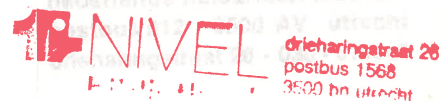


29 MEI 1984

# ONDERLINGE TOETSING IN DE HUISARTSGENEESKUNDE



EINDVERSLAG

VAN DE EXPERIMENTELE FASE

SAMENVATTING

Utrecht, mei 1984

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

A.M. Touw, arts

J.B. de Groot, arts

**nederlands huisartsen instituut**



INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 : Inleiding	pag. 1
Hoofdstuk 2 : Verwachtingen van de deelnemers voor en tijdens de toetsing	pag. 4
Hoofdstuk 3 : De keuze van werkwijzen en onderwerpen	pag. 5
Hoofdstuk 4 : Het procesmatig verloop	pag. 6
Hoofdstuk 5 : De functie en ontwikkeling van normen in de bijeenkomsten	pag. 7
Hoofdstuk 6 : Voorbeelden van gekozen onderwerpen	pag. 9
Hoofdstuk 7 : Ervaringen met manieren van registratie van het praktijkgedrag	pag. 13
Hoofdstuk 8 : Het uitwisselen van registratiegegevens	pag. 15
Hoofdstuk 9 : De functie van de begeleiding in de bijeenkomsten	pag. 16
Hoofdstuk 10: Leereffecten van de toetsing	pag. 17
Hoofdstuk 11: Groeps- en andere kenmerken die van invloed zijn op het groepsproces	pag. 19
Hoofdstuk 12: Aandachtspunten voor de implementatiefase	pag. 21



## Hoofdstuk 1:

### INLEIDING

#### De inhoud van dit verslag

Dit verslag beschrijft in het kort\* de ervaringen (alsmede de daaraan te verbinden 'voorlopige' conclusies) die zijn opgedaan gedurende de 'experimentele fase' van het N.H.I.-project 'Onderlinge Toetsing in de Huisartsgeneeskunde'.

Dit project dat inmiddels al in de implementatiefase is beland, heeft ten doel:

- huisartsen de mogelijkheid te bieden ervaring op te doen met onderlinge toetsing;
- methoden voor onderlinge toetsing te ontwikkelen die door huisartsen zelf uitgevoerd kunnen worden;
- een werkboek voor onderlinge toetsing samen te stellen, waarmee huisartsen zelfstandig -d.w.z. zonder begeleiding- aan de slag kunnen;
- voorstellen te ontwikkelen -samen met het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut (dat parallel aan het N.H.I.-experiment een eigen toetsingsproject uitvoert)- om te komen tot integrale invoering van toetsing.

De hier beschreven 'experimentele fase' van het project die zich uitstrekte over de periode 1 februari 1982 - 1 oktober 1983, omvatte:

het op gang brengen en het daadwerkelijk uitvoeren van een toetsingsprogramma voor huisartsen op basis van een voorlopig ontwikkelde methode, alsmede de evaluatie van de daarbij opgedane ervaringen. De methode waarop informatie verkregen is voor het verslag zijn meningen van deelnemers verzameld via schriftelijke evaluaties en ervaringen van de begeleiders, deze verzorgden samenvattende verslagen per groep. Na goedkeuring vormden zij de basis van dit verslag.

Dit programma bood de deelnemende groepen de keuzemogelijkheid uit drie werkwijzen die elk een 'cluster van onderwerpen' omvatte. Een eerste werkwijze had betrekking op het toetsen van steeds één aspect van het somatische handelen bij verschillende ziektebeelden/klachtenpatronen, zoals bijvoorbeeld controle bij ouderdoms-diabetes, onderzoek bij rugklachten, enz. Een tweede werkwijze omvatte het toetsen van verschillende aspecten van het somatisch handelen bij één ziektebeeld/klachtenpatroon, zoals bijvoorbeeld onderzoek, therapie en controle bij hoge bloeddruk. Een derde programmamogelijkheid tenslotte betrof het toetsen van zowel somatische als psychosociale aspecten bij één klacht of probleem, zoals bijvoorbeeld rugpijn en hoofdpijn.

Voor wat betreft de te hanteren toetsingsmethode werd uitgegaan van de veronderstelling dat het toetsingsproces -na de voorbereidingsfase (het uitwisselen van opvattingen en verwachtingen; het bespreken van de programma-opzet) en na het kiezen van onderwerpen voor toetsing- de volgende stappen zou omvatten:

- Beschrijving door de groepsleden van de eigen handelwijze;
- Uitwisseling en bespreking van de gegevens;

\*Het volledige rapport waarvan dit verslag een samenvatting vormt, is eveneens verkrijgbaar bij het N.H.I.



- Vaststellen van normen voor het betreffende onderwerp;
- Nagaan of verandering in eigen handelen noodzakelijk is of nascholing hiervoor is gewenst; indien mogelijk het uitvoeren van die nascholing;
- Tweede beschrijving van het handelen om vast te stellen of er een verandering heeft plaatsgevonden.

Het programma voorzag in minimaal 7 en maximaal 20 bijeenkomsten van steeds 2 uur.

