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

Inhoudsopgave

	pagina
Hoofdstuk 1	
Inleiding	1 - 3
Hoofdstuk 2	
2.1. Afstemming van de NHI en NUHI plannen	4
2.2. Evaluatie van de onderlinge toetsing	5
2.3. Werving en selectie van deelnemers aan toetsingsgroep	6
2.4. Planning van het toetsingsproject	7
2.5. Organisatie van het project	8
Hoofdstuk 3: Het NHI-project	
3.1. Inleiding	10 - 11
3.2. Doelstelling van het project	12 - 13
3.3. Beschrijving van het project	14 - 18
3.4. Evaluatie	18 - 19
3.5. Organisatie van het project	19 - 21
3.6. Begroting en mankracht	22
Hoofdstuk 4: Intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde; een projectvoorstel vanuit het NUHI	
4.1. Inleiding	23 - 25
4.2. Doelstelling van het toetsingsproject	25 - 26
4.3. Beschrijving van het project	26 - 31
4.4. Evaluatie	31 - 33
4.5. Organisatie van het NUHI-project	33 - 34
4.6. Begroting en mankracht	34 - 35

Hoofdstuk 1

Inleiding.

Er zijn allerlei aanwijzingen, dat het klimaat voor onderlinge toetsing steeds rijper wordt.
Zo bleek uit een enquête onder de huisartsopleiders in de regio Nijmegen 92% van de ondervraagden positief staan tegenover onderlinge praktijkobservaties. Hierbij werd wel ondersteuning van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut gevraagd. Daarnaast bleek uit een enquête van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit Amsterdam ook onder jongeren de animo wat betreft toetsing vrij groot. Slechts 9 % van de ondervraagde oud arts-assistenten gaf te kennen geen behoefte aan toetsing te hebben, tegen 91 % wel
Daarnaast bereiken het Nederlands Huisartsen Genootschap steeds vaker verzoeken om begeleiding bij intercollegiale toetsing van huisartsen. Bovendien is door Huisarts & Wetenschap onder alle Nederlandse huisartsen een themanummer over toetsing verspreid. Als eersten hebben het NUHI en het NHI op deze situatie ingespeeld door beiden een projectvoorstel voor intercollegiale toetsing in de huisartsgeneeskunde uit te werken.
De projectvoorstellen verschillen in twee opzichten van elkaar. In de eerste plaats zijn de projecten op verschillende doelgroepen gericht. Het NHI heeft in tegenstelling tot het NUHI geen regionale maar een landelijke taak.
Uit deze verschillende posities van NHI en de UHI's is een taakverdeling op het gebied van toetsing afleidbaar. Deze komt erop neer, dat de UHI's het toetsingsproces vooral starten vanuit huisartsgroeperingen gecentreerd rond de instituten en het NHI vanuit huisartsgroepen zonder vaste band met de UHI's. Een ander verschil is gelegen in de aard van de toetsing.
Een ander verschil is gelegen in de aard van de toetsing. Toetsing vanuit het N.U.H.I. richt zich op alle huisartsen, die participeren aan het onderwijs. Dit betekent, dat deze vooral gericht zal zijn op het bepalen van discrepanties tussen de kennis en vaardigheden van alle huisartsopleiders en gastheren èn de op het instituut ontwikkelde visie daaromheen, en ontwikkelde normen daarvoor.
Het NHI kent zichzelf een ontwikkelingstaak toe op het gebied van de intercollegiale toetsing. Dit houdt onder meer in dat het NHI thans geen permanente ondersteunende taak op het gebied van de toetsing ambiëert, maar vooral wil helpen om de toetsing op gang te brengen.

Twee uitgangspunten staan daarvan centraal in de NHI-optiek.
Het eerste is dat van toetsing een zekere bedreiging uitgaat. De meeste huisartsen zijn niet voldoende adequaat opgeleid voor het uitoefenen van hun beroep. Het gevolg daarvan is dat huisartsen veelal zichzélf een wijze van werken eigen hebben gemaakt, die daarom een sterk individueel karakter hebben. Een solistische beroepsuitoefening van huisartsen is hiervan het gevolg, die tevens in de hand werkt dat huisartsen - wellicht uit onzekerheid - hun eigen werkwijze slechts met moeite ter discussie stellen,
laat staan dat zij bereid zijn deze te veranderen. Het zal groepen huisartsen dan ook een aanzienlijke inspanning kosten gezamenlijk hun werkwijze onder de loep te nemen, zelfs indien bij hen daartoe reeds een zekere motivatie bestaat. Om deze reden mikt het NHI op de ontwikkeling van methodieken, die voor haar doelgroepen het minst bedreigend zijn.
Een tweede uitgangspunt is dat van onderlinge toetsing op den duur een positieve werking uitgaat doordat het bespreken van elkaars werkwijze bij de deelnemende huisartsen een gevoel van herkenning veroorzaakt. Huisartsen ontdekken dat zij niet alléén met deze problemen worstelen. Verwacht mag worden dat van deze positieve ervaring - wel "het feest der herkenning" genoemd - een stimulerende werking uitgaat die de motivatie bevorderd.
Al met al vergt het groepsproces bij onderlinge toetsingsgroepen deskundige begeleiding. Aan deze begeleiding wordt in het NHI-project veel aandacht besteed.

