3. Hoe oordeelt u over de tijd die aan de verschillende onderdelen is besteed?
- persoonlijke ervaringen uitwisselen

	N	geen antwoord	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
Werkwijze I en werkwijze I en III	80	5%	10%	59%	26%
gestopten	19	5%	5%	53%	37%
werkwijze III en werkwijze I en III	32	9%	3%	69%	19%

Ad 3.2.5. & 3.2.7.

=====

Vraag 3. Hoe oordeelt u over de tijd die aan de verschillende onderdelen is besteed?

- plenaire discussie

	N	geen antwoord	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
uitsluitend werkwijze I	60	5%	17%	63%	15%
werkwijzen I en III	20	15%	5%	80%	---
uitsluitend werkwijze III	12	17%	---	75%	8%
totaal	92	9%	12%	68%	11%

Ad 3.3.1.

=====

Vraag 30/31. Vindt u normen bij onderlinge toetsing van belang?

	N	geen antwoord	zeer belangrijk	enigszins belangrijk	niet belangrijk
werkwijze I begel. afgerond	24	8%	42%	50%	---
werkwijze III begel. afgerond	19	5%	21%	58%	16%
werkwijze I niet afgerond	8	13%	63%	25%	---
werkwijze III niet afgerond	6	---	17%	67%	17%
voortijdig gestopt	7	---	43%	29%	29%
totaal	64	6%	36%	48%	9%

Ad 3.3.3. & 3.3.4.

Vraag 3. Hoe oordeelt u over de tijd die aan de verschillende onderdelen is besteed?

- Tijd voor het opstellen van normen

	N	geen antwoord	te veel tijd	voldoende tijd	te weinig tijd
werkwijze I begel. afgerond	24	8%	8%	79%	4%
werkwijze III begel. afgerond	19	21%	10%	42%	26%
werkwijze I niet afgerond	17	6%	18%	47%	29%
werkwijze III niet afgerond	13	---	---	85%	15%
voortijdig gestopt	19	5%	21%	26%	47%
totaal	92	9%	12%	55%	24%

Ad 3.3.3. & 3.3.4.

=====

vraag 34. Wat zijn naar uw mening de belangrijkste factoren bij het evt. niet in voldoende mate opstellen van normen?
(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

	N	het onderw./asp. leende zich niet voor 't opstellen	groep kon niet tot overeenst. komen	groep vond het niet belangrijk tot over- eenstemming te komen	tijdgebrek	anders	geen antwoord
uitsluitend werkwijze I	39	36%	5%	15%	5%	5%	23%
werkwijzen I en III	13	46%	--	23%	--	--	38%
uitsluitend werkwijze III	12	33%	8%	67%	25%	17%	8%
totaal	64	37%	5%	26%	8%	6%	23%

Ad 3.5.1.

=====

In discussie en literatuur wordt vaak gesproken over de bedreiging die uitgaat van toetsing.

Hieronder volgen een aantal uitspraken die daarop betrekking hebben.

Wilt u aangeven hoe u, voor zover u zich dat nog herinnert, voor de start van de bijeenkomsten over de toetsing dacht.

	een dergelijke gang van zaken: heb ik verwacht	een dergelijke gang van zaken: heb ik verwacht en ik heb daar erg/enigszins tegen opgezien
22. Iedereen blijft op zijn eigen standpunt staan, het zal heel moeilijk zijn overeenstemming over iets te bereiken.	45%	10%
23. Bij toetsing zal ik op allerlei fouten worden gewezen die ik mezelf nooit gerealiseerd heb.	83%	31%
24. Een groep zal te "lief" zijn voor elkaar, echte kritiek wordt verzwegen.	32%	15%
25. Door toetsing zal ik mijn eigen manier van werken, mijn eigen vaste gewoonten moeten gaan veranderen.	88%	23%
26. Bij toetsing zal ik mijn collegae moeten 'beoordelen', wat moet je zeggen als je het volledig oneens bent met iemands werkwijze.	88%	36%
27. Bij toetsing zal ik me moeten aanpassen aan het oordeel van de meerderheid van de groep, ik zal me moeten houden aan groepsafspraken.	77%	29%
28. In een toetsingsgroep word je voortdurend ge-examineerd.	41%	14%
29. De essentie van je werk als huisarts is moeilijk weer te geven, toetsing zal daarom in details en bijzaken blijven steken.	34%	13%