In het totaal namen 96 huisartsen -verdeeld over 12 groepen- deel aan de experimentele fase; twee groepen haakten om uiteenlopende redenen af.

#### Voornaamste conclusies in de eerste projectfase

De evaluatie van in de eerste projectfase opgedane ervaringen heeft met name drie belangrijke conclusies opgeleverd die verderop in dit verslag nader aan de orde komen.

- \* Het toetsingsproces heeft geen 'fase-na-fase', maar een spiraalvormig verloop. 'Vastleggen hoe ieder handelt', 'normen opstellen' nascholing en 'nagaan of het handelen is veranderd' bleken tijdens de toetsing geen afgeronde fasen te zijn, maar in elkaar over te gaan volgens het model: uitwisselen en vergelijken, expliciteren van waarden en opvattingen, onderbouwen van die waarden en opvattingen via literatuurstudie en consultatie, waarden en opvattingen vastleggen in gezamenlijke normen, verantwoorden aan de hand van de normen;
- \* Normen voor huisartsgeneeskundig handelen hebben een minder scherp afgebakende en minder éénduidige functie dan wel eens wordt verondersteld. Voor deze vorm van onderlinge toetsing is gekozen om de normen te beschouwen als referentiepunten bij de discussie over wat goed handelen is. Daardoor kwam rond normen het accent niet zozeer te liggen op het strikt vergelijken of aan een bepaalde norm was voldaan, maar meer op het expliciteren van opvattingen en het beoordelen/wegen op deels nog impliciete gronden.  
De consequentie die hieruit werd getrokken was dat niet meer werd gesproken over 'handelen volgens de norm' maar over 'verantwoorden aan de hand van de norm'.
- \* De opvatting dat toetsing en nascholing twee van elkaar gescheiden activiteiten zijn, berust op een te theoretisch concept.  
Het proces van toetsing bleek zowel aanleiding te zijn om ná toetsing als tijdens het toetsen zélf aan nascholing te doen; bovendien is het toetsingsproces zelf een leerproces dat aansluit bij de ervaringen uit de eigen werksituatie.
- \* In de groepen traden variaties op in de uitvoering van het programma, accenten werden verschillend gelegd naar gelang de ontwikkeling van een groep en opvattingen ten aanzien van toetsing. De vraag werd opgeroepen wat het belangrijkste was: een ideaal model van toetsing introduceren of het enthousiasme en de motivatie van de groep voor toetsing op gang houden.  
Voor dit laatste is gekozen.





## Hoofdstuk 2:

### VERWACHTINGEN VAN DE DEELNEMERS VOOR EN TIJDENS DE TOETSING

Zowel voor de start van het programma als tijdens de toetsingsbijeenkomsten werd nagegaan welke verwachtingen de deelnemers hadden en wat door hen als de essentie van toetsing werd beschouwd.

Op de eerste bijeenkomst werd door 48% van de deelnemers als verwachting genoemd: het eigen handelen kritisch bekijken. Deze deelnemers zagen als doel van toetsing: blinde vlekken in eigen functioneren opsporen, ontdekken van hiaten in kennis en vaardigheden, loskomen uit vaste routines en standaardprocedures.

Daarnaast sprak 24% de verwachting uit dat men zou leren van de andere collega's uit de groep en ging 10% ervan uit dat de bijeenkomsten duidelijke afspraken of een gemeenschappelijke visie zouden opleveren, zoals het met elkaar eens worden over het beste behandelingsschema voor een ziekte of een gemeenschappelijke afspraak over medicatie.

Soms ook werd specifiek genoemd welke zaken men wilde leren, zoals bijvoorbeeld therapie, praktische 'foefjes', tijdsindeling, systematisch werken.

Tijdens de toetsing kwam vooral aan het licht dat éénzelfde verwachting een verschillende betekenis voor de deelnemers kon hebben. Kritisch naar het eigen handelen kijken -hetgeen voor de start van het programma het meest genoemde motief was om aan toetsing mee te doen- bleek bijvoorbeeld voor de één in te houden: 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.

Samenvattend konden de volgende accentverschillen worden onderkend in de opvattingen van de deelnemers over toetsing:

- Verschillen in de tijd die ieder wilde besteden aan het uitdiepen van persoonlijke ervaringen en specifieke vragen;
- Verschillen in belang dat men hechtte aan normen. Sommigen vonden informatie en opvattingen uitwisselen en vergelijken het belangrijkste in de beginfase. Normen opstellen achtten zij pas op de lange duur haalbaar, of zelfs niet noodzakelijk. Anderen wilden eerst aan het opstellen van gezamenlijke beleidslijnen zoveel mogelijk energie besteden.
- Er werd verschillend gedacht over de functie van normen bij toetsing. De één zag normen als referentiepunt voor de discussie, de ander wilde ook duidelijke richtlijnen opstellen, waarbij de groep afspreekt om zich daar zo goed mogelijk aan te houden.
- Verschillen in belang dat de deelnemers hechtten aan het uitwerken van vragen door middel van studie of consultatie.
- Verschillen van inzicht over de vraag wat écht beoordelen is. De één wilde een soort 'controle' van eigen handelwijze door bijvoorbeeld grote aantallen niet geselecteerde patiënten in te brengen. Een ander vond 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.