Voor de door het NHI te benaderen doelgroepen houdt een en ander in, dat minder dan bij het NUHI het geval is van een duidelijke visie wordt uitgegaan, maar dat meer wordt aangesloten bij het niveau van de deelnemers aan haar toetsingsgroepen.
Ondanks deze verschillen in doelgroepen en gehanteerde methodieken tussen beide projectvoorstellen ligt het in de bedoeling een intensieve samenwerking tussen de uitvoerders te realiseren. Deze samenwerking heeft een tweeledig doel. Zoals bij de uitwerking van de voorstellen nog zal blijken, gaat het NHI haar toetsingsactiviteiten ook voor een deel in de regio Nijmegen ontwikkelen. Dit biedt de mogelijkheid om bouwstenen aan te dragen voor integrale invoering van toetsing voor alle doelgroepen, dus zowel huisartsen met als zonder band met het NUHI.

Een tweede,wellicht voor de hand liggend doel, is te komen tot intensieve uitwisseling van ervaringen, methodieken en materialen, die ten behoeve van toetsing gebruikt kunnen worden.
Zoals uit het voorgaande al duidelijk is geworden, verschillen de NUHI en NHI doelgroepen wat betreft de mate van toetsingsrijpheid. Vanwege hun band met het NUHI zijn huisartsopleiders en gastheren al enigszins vertrouwd met intercollegiale toetsing en de bedreiging, die daar vanuit gaat. Dit ligt bij de NHI-groepen anders. Om deze reden zijn bij de uiteindelijke evaluatie van het succes van de beide projecten, vanwege dit verschil, moeilijk vergelijkingen te maken tussen de NUHI en de NHI optiek.
Daar komt nog bij dat het NUHI over een makkelijk bereikbaar organisatorisch kader beschikt, waarin zij haar doelgroepen kan voorbereiden op de aankomende toetsing. Omdat deze voorbereiding met name t.a.v. de huisartsopleiders al enkele jaren geleden werd gestart, is te verwachten, dat het NUHI haar toetsingsgroep ook sneller kan samenstellen en dus kan starten met de eigenlijke toetsing. In feite komt het er op neer, dat in April 1981 al is ingespeeld op de bestaande behoefte aan toetsing bij de huisartsopleiders. Twee groepen zijn reeds gestart met de toetsing.
Zowel voor het NHI als voor het NUHI-voorstel geldt, dat het project is opgesplitst in twee delen, namelijk een experimenteerfase, waarin het accent vooral ligt op methodiek-ontwikkeling en tevens de voorbereidingen worden getroffen voor de volgende fase, namelijk de implementatiefase.
In deze tweede fase worden meerdere groepen met toetsing benaderd, volgens de ontwikkelde methodiek. Voor het NUHI geldt, dat zij alle huisartsen behorend tot haar doelgroepen wil bereiken. De facto kan hier dus gesproken worden van integrale implementatie, zij het nog op experimentele basis, omdat in deze fase tevens verder bekeken dient te worden op welke wijze implementatie het best kan geschieden en hoe toetsing het best kan aansluiten bij het onderwijs dat deze huisartsen al vanuit het NUHI ontvangen.
Voor het NHI geldt, dat zij slechts een deel van de huisartsen kan bereiken. Hier is dus sprake van gedeeltelijke implementatie, met een experimenteel karakter. Wel worden bouwstenen geleverd voor de integrale implementatie voor toetsing. Een belangrijk evaluatiepunt is verder de afstemming van de implementatie van toetsing tussen de doelgroepen van het NUHI en het NHI.
Een uitwerking van de wijze waarop deze afstemming van de beide plannen gestalte wordt gegeven, is terug te vinden in hoofdstuk 2. Vervolgens komt in hoofdstuk 3 het afzonderlijke NHI-voorstel en in hoofdstuk 4 het NUHI-voorstel aan de orde.

Hoofdstuk 2

Afstemming van de NHI- en NUHI-plannen.

1. Strategie tot invoering van toetsing en de evaluatie daarvan.
Invoering van toetsing dient bij voorkeur in een aantal fasen te verlopen. Alvorens tot invoering op grotere schaal over te gaan verdient het aanbeveling om op kleinere schaal de mogelijkheden af te tasten en verder te ontwikkelen.
Hierbij kan worden aangesloten op bestaande structurele kaders; deze worden zoveel mogelijk ingeschakeld bij het creëeren van een klimaat voor toetsing. Voor het NHI zijn dit vooral PHV's, NHG Centra, nascholingsgroepen, waarneemgroepen en mogelijk andere bestaande lokale huisartsengroeperingen. Voor het NUHI zijn dit met name de Huisartsopleiders Vereniging, de Nijmeegse arts-assistenten vereniging, en groepen gastheren voor co-assistenten. Met name met het oog op landelijke invoering van toetsing lijkt het wenselijk, dat ook de overkoepelende kaders, dat wil zeggen voor het NHI de beroeps verenigingen en voor het NUHI het IOH, voldoende bij het in gang te zetten proces tot verbetering van het klimaat voor toetsing betrokken worden.
Het NHI zal zich vooral richten op het bereik van de door haar te toetsen doelgroepen via de structurele kaders van de beroepsgroepen en waarneemgroepen. Het NUHI vooral via de rond dit instituut gecentreerde doelgroepen van HAO's en gastheren, en mogelijk ook van arts-assistenten, hoewel deze laatsten niet met toetsingsprocedures volgens het voorliggende voorstel worden benaderd. Overigens zal in de praktijk wel blijken, dat van behoorlijke overlap sprake is, zodat op dit punt veel aandacht aan de samenwerking besteed zal moeten worden. De invoering van toetsing zal kritisch geëvalueerd dienen te worden en op grond van deze evaluatie zullen na beëindiging van het project aanbevelingen gedaan worden ter invoering van toetsing elders in den lande. Voor criteria voor de evaluatie wordt hier verwezen naar de paragrafen 4 van hoofdstuk 3 en 4.