Ad 3.5.1.
=====

"Een dergelijke gang van zaken heb ik verwacht en ik heb daar erg of enigszins tegenop gezien."

vraag nr.:

	N	22	23	24	25	26	27	28	29
uitsluitend werkwijze I	60	10%	30%	15%	23%	33%	32%	13%	15%
werkwijzen I en III	20	5%	30%	15%	10%	30%	25%	15%	10%
uitsluitend werkwijze III	12	17%	42%	17%	42%	58%	25%	17%	8%
totaal	92	10%	31%	15%	23%	36%	29%	14%	13%

Ad 3.5.2.

=====

Vraag 17. Heeft u in deze groep belangrijke vragen die u ten aanzien van uw eigen handelen als huisarts heeft, naar voren gebracht?

	N	ja	nee	geen antwoord
uitsluitend werkwijze I	60	38%	53%	8%
werkwijzen I en III	20	50%	50%	---
uitsluitend werkwijze III	12	58%	33%	8%
totaal	92	43%	50%	6%

Ad 3.5.4.

=====

Vraag 8. Moet naar uw mening de toetsingsbegeleider tijdens de bijeenkomst:

	N	geen antwoord	meer leiding geven	in gelijke mate leiding geven	minder leiding geven
werkwijze I begel. afgerond	24	---	25%	71%	4%
werkwijze III begel. afgerond	19	---	5%	95%	---
werkwijze I niet afgerond	17	---	59%	41%	---
werkwijze III niet afgerond	13	8%	8%	77%	8%
voortijdig gestopt	19	---	42%	47%	11%
totaal	92	2%	28%	66%	4%

Ad 3.6.1.

=====

Vraag 1. Hebben deze bijeenkomsten aan uw verwachtingen voldaan?

	N	geen antwoord	meer dan verwacht	zoals verwacht	minder dan verwacht
uitsluitend werkwijze I	60	7%	8%	40%	45%
werkwijzen I en III	20	---	15%	70%	15%
uitsluitend werkwijze III	12	---	33%	58%	8%
totaal	92	4%	13%	49%	34%

Ad 3.6.1.

=====

Vraag 1. Hebben deze bijeenkomsten aan uw verwachtingen voldaan?

	N	geen antwoord	meer dan verwacht	zoals verwacht	minder dan verwacht
Werkwijze I zonder gestopten	41	7%	12%	54%	27%
Werkwijze I en III en werkwijze III	32	--	22%	66%	12%

Ad 3.6.2.

=====

Vraag 13. Vindt u dat u in deze groep steun heeft gekregen bij eigen vragen?

	N	geen antwoord	veel steun	enige steun	geen of weinig steun	geen behoefte aan steun
uitsluitend werkwijze I	60	6%	12%	65%	10%	6%
werkwijzen I en III	20	5%	20%	55%	---	20%
uitsluitend werkwijze III	12	---	25%	75%	---	---
totaal	92	5%	15%	64%	6%	9%

Ad 3.6.2.

=====

Vraag 14. In welke mate vindt u deze groep voor uzelf
leerzaam?

	N	geen antwoord	zeer leerzaam	leerzaam	niet leerzaam
uitsluitend werkwijze I	60	3%	3%	78%	15%
werkwijzen I en III	20	5%	15%	75%	5%
uitsluitend werkwijze III	12	---	25%	75%	---
totaal	92	3%	9%	77%	11%

Ad 3.6.3.

=====

vraag 19. Vindt u dat tijdens deze bijeenkomsten op goede wijze een beoordeling van ieders handelen als huisarts heeft plaats gevonden?