### Hoofdstuk 3:

#### DE KEUZE VAN WERKWIJZEN EN ONDERWERPEN

De deelnemende groepen konden, zoals gezegd, kiezen uit drie werkwijzen: Geen enkele groep had een voorkeur voor de tweede mogelijkheid; lang met één-zelfde onderwerp bezig blijven, werd blijkbaar niet zo aantrekkelijk gevonden. Tien van de deelnemende groepen kozen voor werkwijze A, het toetsen van steeds één aspect van het somatisch handelen bij verschillende ziektebeelden of klachten. Zeven groepen bleven deze werkwijze tot het einde van de rit volgen, terwijl de overige drie halverwege overstapten naar werkwijze B, het toetsen van zowel somatische als psycho-sociale aspecten bij een klacht of probleem. Twee groepen kozen bij de aanvang al voor werkwijze B en bleven ook op die manier werken.

Binnen de werkwijze was de keuze van het onderwerp in hoge mate vrij.

De keuze werd slechts beperkt door twee criteria:

- het onderwerp moest frequent voorkomen in de huisartspraktijk, dit in verband met de mogelijkheid voor registratie;
- de huisarts moest met betrekking tot het onderwerp een belangrijke rol spelen door zijn handelen, kennis of vaardigheden.

De deelnemende groepen konden de onderwerpen vaststellen op grond van eigen voorkeur, óf aan de hand van een scoringslijst óf door uit te gaan van algemene gegevens, bijvoorbeeld ziekenfondscijfers.

De groepen die werkwijze A prefereerden, maakten bij het vaststellen van onderwerpen het meest gebruik van de manier om een lijst te maken van ieders voorkeuren en daaruit door middel van stemming een keuze te doen.

Het accent op somatisch handelen dat in werkwijze A besloten lag, bleek meteen al een beperking in onderwerpen in te houden; moeilijke onderwerpen dat wil zeggen vage, brede, met mogelijke psychosociale problematiek, pasten niet binnen deze werkwijze.

Tevens bleek het belangrijk om het gekozen onderwerp af te grenzen, te brede onderwerpen waren zeker in de beginfase van een groep minder geschikt.

Groepen die halverwege van werkwijze A naar B waren overgestapt, toonden zich achteraf het meest positief over de gevolgde manier van onderwerpkeuze; omdat het mogelijk was de onderwerpen die in de eerste bijeenkomsten waren besproken via schriftelijke registratie, nu ook op audiobandjes te registreren, zodat naast het somatisch handelen ook andere aspecten belicht konden worden.

Bij werkwijze B 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. Vaker werd er gekozen voor een bepaald thema (bijvoorbeeld vraagverheldering, attitude of systematisch werken) in plaats van een van te voren vastgesteld onderwerp(en).

Geconcludeerd kan worden dat het volledig vrijlaten van de onderwerpkeuze bij werkwijze A niet gewenst is. De 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.

Voor wat betreft werkwijze B, is het beter in het begin nog geen onderwerp te kiezen maar te starten met een kennismakingsronde, waaruit thema's en onderwerpen voor verdere toetsing voortkomen; het kiezen voor het toetsen van algemene vaardigheden en attitudes zal hierbij worden gestimuleerd (zie ook hoofdstuk 6).



#### Hoofdstuk 4:

##### HET PROCESMATIGE VERLOOP

Zoals al in de inleiding is aangegeven, was van de veronderstelling uitgegaan dat het toetsingsproces -nadat de te toetsen onderwerpen waren gekozen- zou verlopen in vier fasen:

- Beschrijving door de groepsleden van de eigen handelwijze; uitwisseling en bespreking van de gegevens;
- Vaststellen van normen voor het betreffende onderwerp;
- Nagaan of verandering in eigen handelen noodzakelijk is en of nascholing hiervoor is gewenst; indien mogelijk het uitvoeren van die nascholing;
- Tweede beschrijving van het handelen om vast te stellen of er een verandering heeft plaatsgevonden.

Deze veronderstelling bleek voor een belangrijk deel onjuist. De fasen staan niet los van elkaar.

In een eerste ronde wordt ieders handelwijze besproken en worden vragen opgeroepen, men gaat meer op zichzelf en de eigen aanpak letten. Verschillen worden benoemd, opvattingen onderbouwd en vastgelegd in afspraken.

In een tweede ronde wanneer het handelen opnieuw besproken wordt, worden nieuwe vragen en ervaringen uitgewerkt en de gemaakte afspraken bijgesteld of genuanceerd.

Eigen routines leren kennen, expliciteren en onderbouwen waarom men zo handelt, opvattingen vastleggen in gezamenlijke normen, verantwoorden en veranderen, zijn allemaal kleine stappen in een continu doorgaand proces.

Deze bevindingen leidden tot een beter inzicht in de wijze waarop het toetsingsproces -zowel qua stappen als qua inhoud- verloopt.

het verloop in fasen kan daarbij als volgt worden omschreven:

- \* uitwisselen en vergelijken van handelwijzen
- \* expliciteren van waarden en opvattingen over goed handelen
- \* onderbouwen van waarden en opvattingen via literatuurstudie en consultatie
- \* vastleggen van waarden en opvattingen in gezamenlijke normen
- \* verantwoorden van de handelwijze aan de hand van de normen.