Toetsing en nascholing liggen in elkaars verlengde of zouden in elkaars verlengde moeten liggen. Op grond van de uitgevoerde projecten zullen tevens aanbevelingen gedaan worden over een mogelijke verbetering van de afstemming tussen toetsing en (na)scholing. Deze aanbevelingen kunnen van betekenis zijn voor de activiteiten van de SNH, het PAOH en de (beroeps-)opleiding tot huisarts.

2.2. Evaluatie van de onderlinge toetsing.

Naast de in de vorige paragraaf behandelde evaluatie van de invoeringsstrategie zal ook nagegaan dienen te worden in welke vorm toetsing aan de diverse doelgroepen dient te worden aangeboden. Onderlinge afstemming van de NUHI en NHI plannen biedt de mogelijkheid tot aanbeveling van toetsingsprocedures, die wellicht verschillen voor diverse doelgroepen. Op grond van de afzonderlijke evaluaties van de toetsing in de verschillende doelgroepen zal het project kunnen uitmonden in een draaiboek voor toetsing, gedifferentieerd naar de diverse doelgroepen.
Hierbij valt te denken aan de volgende aandachtspunten:

1) Leerproces: in welke mate is ervaring opgedaan met onderlinge toetsing en zijn huisartsen in staat zelfstandig met toetsing door te gaan?
2) Groepsproces: hoe bedreigend is het toetsingsproces en hoe kan deze het beste worden weggenomen?
3) Methodiek van toetsing: welke methoden, werkvormen en procedures zijn optimaal m.b.t. de gestelde doelstellingen?
4) Hoe was de motivatie, de attitude en de satisfactie van de deelnemers?
5) Is er een proces van normontwikkeling tot stand gekomen?
6) 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?
7) Welke zijn de gebleken behoeften aan (na)scholing?
8) In welke mate zijn veranderingen te constateren in het gedrag van huisartsen?
9) In hoeverre is het mogelijk bestaande organisatorische kaders bij het opzetten van toetsing te betrekken?

Behalve deze gemeenschappelijke aandachtspunten zullen het NHI en NUHI uit de aard van de verschillen ieder een eigen op de specifieke doelstelling afgestemde evaluatie uitvoeren. Hiervoor wordt verwezen naar de projectvoorstellen, zoals beschreven in hoofdstuk 3 en 4.

2.3. Werving en selectie van deelnemers aan toetsingsgroep.

Ook wat de werving en selectie van huisartsen voor de toetsingsgroepen betreft zullen het NHI en NUHI voor de nodige afstemming zorg dienen te dragen.

Een en ander zou als volgt kunnen geschieden:

Het NUHI is reeds in April 1981 met de eerste groepen gestart. Deze groepen maken namelijk deel uit van een lopend project. Het NHI kan eerst enige maanden na goedkeuring van de subsidie met toetsingsactiviteiten beginnen.

Zeker in de eerste fase van beide projecten dient vermeden te worden, dat HAO's die reeds aan het NUHI-project hebben deelgenomen, tevens deel uitmaken van een NHI-groep (hoewel dat in deze fase van het project niet altijd vermeden zal kunnen worden). Het risico is dan te groot dat de huisartsen die reeds met de NUHI-aanpak hebben kennis gemaakt, een te grote invloed op de geheel anderssoortige wijze van toetsing in de NHI-groepen hebben - zulks ten nadele van het functioneren van deze groepen. Omgekeerd is het ongewenst dat HAO's of huisartsgastheren - die immers allen via het NUHI zullen worden bereikt - tevoren reeds deelnemen aan een NHI-toetsingsgroep.

In de tweede fase van het project, wanneer meer duidelijkheid bestaat over de werkwijze van de twee projecten en over de mate van overlap, kan door de project-uitvoerders worden nagegaan of dit een mogelijkheid is en zo ja, of dit ook wenselijk is.

Met andere woorden: het NHI richt zich in de aanvang uitsluitend op groepen huisartsen zonder NUHI-band.

Pas wanneer het NHI op deze wijze onvoldoende deelnemers voor toetsing zou kunnen werven, zou bekeken moeten worden in hoeverre huisartsen met NUHI-band, die nog geen toetsing vanuit het NUHI ondergingen in aanmerking dienen te komen voor de NHI-plannen. Een zorgvuldige afstemming van de werving en selectie lijkt echter een noodzakelijke voorwaarde voor welslagen.

- Planning van het toetsingsproject.

Zoals uit het NUHI plan blijkt (zie hoofdstuk 4) is het project gestart bij een van de doelgroepen, namelijk de huisartsopleiders.
Het ware voor een betere afstemming wellicht wenselijk geweest, dat beide projecten tegelijkertijd waren gestart.
Een en ander is echter moeilijk te realiseren; omdat terugdraaien van een sinds 1½ jaar geleden gestart proces ter bevordering van een klimaat voor toetsing wellicht kunstmatig en nadelig voor het welslagen van het gehele project mag worden beschouwd. Bovendien is aan de groepen huisartsen uit de experimentele fase van het NUHI-plan reeds toegezegd, dat zij een toetsingsprogramma krijgen aangeboden. Deze huisartsen zijn de facto immers ook al benaderd in het kader van een door het NUHI uitgevoerde onderzoek (zie hoofdstuk 4). Overigens zijn aan deze vroegere start ook voordelen verbonden, bijvoorbeeld een tijdige start van het proces tot verbetering van het toetsingsklimaat.

Planningsschema voor de NUHI en NHI doelgroepen:

doelgroepen \ tijdstippen	0 jaar	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jr.
huisartsopleiders	2 groepen		2 groepen 2 groepen 2 groepen		
gastheren voor co-assistenten	2 groepen			2 groepen 2 groepen 2 groepen	
NUHI groep perifere huisartsen		2 groepen			
NHI groep perifere huisartsen		2 groepen		2 groepen 2 groepen 2 groepen 2 groepen	
NHI groep landelijk*		4 groepen		12 groepen	

* Ofschoon losstaand van het integreerde NHI-NUHI-project, zijn volledigheidshalve ook de niet regionale NHI-toetsingsgroepen in dit schema vermeld.