	N	ja	nee	geen antwoord
uitsluitend werkwijze I	60	30%	60%	10%
werkwijzen I en III	20	65%	25%	10%
uitsluitend werkwijze III	12	67%	33%	---
totaal	92	42%	49%	9%

Ad 3.6.3.

=====

vraag 19. Vindt u dat tijdens deze bijeenkomsten op goede wijze een beoordeling van ieders handelen als huisarts heeft plaats gevonden?

	N	ja	nee	geen antwoord
Werkwijze I zonder gestopten	41	39%	49%	12%
Werkwijze I en III en III	32	66%	28%	6%

Ad 3.6.4.

=====

Vraag 20. Vindt u dat uw gedrag als huisarts onder invloed van de toetsingsbijeenkomsten in bepaalde opzichten is gewijzigd?

	N	ja	nee	geen antwoord
uitsluitend werkwijze I	60	52%	42%	6%
werkwijzen I en III	20	65%	35%	--
uitsluitend werkwijze III	12	58%	42%	--
totaal	92	55%	40%	4%

Ad 3.6.4.

=====

vraag 21. Zijn uw opvattingen, denkwijzen veranderd o.i.v.
de toetsingsbijeenkomsten?

	N	ja	nee	nvt
uitsluitend werkwijze I	60	30%	67%	3%
werkwijzen I en III	20	20%	80%	--
uitsluitend werkwijze III	12	25%	75%	--
totaal	92	27%	71%	2%

Ad 4.1.1. & 4.1.2.

Vraag 2. Hoe oordeelt u over de gekozen onderwerpen?

	N	geen antwoord	zeer geschikt	matig geschikt	niet geschikt
uitsluitend werkwijze I	60	10%	43%	45%	2%
werkwijzen I en III	20	---	75%	25%	---
uitsluitend werkwijze III	12	17%	42%	42%	---
totaal	92	9%	50%	40%	1%

B I J L A G E I I I

=====

L I T E R A T U U R V E R W I J Z I N G

=====

1. Eyk, J.v., J.J. de Groot - Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Een projectvoorstel van het NUHI en het NHI.
Nijmegen/Utrecht 1981.
2. Draaiboek voor de evaluatie van de experimentele fase.
Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. NHI 1982
3. Groot, J.B. de, Rijdt- van de Ven, A.H.J., van de, Touw, A.M.
Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Tussentijdse rapportage, periode februari 1982- februari 1983.
Utrecht, NHI 1983.
4. Draaiboek werkwijzen van de experimentele fase.
Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde, NHI 1982.
5. Groot, J.B. de - Quality assesment in peergroups of general practitioners. In (Ed.) Goh Lee Gan 10th Wonca World Conference on family medicine. Conference Proceedings, Singapore, Wonca 1983.
6. Kolthoff-Tan, L. - Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde, een nadere begripsbepaling.
H en W 1982; 25: p 234-236.
7. Fowkes, F.G.R. - Medical audit cycle: a review of methods and research in clinical practice.
Medical Education 1982; 16: p. 228-238.
8. LHV-ledenbrief (Redactie Springer). Conceptrapport basis-taken pakket van de huisarts. Utrecht KNMG, jaargang 1, december 1982.
9. Zwanikken, W. - Voordracht nascholingsraad SNH, september 1981.

10. Zwanikken, W. - Toetsing in de huisartspraktijk: een literatuuroverzicht, Utrecht NHG 1979.
11. Freeling, P., Burton, R.H. - General practitioners and learning by audit. Journal R.C. of General Practitioners. 32 (1982) p 231-237.
12. Shaw, C.D. - Serie Aspect of Audit. Brit. Med Journal mei 1980 t/m juni 1981.
13. Watkins, C.J. - Medical audit in general practice, fact or fantasy? Journal R.C. of Gen. Practitioners, 31 (1981) p 141-145.
14. Voort, H. van der. De invoering van toetsing: een zaak van moed, beleid en trouw. H en W 1980; 23: p 150-157.