## Hoofdstuk 5:

### DE FUNCTIE EN ONTWIKKELING VAN NORMEN IN DE BIJEENKOMSTEN

#### Opvattingen van de deelnemers

Een essentieel kenmerk van de gehanteerde toetsingsmethode was dat niet werd uitgegaan van vooraf vastgestelde normen, maar dat de normen voor het handelen door de groepen zelf werd ontwikkeld. Om na te gaan of de deelnemers het eens waren met deze wijze van normontwikkeling, werd hen de vraag voorgelegd of normen het best vóóraf door deskundigen, door de groep zelf of door een combinatie van beiden tot stand gebracht kunnen worden.

Een meerderheid (62%) sprak zich uit voor het volledig zelf opstellen van normen. Men vond dit de beste weg vanwege de leereffecten: 'Je toetst elkaars mening, je wordt je bewust waarom je dingen doet, dat kan al leiden tot gedragsverandering'.

Bij normvaststelling vooraf door deskundigen vreesde men te veel 'specialistennormen'. 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 het zelf en door deskundigen opstellen van normen (33%) dacht men vooral aan de situatie dat een groep er bij een bepaald onderwerp niet zelf uit kan komen, of behoefte heeft aan vergelijkingsmateriaal.

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

De deelnemers bleken tevens verschillend te oordelen over het belang van normen bij onderlinge toetsing. 36% Vond normen 'zeer belangrijk', 48% 'enigszins belangrijk' en 9% achtte normen 'niet belangrijk'.

Door deze verschillen in taxatie en verschillen in opvattingen was de betekenis van het begrip 'normen' onduidelijk.

De één verstond onder normen algemene uitgangspunten; een ander slechts een lijst van zaken '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 één noemde een lijst van aandachtspunten per klacht een protocol, een ander dacht dan aan een beslisboom. De laatste tijd is er veel over protocollen en protocollaire geneeskunde en beslisbomen geschreven, zonder dat deze begrippen eenduidig gedefinieerd worden.

Al naar gelang de betekenis die aan het begrip normen werd toegekend, zagen de deelnemers voor- en nadelen van normen bij deze vorm van toetsing.

Een illustratie van voordelen van normen die door de deelnemers werden genoemd:

- \*'het samen eens worden over het vak'
- \*'het onderzoeken van waarom je iets doet'
- \*'het onderbouwen van je handelwijze'
- \*'voorkomen van vrijblijvendheid'.





Bezwaren die tegen normen werden aangevoerd, waren bijvoorbeeld:

- \*'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 patiënt 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'.

De belangrijkste functie van normen was volgens de deelnemers 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, tenzij het een waarneemsituatie betrof.

Tevens werd aan de deelnemers gevraagd wat naar hun mening de belangrijkste oorzaken waren geweest bij het eventueel in onvoldoende mate opstellen van normen. Door 37% van de deelnemers werd de "onderwerpkeuze" het meest genoemd als belemmering om tot gezamenlijke normen te komen. Opvallend was voorts dat het "niet tot overeenstemming kunnen komen" nauwelijks als oorzaak werd genoemd.

In alle groepen werd geconstateerd dat het proces van normontwikkeling bemoeilijkt was door de onduidelijkheid over dit begrip. In de adviezen die deelnemers bij de evaluaties gaven werd dan ook meerdere malen voorgesteld bij de voorbereiding meer aandacht te besteden aan informatie over normontwikkeling. Daarbij bepleitte men een niet te theoretische en niet overwegend schriftelijke voorlichting; het vertellen van ervaringen opgedaan in voorafgaande groepen vond men belangrijker.

Bij werkwijze A 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 B was men meer voor het op termijn stellen van gezamenlijke afspraken. Leren kennen van elkaars werkwijze en opbouwen van een goed groeps-klimaat vond men bij deze werkwijze primair. Te snel toewerken naar normen werkt daarop naar hun mening belemmerend.

#### Enkele bevindingen en conclusies

Bij werkwijze A bleek 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 beslissingsmoment aangegeven staat wat de beste weg is.



Hoofdstuk 6:

VOORBEELDEN VAN GEKOZEN ONDERWERPEN

De geschiktheid van de gekozen onderwerpen bleek niet alleen af te hangen 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 het onderwerp. Zo bleken bepaalde onderwerpen meer of minder geschikt te zijn voor een groep die snel wil komen tot een overzichtelijk schema en tot een vergelijking en onderbouwing van ieders handelwijze. Daarnaast was het een ervaringsfeit dat het belangrijk is om ten aanzien van het onderwerp een zekere afgrenzing of beperking aan te brengen indien de klacht niet op zichzelf al een beperkt gebied bestrijkt. Dit kan gebeuren door er één aspect uit te lichten voor de bespreking of door een onderverdeling aan te brengen. Indien dit niet gebeurd is het gevaar groot dat ieder over andere gebieden gaat registreren (Bijv. gewrichtsklachten t.o. heupklachten)

Hierna zullen enkele voorbeelden worden genoemd die in de groepen zijn uitgekozen.