Fase 1 omvat steeds de experimentele fase en de fasen 2 de implementatiefase. Voor een gedetailleerdere planning en voor de inhoud van deze fasen wordt weer verwezen naar de afzonderlijke voorstellen (zie hoofdstuk 3 en 4). Verslaggeving wordt geplanned aan het eind van fase 1 en voorts zal er een jaarlijks voortgangsverslag gemaakt worden. Het totale project wordt afgesloten met een eindrapportage. Bij de planning is er dus van uitgegaan dat het NUHI in de experimentele fase (dus de fasen 1) 6 groepen van 12 huisartsen benadert en het NHI (voor zover het de regio Nijmegen betreft) 2 groepen van 12 huisartsen. In de implementatiefase zijn dat (voor zover het de regio Nijmegen betreft) respectievelijk 12 groepen van 12 huisartsen voor het NUHI en 8 groepen voor het NHI. Het NUHI benadert in fase 1 vanwege eenmaal aangegane verplichtingen ook twee groepen huisartsen zonder band met het NUHI.

5. Organisatie van het project.

Het NHI en het NUHI behouden ieder hun eigen projectorganisatie; met een eigen projectleider en overige projectuitvoerders.
Wel dienen deze afzonderlijke organisaties ook via regelmatig overleg op niveau van de projectuitvoering met elkaar verbonden te worden. De taak van dit overleg ligt onder meer op het vlak van uitwisseling van instrumenten, gegevens en ervaringen, gezamenlijke strategiebepaling, afstemming van werving en selectie van de doelgroepen en de gezamenlijke rapportage. Daartoe zal zeker bij de start van het project vaker dan één keer per maand gemeenschappelijk overleg plaats dienen te vinden. Het overleg zal echter ook in het vervolg van het project minstens één keer per maand plaats dienen te vinden. Deelnemers aan het overleg zijn de projectleiders en uitvoerders van beide projecten.

Verder wordt ten behoeve van beide projecten een begeleidingscommissie gevormd. Leden zijn één vertegenwoordiger van elk instituut, één vertegenwoordiger van LHV, één van NHG, één vertegenwoordiger namens de Hoofdinspectie, een vertegenwoordiger namens het departement, een deskundige op het gebied van de toetsing, en een vertegenwoordiger van het IOH, en eventueel vertegenwoordigers van potentiële financiers van intercollegiale toetsing.

Taken voor de begeleidingscommissie zijn:

a) bewaking van de voortgang en de kwaliteit van het project
b) coördinatie van de twee projecten
c) zorg voor optimale evaluatie en rapportage
d) bewaking van de begroting

De projectleiders dragen zorg voor:

1) de met tussenpozen van één jaar te verschijnen interimrapportages.
2) De rapportage na afloop van de experimentele fase, met een evaluatie van de beide afzonderlijke projecten en een draaiboek voor de implementatiefase. Op grond hiervan adviseert de begeleidingscommissie het departement over de voortgang van het project na de experimentele fase zodat tijdig bekend is op welke wijze het project na de experimentele fase dient te worden voortgezet.
3) Een gezamenlijk eindrapport aan het einde van het project met aanbevelingen voor invoering van toetsing elders.

Hoofdstuk 3. Het N.H.I.-project.

3.1. Inleiding.

Het onderhavige project richt zich op onderlinge toetsing door huisartsen die reeds langer in de praktijk werkzaam zijn.
Onderlinge toetsing is meer dan zelftoetsing, kent een zekere bedreiging maar is veiliger dan externe toetsing. De huisarts is verder minder adequaat opgeleid voor zijn beroep dan de specialist; veelal werkt hij ook meer geïsoleerd. Dit veroorzaakt veelal onzekerheid, die kwetsbaar maakt en toetsing als bedreigend doet ervaren.
Daar staat tegenover dat onderlinge bespreking van praktijkervaringen aan de deelnemers vaak onthult dat deze onzekerheid over het eigen functioneren een gemeenschappelijk kenmerk van alle deelnemers is. Dit leidt tot een herkennings-effect dat zeer positief wordt ervaren en bijdraagt aan de motivatie van de deelnemers. Op die grond mag een zelfbevorderend effect van onderlinge toetsing worden verwacht en ook een bereidheid van de deelnemers om na de periode van dit experiment met toetsen door te gaan. Positieve ervaringen met onderlinge toetsing in de ziekenhuiswereld en de verschillende vragen om advies over toetsing die de werkgroep van huisartsenzijde bereiken, doen veronderstellen dat de tijd rijp is voor onderlinge toetsing van huisartsen.
Toetsing in de huisartsgeneeskunde is overigens moeilijker dan intramuraal omdat de functiebepaling - het takenpakket - van de huisarts minder duidelijk vaststaat dan van de specialist. Onderlinge toetsing kan aan de verheldering van de taak-stelling anderzijds een belangrijke bijdrage leveren.
Het project is in eerste instantie gericht op huisartsen die reeds langer in de praktijk werkzaam zijn en die niet reeds op universitaire huisartseninstituten in aanraking zijn gekomen met onderlinge toetsing.
De opzet is om te werken met een eerste zestal groepen van acht tot twaalf huisartsen in de experimentele fase (= fase 1) gevolgd door een twintigtal groepen in de implementatiefase van het project.
Het aantal per groep berust op overwegingen zoals de grootte van bestaande waarneem-groepen, de mogelijke accomodatie, en groepsdynamische aspecten.
Deze zes groepen werken min of meer gelijk op. Ze worden gedurende het gehele experiment door N.H.I.-medewerkers begeleid. Deze zes groepen worden niet uitsluitend uit de regio Nijmegen gerecruteerd. Gedurende deze fase worden regelmatig ervaringen met de uitvoerders van het Nijmeegse project uitgewisseld. Na afloop worden een evaluatie en rapportage verricht; tevens wordt een aanvang gemaakt met het opstellen van een werkboek voor de implementatiefase.