Een aantal niet-genoemde klachten of ziektebeelden kan uiteraard evengoed geschikt zijn als onderwerp voor toetsing.

Voorbeelden bij werkwijze A:

Geschikte overzichtelijke onderwerpen voor beginnende groepen, om te wennen aan de methode en de manier van onderling bespreken bleken: fluor vaginalisdiagnostiek en therapie bij hoesten, bovenste luchtweginfecties bij kinderen, oorpijn bij kinderen, otitis externa, urinegeweginfecties.

Een ander onderwerp dat zich goed leende voor bespreking volgens werkwijze A was ouderdomsdiabetes en met name het aspect 'controle en begeleiding'.

In sommige groepen werd dit onderwerp gekozen omdat men tot nu toe weinig 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 een reeds bestaande groep (bijvoorbeeld als het een plaatselijke of waarneemgroep betrof) voor de behandeling van deze patienten.

De term protocollen werd in de groepen vrij slordig gebruikt.

Iedere afspraak per klacht werd al snel een protocol genoemd, terwijl de meeste afspraken in feite waslijsten of beslisbomen waren.

Het opstellen van waslijsten bleek een goede eerste aanzet te zijn.

Ze konden gemakkelijk door de groep zelf worden samengesteld en waren bij verdere toetsing goed als referentiepunt te gebruiken.

men maakte bijvoorbeeld een lijst van relevante onderzoeken bij rugklachten en bekeek de volgende keer aan de hand van die lijst of in het voorliggende geval de goede onderzoeken gedaan waren.



Als men de lijst meer ging ordenen, groeide zo'n waslijst uit. Ook kon hieruit een protocol groeien, als men condities waaronder bepaalde handelingen moeten plaatsvinden wist te benoemen. Aan een zo strikt vastleggen van condities was echter in de groepen die werkwijze A volgden nauwelijks behoefte. De uitzonderingen, de vragen bij specifieke omstandigheden, voerden eerder de boventoon. Er leek minder behoefte aan het precies weten wat men in het algemeen moet doen dan aan het leren doorzien van het eigen beslissingsproces.

Bij werkwijze B 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 handelingen. Als er bijvoorbeeld ten behoeve van het somatisch handelen een waslijst van voor de huisarts relevante onderzoeken, wordt opgesteld, moet men kunnen 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. Een bepaalde handeling geeft een minder voorspelbaar effect, maar is sterk afhankelijk van de context. Waslijsten van handelingen bleken bij dit soort handelingen dan ook nauwelijks bruikbaar. Een meer bruikbare start leek te liggen in het formuleren van doelen. De eerste aanzet tot normen is dan het formuleren, waarom bijvoorbeeld uitleg geven aan de patiënt belangrijk is en wat men daarmee hoopt te bereiken. Zoals onder meer: overbrengen dat je de klacht serieus neemt of duidelijk aangeven wat je doet, om daar later bij hernieuwde klachten aan te kunnen refereren. Bij de 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 condities effectief zijn.

Concluderend kan worden gesteld dat met betrekking tot werkwijze A voldoende inzicht is verkregen in de wijze waarop normen stap voor stap opgebouwd kunnen worden.

Deze bevindingen zullen in de volgende groepen worden uitgetoetst. Voor wat betreft werkwijze B 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.

Een belangrijke algemene conclusie is dat een norm de functie heeft om weer te geven 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 derhalve geen criterium waarmee goed van fout kan worden onderscheiden, er wordt slechts een standaardmaat mee aangegeven.

Normen, op deze wijze opgevat leggen bij 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.



Bij bijna alle aandoeningen of klachten bleek het moeilijk te zijn om -ter beperking van de gespreksstof- er één aspect uit te lichten; om een goed inzicht te krijgen in ieders handelswijze moest vaak het onderwerp in zijn geheel worden behandeld.

Een uitzondering hierop vormde het aspect 'onderzoek'.

Het bleek mogelijk -door dit aspect eruit te lichten- om ook veelomvattende klachten als hoofdpijn of duizeligheid, geschikt te maken voor bespreking binnen deze werkwijze.

Ook het veelomvattende onderwerp rugklachten werd vaak gekozen.

De beperking van dit onderwerp werd eveneens voornamelijk gezocht in het aspect 'onderzoek'. Bij de bespreking lag het accent dan op zin en onzin van verschillende testen en onderzoeken. Vaak werd een gezamenlijk schema hiervoor opgesteld.

De onderwerpen anticonceptie, hypertensie en menstruatiestoornissen, werden voorts gekozen omdat ze interessant zijn voor de huisarts en dagelijks veel aandacht vragen in de praktijk. Omdat de deelnemers juist bij deze onderwerpen vele routines hebben ontwikkeld, vond men het belangrijk om te toetsen of deze nog adequaat waren of om zich van deze routines bewust te worden.