In de implemenatiefase wordt onderlinge toetsing uitgevoerd in 18 groepen van 10 huisartsen[1)], waaronder bijvoorbeeld een achttal in de regio Nijmegen, de overige landelijk verspreid. Deze groepen beginnen niet gelijktijdig, doch met tussenpozen, bijvoorbeeld iedere twee maanden twee groepen.
De wijze van onderlinge toetsing is in principe gelijk aan die van de experimentele groepen, met eventueel wijzingen op grond van de ervaring uit de experimentele fase . Deze groepen worden echter minder intensief begeleid: alleen de eerste vijf en de laatste twee bijeenkomsten worden door de projectmedewerkers van het N.H.I. bijgewoond.
In plaats van de persoonlijke begeleiding beschikken de groepen over een uitvoerig werkboek en wordt waar nodig advies in de vorm van consultatie gegeven. Het is de bedoeling dat deze groepen na de medewerking aan dit project doorgaan met onderlinge toetsing.
Bovendien wordt in de implementatiefase aandacht besteed aan de opzet van een blijvende infrastructuur van de onderlinge toetsing. Het is de bedoeling dat de groepen uit de implementatiefase de onderlinge toetsing na de projectfase voortzetten en dat bovendien ook de overige huisartsen uit de regio Nijmegen en elders aanvangen met onderlinge toetsing. Daartoe is ondersteuning, die vermoedelijk zowel van centrale als van regionale aard zal zijn (vergelijk de centrale en regionale coördinatie van de nascholingsgroepen van huisartsen), nodig.
Het opbouwen van een infrastructuur voor toetsing is een taak waarvoor de beroepsorganisaties primaire verantwoordelijkheid claimen. De opzet van regionale ondersteuning in het kader van dit project zal dus in moeten spelen op de ontwikkelingen zoals die in de komende jaren door de beroepsverenigingen in gang worden gezet. Het is het voornemen dat in het kader van dit project vanuit het N.H.I. de volgende bijdragen worden geleverd:

- afstemming van de begeleiding van de groepen op de begeleiding aan de huisartsen zoals die door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut wordt gegeven.
- gezamenlijk met Nijmegen uitwerken van één of meerdere werkboeken.
- rapportage en aanbevelingen ten behoeve van de landelijke ontwikkelingen.
- het opzetten van cursussen "begeleiders" van groepen voor onderlinge toetsing van huisartsen.

Deze werkzaamheden in het kader van de implementatiefase van dit project kunnen thans nog niet nauwkeurig worden omschreven. Zij zijn afhankelijk van het verloop van de experimentele fase van het N.H.I. - en van het N.U.H.I. - project en van de landelijke ontwikkelingen.

het aantal 10 is bedoeld als gemiddelde grootte.

Doelstelling van het project.

In Nederland - evenals in het buitenland - bestaat op het gebied van onderlinge toetsing van huisartsen nog nauwelijks ervaring. Bergsma beschreef in 1966 hoe huisartsen elkaars praktijkvoering observeerden.
Systematisch vergaarde informatie over het initiëren, begeleiden, evalueren en in stand houden van onderlinge toetsing door huisartsen ontbreekt.
Er is een duidelijke behoefte aan een systematische handleiding, zo men wil een "werkboek" voor onderlinge toetsing.
Van belang is dat toetsing wordt tot een instrument dat leidt tot liefst aantoonbare kwaliteitsverbetering van de huisartsgeneeskunde. Het gevaar dat het bestaan van toetsing alleen fungeert als afleidingsmanoevre of als tegenargument bij aanvallen op de huisartsgeneeskunde moet vermeden worden.
Daarom is de eerste doelstelling van dit project:

1. Het verkrijgen van ervaring met onderlinge toetsing door huisartsen.

   Van der Voort bespreekt het invoeren van toetsing in termen van een veranderingsproces. Wanneer een huisartsengroep wil beginnen aan onderlinge toetsing, dan zullen naast positieve factoren ook diverse weerstanden tegen dit fenomeen in die huisartsengroep optreden; Van der Voort noemt onder meer: de weerstand tegen verandering, de twijfel aan de noodzaak, de vrees voor kritiek op eigen handelen, de angst niet in staat te zijn tot verandering.
   Hij maakt duidelijk dat het tot stand komen van goede onderlinge toetsing naast moed, beleid en trouw ook systematische aanpak en begeleiding vergt.
   Dat is het tweede doel:

2. Het bieden van begeleiding en een systematische werkwijze aan een aantal groepen huisartsen die onderling willen toetsen.

   De betreffende groepen zullen na het doorlopen van het toetsingsproces in staat en bereid moeten zijn het toetsingsproces zonder begeleiding voort te zetten. Het is ongewenst dat toetsing van huisartsen blijvend intensieve begeleiding behoeft. Wel dient incidentele ondersteuning en advisering mogelijk te zijn.
   Het is de bedoeling dat in de experimenteerfase bezien wordt op welke wijze de begeleiding opgebouwd kan worden, zodat in de implementatiefase volstaan kan worden met tijdelijke ondersteuning door de begeleiding.

3. Het tot stand komen van een werkboek ten dienste van toekomstige toetsingsgroepen, opdat deze groepen zich zelfstandig met toetsing bezig kunnen houden. Wel zal op basis van consultatie deskundige ondersteuning vanuit het instituut mogelijk moeten blijven.

4. Het doen van voorstellen m.b.t. de integrale invoering van toetsing elders in den lande
ondermeer op basis van de ervaringen opgedaan door uitwisseling van methoden en know-how tussen de medewerkers van het N.H.I.-project en het N.U.H.I.-project; alsmede op basis van de ontwikkelingen die door de beroepsorganisaties in gang gezet worden m.b.t. promoting, werving en ondersteuning ten dienste van een (regionale) infrastructuur.
5. Voor de implementatiefase geldt nog bovendien het tot stand komen van een cursus ten dienste van groepsleiders van toekomstige toetsingsgroepen die door middel van een 1 - of 2-daagse cursus aan de hand van het werkboek in staat gesteld moeten worden hun groep te begeleiden.

Beschrijving van het project.

1. Doelgroep.

Het N.H.I.-project richt zich in eerste instantie op huisartsen die geen band hebben met de universitaire huisartseninstituten. Gezien het landelijke karakter van het N.H.I. beperkt het N.H.I. zich niet tot de regio Nijmegen.
Wel zullen zowel in de experimentele fase als in de implementatiefase enkele groepen in de regio Nijmegen worden gevormd.
De samenwerking tussen de beide instituten is reeds in hoofdstuk 2 beschreven. Vooral ter vervulling van de vierde doelstelling zal hierdoor ervaring worden opgedaan.
Voor de werving van de huisartsen zal zoveel mogelijk worden aangesloten op bestaande structurele kaders, zoals P.H.V.'s, N.H.G.-centra, nascholingsgroepen, waarnemingsgroepen en mogelijk andere bestaande locale huisartsengroepen.

2. Methodiek.

a De huisartsengroepen en het verloop van het toetsingsproject.

Een huisartsengroep die zich bereid verklaard heeft deel te nemen aan dit experiment besteedt eerst twee bijeenkomsten aan het algemene onderwerp "toetsing". Deze bijeenkomsten dienen om de deelnemers zich bewust te laten worden wat "toetsing" inhoudt en vooral dat het deelnemen aan een dergelijke groep een principiële bereidheid tot het ter discussie stellen van eigen handelen en (zo nodig) van een verandering daarvan nodig maakt. Verder wordt de opzet van dit experiment besproken, met name wat er van de groep zelf, van de begeleider en vanuit het project verwacht mag worden aan inzet, trouw, hulpverlening enz.

Deze bijeenkomsten worden geleid door "toetsingsbegeleiders".
In het algemeen vergaderen de groepen 1 x per 14 dagen.

Na deze bijeenkomsten besluit de groep al dan niet tot toetsing over te gaan.
Indien het eerste het geval is, wordt een "contract" afgesloten waarbij de huisartsen groepsleden zich verplichten aan het toetsingsexperiment de gehele periode te blijven deelnemen; voor de projectleiding geldt de verplichting gedurende deze periode de benodigde begeleiding en verdere hulp te bieden. Projectbegeleiders en -leiding verplichten zich om de vertrouwelijkheid van hen bekende gegevens te waarborgen.

Vervolgens wordt in onderling overleg een onderwerp vastgesteld.
Mogelijkheden en procedures hiervoor komen hierna bij b. aan de orde.
Na het vaststellen van het onderwerp dienen door de groep criteria te worden vastgesteld volgens welke - naar de mening van de groep - het huisartsgeneeskundig handelen met betrekking tot het gekozen onderwerp zou moeten zijn.
Daarbij kan ondermeer gebruik worden gemaakt van discussie, litteratuur, bestaande - al dan niet te modificeren - schemata, etc. Indien nodig of gewenst wordt vanuit het project hierover informatie gegeven, in de vorm van documentatie, enz.
Het is niet de doelstelling van toetsing om normen te ontwikkelen die een fundamenteel wetenschappelijke onderbouwing geven van stukjes huisartsgeneeskundig handelen. Toetsing op zich, als middel om het functioneren van de huisarts te verbeteren is immers het hoofddoel. Wel zal het formuleren van criteria en normen welke als optimaal haalbaar worden beschouwd, een bijdrage kunnen leveren tot de wetenschappelijke onderbouwing van de huisartsgeneeskunde.
De uiteindelijk geformuleerde criteria zullen de resultanten zijn van wetenschappelijke wenselijkheid, individuele mogelijkheden en structurele invloeden als praktijkorganisatie en regionale geneeskundige voorzieningen en faciliteiten.
De verwachten valt dat deze fase van criteria vaststellen waarover binnen de groep concensus zal gaan bestaan een van de moeilijkste van het project zal zijn.
Overigens is het niet ondenkbaar dat enige inter-doktervariatie binnen de op te stellen criteria kan blijven bestaan.
Vervolgens wordt nagegaan hoe de handelwijze van de groepsleden bij het gekozen onderwerp is. Bij zeer frequent voorkomende onderwerpen zal wellicht onderlinge observatie mogelijk blijken; gewoonlijk zal door speciale zelf in te vullen registratieformulieren of bij het uitwerken van andere observatieschema's hulp geboden worden. Waar mogelijk wordt objectief materiaal zoals receptuur en laboratoriumgebruik bestudeerd.

Het is ook hier weer niet de bedoeling dat zo objectief mogelijk het praktijkgedrag wordt gemeten. Wel is het nodig zoveel mogelijk duidelijkheid hierover te verkrijgen. Noodzakelijk hiervoor is een gevoel van vertrouwen binnen de groep en waar mogelijk - teneinde het risico voor het verkrijgen van sociaal-wenselijke antwoorden of beschrijvingen van handelswijzen te vermijden - ondersteuning door bovengenoemde hulpmethoden.
De ontwikkeling van deze hulpmethoden zal een relatief grote taak zijn van de projectleiding en -begeleiders. Anderzijds kan juist ten gevolge van de samenwerking met de universitaire huisartseninstituten van reeds ontwikkelde meetinstrumenten gebruik worden gemaakt.