Binnen deze werkwijze kon nog geen goede procedure gevonden worden om een onderwerp als moeheid of controle en begeleiding van bejaarden te toetsen. Er kwamen veel vragen en ervaringen naar voren, die betrekking hadden op psychosociale aspecten en preventieve activiteiten. Deze vragen liepen te veel uiteen om via deze werkwijze aan een goede beantwoording in de groep toe te komen.

#### Voorbeelden werkwijze B

Bij het kiezen van onderwerpen binnen werkwijze B gold als extra criterium dat bij het onderwerp een evenwichtige verdeling aanwezig moest zijn tussen somatische en psychosociale aspecten. In de praktijk kozen groepen voor klachten als bijvoorbeeld vage borstklachten, moeheid, rugpijn, duizeligheid.

Groepen die met werkwijze A gestart waren en daarna naar B overgingen brachten ook andere onderwerpen mee zoals bijvoorbeeld diabetes mellitus, gewrichtsklachten, hoesten.

Het opnemen van audiobandjes per klacht bleek echter moeilijk haalbaar te zijn. Motieven van deelnemers om hun banden in de groep te presenteren hadden ook eerder van doen met vragen rond attitude en algemene vaardigheden dan met de aanpak per klacht. Deze "thema's" werden gekozen in de eerste bijeenkomsten van deze werkwijze waar werd begonnen met ongeselecteerde bandjes te draaien van iedere deelnemer.

Voorbeelden van thema's die gekozen werden: vraagverheldering, attitude en relatie tot patiënt, systematisch werken, voorlichting en informatie aan de patiënt.

Na het kiezen van het thema was een volgende stap in het proces van normontwikkeling het opstellen van observatiepunten.

Bij het thema voorlichting en informatie aan de patiënt waren bijvoorbeeld vragen en observatiepunten:

- . 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 te veel informatie?





Alle groepen namen in één of andere vorm vraagverheldering in hun observatielijst op, bijvoorbeeld via observatiepunten als:

- is de reden van de komst van de patiënt duidelijk voor de arts?
- heeft de arts aandacht voor de wensen van de hulpvrager?
- besteedt 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. Dat uitte zich in observatieformulier en discussie 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?



## Hoofdstuk 7:

### ERVARINGEN MET MANIEREN VAN REGISTRATIE VAN HET PRAKTIJKGEDRAG

Gedurende de toetsingsperiode vond een registratie plaats van het handelen in de 'thuissituatie'; bij werkwijze A schriftelijk en bij werkwijze B zowel schriftelijk als via audiobanden.

#### De registratiewijze bij werkwijze A

De registratie bij werkwijze A vond plaats op vooraf ontworpen formulieren die zo waren opgebouwd dat steeds het hele verloop van een consult kon worden weergegeven. Voor de bespreking stond steeds een aspect centraal. Het te behandelen aspect van een ziekte of klacht (bijvoorbeeld anamnese bij een kind met buikpijn of lichamelijk onderzoek bij rugpijn) werd door middel van een aantal extra vragen uitvoeriger geregistreerd. De deelnemers oordeelden positief over het feit dat er bij de start formulieren beschikbaar waren, maar waren over de vorm daarvan minder te spreken. De meerderheid vond de registratieformulieren maar matig geschikt en 13% vond ze zelfs ongeschikt.

In de meeste groepen werd vooral bij de tweede beschrijving van het handelen met andere registratiemethoden geëxperimenteerd. Zo stapte één groep over naar het algemeen registratieformulier (zonder uitsplitsing naar aspecten) en werden bij drie groepen de formulieren 'verruild' voor meegebrachte patiëntenkaarten. Beide methoden voldeden goed. Incidenteel werd nog met andere methoden geëxperimenteerd, zoals video en onderlinge praktijkobservaties.

De consequentie die uit deze ervaringen zal worden getrokken is dat het gebruik van patiëntenkaarten nader zal worden uitgewerkt en dat een vereenvoudigd formulier samengesteld zal worden.

Een groep die langere tijd met werkwijze A doorgaat, krijgt de behoefte aan andere registratievormen, om bijvoorbeeld ook andersoortige of moeilijke onderwerpen te toetsen. Het experimenteren in geschikte registratiemethoden voor werkwijze A zal daarom worden voortgezet.

#### De registratiewijze bij werkwijze B

De meeste deelnemers aan werkwijze B (81%) waren erg enthousiast over het gebruik van bandjes als middel om het eigen handelen vast te leggen. Men vond dat dit de bijeenkomsten erg levendig maakte; het beluisteren van een gesprek bood veel stof tot reageren, men werd directer met elkaars werkwijzen geconfronteerd. In groepen waar men van werkwijze A naar werkwijze B was overgestapt, vond men over het algemeen dat bandjes meer toetsing inhielden, juist omdat deze wijze van presentatie de werkelijkheid meer benaderde. In één groep werd geconstateerd dat het beluisteren van bandjes meer leerde over ieders manier van werken dan vele jaren gezamenlijk overleg. Degenen die de bandjes matig of niet geschikt vonden (15%) baseerden dat op de ervaring dat het opnemen zelf, grote invloed heeft op het verloop van een consult.



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 hen zelf 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 nog vaak een moeilijke patiënt- als korte consulten (rond de 5 minuten) bleken voor deze kennismakingsronde niet zo erg geschikt. Door de lange bandjes werden te veel en moeilijk oplosbare vragen opgeroepen of richtten de aandacht te veel naar het probleem van de patiënt; de korte bandjes boden nog te weinig aanknopingspunten.

Geconcludeerd kan worden dat audiobandjes een goed middel zijn 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.



Hoofdstuk 8:

HET UITWISSELEN VAN DE REGISTRATIEGEGEVENS

Bespreking van registratiegegevens bij werkwijze A

Het uitwisselen van registratiegegevens vond bij werkwijze A het meest plaats op de twee volgende manieren:

- inventariseren, liefst stap voor stap, welke handelingen ieder bij een bepaalde klacht verricht heeft, daarna vergelijken en verschillen bediscussiëren, óf
- een deelnemer leest één van zijn registratieformulieren voor, daarna volgt een ronde commentaar en vragen, worden discussiepunten genoteerd, waarna een volgend voorbeeld wordt besproken (al 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.

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 zó, werd dan vooralsnog belangrijker gevonden dan het komen tot een behandelingsschema.

Met deze methode werden meer specifieke vragen en problemen boven tafel gehaald.

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

Bij de uitwisseling en bespreking zijn meerdere soorten vragen te onderscheiden:

- 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 zó, ik heb ervaren dat ...
- een algemene vraagstelling; wat is het beste beleid bij dergelijke klachten?

Voor een goed verloop is het van belang dat groepen deze vragen leren te onderscheiden, de procedures moeten hier op gericht zijn terwijl tevens van belang is om te weten of een groep meer het accent wil leggen op het uitdiepen van specifieke vragen dan wel meer gericht op het opstellen van specifieke beleidslijnen.





Hoofdstuk 9:

DE FUNCTIE VAN DE BEGELEIDING IN DE BIJEENKOMSTEN

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. Deze volledige begeleiding bleek ook een noodzakelijke factor te zijn voor het slagen van de toetsingsbijeenkomsten. Zo was het belangrijk dat de begeleider de verschillen in verwachtingen en keuzemogelijkheden kon verduidelijken. Ook gespreksbewaking en het stimuleren van onderlinge beoordeling als leerproces waren bij de begeleiding onmisbare activiteiten.

Activiteiten van de begeleider die voor het slagen van de bijeenkomst als belangrijk werden ervaren, waren onder meer:

- 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. Anderzijds 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 tezamen het uiteindelijke resultaat moeten geven was voor een groep die de eerste keer een dergelijk proces doormaakte, moeilijk te doorzien. Het was belangrijk dat de begeleider dat perspectief regelmatig aangaf, verduidelijkt wat er bijvoorbeeld later met afspraken gedaan moet worden, aangaf dat normen niet definitief zijn en 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 praktisch en concrete informatie kunnen geven, waarbij verschillen in opvattingen en onduidelijkheden zo goed mogelijk boven tafel gehaald moesten 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 te benoemen en de gezamenlijke elementen eruit te halen.
- Juist omdat programma's en procedures nog niet helemaal 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 allerlei procesinterventies gedaan, zoals 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.



Hoofdstuk 10:

LEEREFFECTEN VAN DE TOETSING

Het toetsingsproces bleek op zichzelf een onmiskenbaar nascholingskarakter te hebben. Niet alleen spraken veel deelnemers bij de start van de bijeenkomsten de verwachting uit dat zij veel zullen leren (sommigen noemden dit zelfs het hoofddoel van toetsing), maar ook tijdens het toetsingsproces manifesteerde zich deze leerbehoefte onder meer door het stellen van vragen aan elkaar op het terrein van kennis, vaardigheden en attitude, door het raadplegen van literatuur en het consulteren van specialisten. De conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat de opvatting dat toetsing en nascholing twee van elkaar gescheiden activiteiten zijn, op een te theoretisch concept berust. Toetsing en nascholing zijn niet los van elkaar te zien, zij lopen in elkaar over, toetsing leidt tot nascholing.

Bij de groepen waarbij de begeleiding werd afgerond constateerde 68% van de deelnemers en bij de nog niet afgeronde en voortijdig gestopte groepen 45% bij zichzelf bepaalde gedragsveranderingen, waarbij het belangrijkste effect was dat men zich bewuster bezig ging houden met de onderwerpen en aspecten die op de bijeenkomsten waren besproken. Werkwijze A bleek daarbij meer concrete aanknopingspunten te bieden om de eigen handelwijze te veranderen dan werkwijze B.

Een enkele maal werd door een deelnemer -naar aanleiding van een bij het toetsen gebleken tekortkoming- aangegeven dat hij of zij behoefte aan nascholing had op dat specifieke terrein.

In het algemeen werd dan onderkend dat een daarop gericht nascholingsprogramma niet à la minute voorhanden is, en dat het nog maar de vraag was 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, in principe, zelf een nascholingsactiviteit zou kunnen organiseren. In een groep is -voor zover wij weten- deze collectieve behoefte aan nascholing ook geconcretiseerd door het organiseren van nascholingsbijeenkomsten en wel over de onderwerpen fluor vaginalis en onderzoek van de rug.

In het vervolg van het project zal bekeken worden 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.

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 van plan waren om zelf met onderlinge toetsing door te gaan (na de beëindiging van de NHI-begeleiding).

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% gaf geen antwoord of wist nog niet of men door wilde gaan.

Alle zes groepen waarvan de begeleiding werd afgerond, hebben afspraken gemaakt om de onderlinge toetsing voort te zetten.



Hoofdstuk 11:

GROEPS- EN ANDERE KENMERKEN DIE VAN INVLOED ZIJN OP HET GROEPSPROCES

Samenstelling

Het feit dat de helft van de deelnemende groepen reeds als groep bestond en de andere helft speciaal voor toetsing geformeerd was had voor het groepsproces verschillende consequenties. Een bestaande groep leverde het voordeel op dat bij de toetsing kon voortgebouwd worden op een reeds bestaand groepsklimaat en op bestaande overlegvormen. Ook werd de motivatie verhoogd door een sterk groepsgevoel. Het slagen van de bijeenkomsten en het als groep eenszien te worden was voor de groepsleden zelf belangrijk. Zoals altijd had ook deze medaille zijn keerzijde. Groepsgewoonten lagen voor een deel vast, waardoor er soms sprake was van een slechte vergaderdiscipline, de bijeenkomsten tevens werden gezien als contact- en gezelligheidsbijeenkomsten, en men soms geen of weinig eisen aan elkaar wilde 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.

Onze conclusie is dat zowel het werken met bestaande als met zelf geformeerde groepen zonder bezwaren voortgang kan vinden. Wel zal er rekening mee moeten worden gehouden dat deze beide groepen zich deels anders ontwikkelen en dat bij bestaande groepen nevensdoelen tevens een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld de wens om de groep in stand te houden, de onderlinge samenwerking te verbeteren, enz..

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

Het merendeel van de deelnemers uit deze groepen (61%) gaf de voorkeur aan een groeps grootte van 7-10 personen, waarbij als argument werd 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'.

De groepen die werkwijze A of die zowel werkwijze B als A hebben gevolgd, hadden een omvang van 5-7 personen.

Deze groeps grootte werd door de meeste deelnemers aan werkwijze B (60%) ook als het meest ideaal beschouwd.

Op grond van de opgedane ervaringen achtten de begeleiders voor de beide werkwijze groepen van 5 à 8 deelnemers het meest geschikt. Met groepen groter dan 10 deelnemers zal de werkwijze aangepast moeten worden.

Het groepsklimaat

De deelnemers vonden een goed en open groepsklimaat erg wezenlijk voor het slagen van de toetsing. Het klimaat in de eigen groep 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. In de praktijk gebeurde dat ook: het vertellen over wat men zelf deed, het vragen stellen over eigen onzekerheden en tekortkomingen geschiedde erg gemakkelijk en open.





Het onderling beoordelen bleek - met name bij werkwijze A - één van de moeilijkste activiteiten te zijn voor de deelnemers aan de toetsingsgroepen. Men vroeg het wel van elkaar, maar men was er zelf erg voorzichtig in. Bij de verdere ontwikkeling van programma's en begeleiding zal aan dat aspect extra aandacht moeten worden besteed. Aangezien bij werkwijze B expliciete aandacht voor ieders handwijze meer centraal stond, kwam daar het onderling beoordelen meer vanzelf aan bod.

#### Frequentie en aanvangstijdstip van de bijeenkomsten

De frequentie van de bijeenkomsten bedroeg bij zes groepen éénmaal per maand, bij vijf groepen tweemaal per maand en bij één groep eenmaal per drie weken.

Het groepsproces bleek het meest gebaat bij een frequentie van tweemaal per maand.

Men bleef dan intensief betrokken, er zakte weinig aan vragen of afspraken tussendoor weg. Voor een aantal deelnemers was deze frequentie echter moeilijk op te brengen.

Toetsing als een continue activiteit vond men eveneens bezwaarlijk. De voorkeur ging uit naar een afgerond blok van 8 à 10 bijeenkomsten per jaar.

Zeven groepen begonnen elke bijeenkomst om 19.30 uur, vier groepen om 16.00 of 16.30 uur en één groep startte om 18.00 uur.

Bij de groep die om 18.00 bijeen kwam, bleek dit een probleem te zijn; menig deelnemer vond het een zware belasting direct aansluitend op het werk 2 uur aan toetsing te doen. De sfeer in deze groep was dan ook weinig geconcentreerd.

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



Hoofdstuk 12:

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE IMPLEMENTATIE-FASE

Het plan om de aanpak bij het toetsen in nieuwe groepen op de volgende punten te wijzigen:

- Tijdens de eerste bijeenkomsten zal het accent meer worden gelegd op kennismaking 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 normontwikkeling.
- De registratieformulieren voor werkwijze A zijn vereenvoudigd. Bij aanvang kan gekozen worden 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.
- Na de eerste introductieronden wordt verder gewerkt in een model van blokken van 4 tot 8 bijeenkomsten, waarbij per blok wisseling van werkwijze mogelijk is. 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.