In het volgende stadium wordt door de groep met de begeleiders besproken hoe de handelwijze veranderd kan worden. Is het alleen een zaak van afspreken of is hiervoor een nascholing of eventueel zelfs een training nodig ?
Indien dit laatste het geval is, kan - indien nodig - opnieuw vanuit het project hierbij hulp worden aangeboden. Daarna wordt de observatie herhaald en tenslotte verzorgt de begeleider in overleg met de groep een verslag.

De onderwerpkeuze.

Juist met het oog op de te gebruiken praktijkobservatiemethoden - of eventueel de ontwikkeling daarvan - is volledige vrijheid van keuze ten aanzien van het te toetsen onderwerp onwenselijk. Een moeizame ontwikkeling van meetinstrumenten zou het project ernstig kunnen vertragen.
In dit toetsingsexperiment wordt aanbevolen uit te gaan van een achttal van te voren vastgestelde onderwerpen, waaraan de groep desgewenst twee "eigen" onderwerpen kan toevoegen. Algemene criteria voor onderwerpen zijn: het onderwerp moet direct het huisartsgeneeskundig handelen betreffen; voldoende frequent voorkomen en voldoende belangrijk zijn. Naar inhoud zullen de onderwerpen passen in de volgende rubrieken:

onderwerpen die inhoudelijk het huisartsgeneeskundig handelen betreffen, zoals hypertensie, diabetes, urineweginfecties (waarvoor eventueel van bestaande schemata gebruik gemaakt kan worden) of het uitvoeren van lichamelijk onderzoek (bijv. door vaststellen van minimum eisen bij bepaalde klachtenpatronen).
onderwerpen op het gebied van de praktijkvoering, bijv. instrumentarium (welke, aan welke eisen te voldoen), laboratorium (wat te onderzoeken bij welke indicatie), medische registratie (opstellen van minimumeisen).

- Onderwerpen gericht op verwijsgedrag of receptuur, bijv. hoe te verwijzen, bij welke indicatie; wat kan of moet de huisarts zelf doen alvorens tot verwijzing over te gaan; verwijsbrief; voorschrijfgedrag: gewenste of ongewenste medicatie bij een bepaalde situatie; polypragmasie; verenigbaarheid van geneesmiddelen; optimale dosering, etc.

De gekozen voorbeelden zijn willekeurig. Het definitief opstellen van de acht "voorgeprogrammeerde" onderwerpen zal door de projectleider en begeleiders met behulp van externe adviseurs en van de begeleidersgroep geschieden.
Het kiezen van een onderwerp door de groepsleden zelf kan geschieden met behulp van een scorelijst, b.v. volgens die van SHARF. Hierbij kent ieder groepslid per voorgesteld onderwerp een puntenwaardering toe met betrekking tot de volgende aspecten:
- frequentie van voorkomen
- belangrijkheid van de aandoening
- zijn kennis over het onderwerp
- zijn bekwaamheid in het hanteren van het probleem (vaardigheden)
- zijn instelling (attitude)

Het onderwerp met de hoogste totaalscore komt dan voor toetsing in aanmerking.

. Tijsplanning.

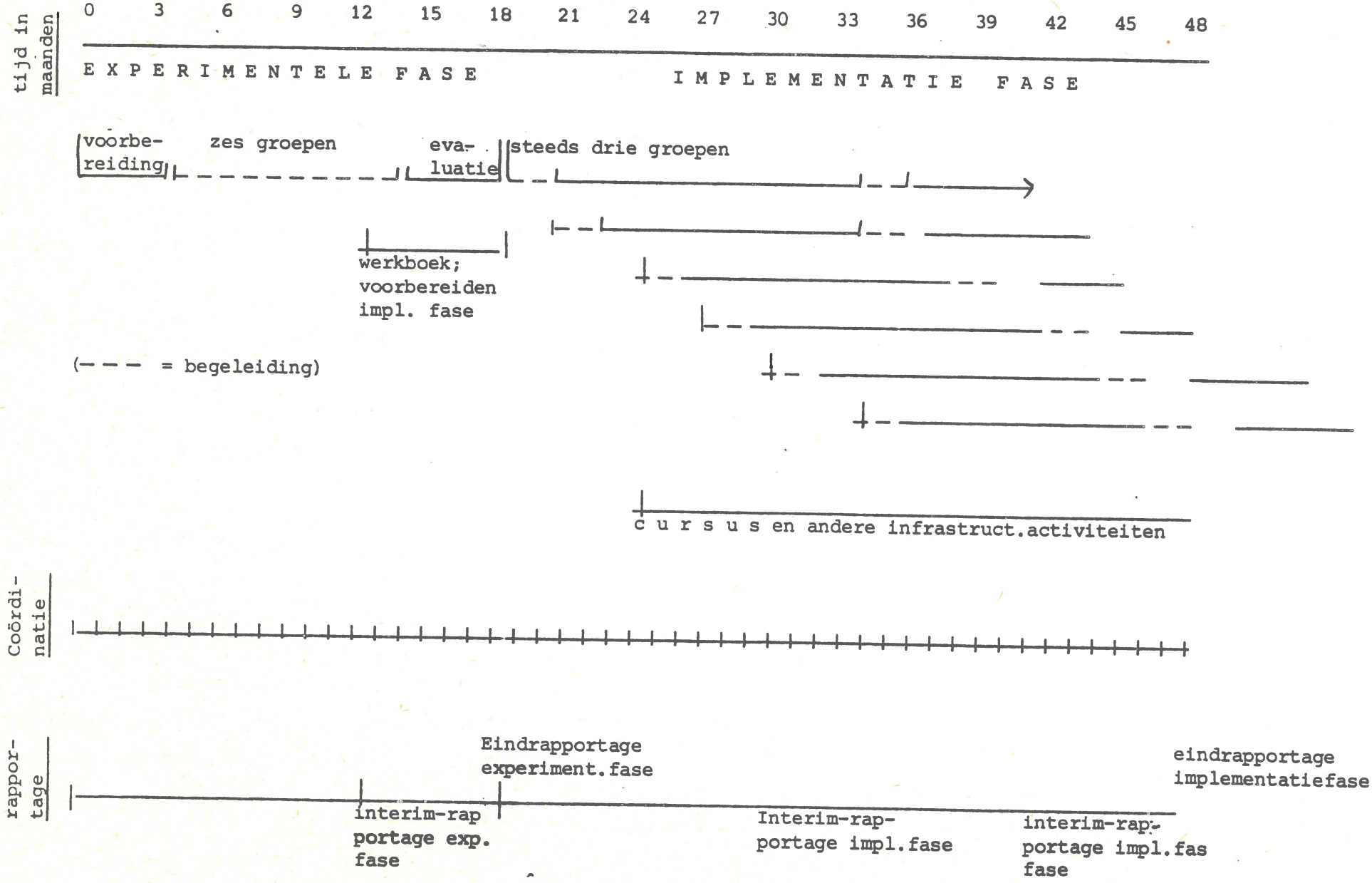
Per toetsingsgroep is de volgende fasering aan te brengen.
Totaal 18 maanden, waarvan:

3 maanden voorbereiding
12 maanden werken in de groep
dit is 20 bijeenkomsten voor achtereenvolgens:
inleiding (2)*, onderwerpenkeuze (1), onderlinge observatie (3), vaststellen van criteria (3), vergelijken van observatiegegevens en criteria (2), veranderingsfase (nascholing b.v.) (3), tweede observatie (3), rapportage per groepslid (1), reserve: (2).
3 maanden evaluatie.

De 6 groepen in de experimentele fasen lopen ongeveer gelijk op, zodat het totaal van fase 1 ongeveer 1½ jaar bedraagt.
In de evaluatiefase van de experimenteergroepen dient ook het werkboek te worden gemaakt, alsmede voor voorbereidingen te worden getroffen voor de implementatiefase.

cijfers tussen haakjes geven geplande aantal zittingen aan.

2.5 schema N.H.I.-plan



Na de rapportage over de 1e fase dient door de begeleidingscommissie en de financiers een besluit te worden genomen over de voortgang van het project.

De implementatiefase duurt totaal ± 2½ jaar, waarin bijv. om de twee maanden twee nieuwe groepen kunnen starten. Totaal zijn in deze periode 18 groepen in het project betrokken.

Evaluatie.

De evaluatie van het project heeft het karakter van een formatieve en summatieve procesbeschrijving, neergelegd in tussentijdse rapportages en de eindrapportage. Op regelmatige tijdstippen dient nagegaan te worden of de doelstelling van het project nog voor ogen staat; de gebruikte methoden adequaat zijn om de doelstelling te realiseren; de verschillende procescomponenten als werkvormen, procedures, activiteiten van deelnemers en begeleiders en groepsdynamiek bijdragen tot een goed verloop van het project of aanleiding geven tot bijsturen. Ten aanzien van evaluatie omtrent het effect van het toetsingsproces dient in de rapportage aandacht te worden geschonken aan waarnemingen binnen de groepen over het al of niet veranderd gedrag van de huisartsen en aan de resultaten van de observaties van het praktijkgedrag. Ondanks de bovenbeschreven systematiek wordt niet in eerste instantie naar een uit wetenschappelijk oogpunt qua validiteit en objectiviteit optimale evaluatie gestreefd; een dergelijke evaluatie valt buiten de doelstellingen van dit project. Uiteraard zou een dergelijke evaluatie zeer waardevol zijn, maar de uitvoering van dit project zou er te zeer door belast worden. Het is denkbaar en wenselijk dat door een wetenschappelijk instituut in een latere fase een dergelijke evaluatie wordt uitgevoerd.

Meer uitgewerkt naar de experimentele fase en de implementatiefase zijn de volgende evaluatie-criteria van belang:

Na de experimentele fase:

a. de in hoofdstuk 2.2. (pag. 5) beschreven punten 1 t/m 8 t.a.v.
   1. leerproces
   2. groepsproces
   3. methodiek
   4. motivatie
   5. normontwikkeling
   6. begeleiding
   7. behoefte aan nascholing
   8. gebleken gedragsveranderingen.

). daarnaast nog de volgende criteria"

1. voldoende deelname aan de groepen en een positieve beoordeling door de deelnemende huisartsen blijkens hun rapporten.
2. tot stand komen van ervaring en "know-how" blijkens de rapportage over deze fase door de projectmedewerkers.
3. tot stand komen van een werkboek
4. tot stand komen van een verder uitgewerkte projectbeschrijving voor de implementatiefase
5. (zo mogelijk) formuleren van voorstellen t.a.v. ontwikkelingen op landelijk gebied dankzij het project.
6. het tot stand komen van een rapportage betreffende de organisatie van het project, voor wat betreft werving, samenwerking met het N.U.H.I. en de beroepsgroeperingen.
7. het bekend zijn met op welke wijze doelgroepen gemotiveerd kunnen worden om in de implementatiefase aan toetsing te gaan deelnemen.

oor na de implementatiefase.

. opnieuw de hierboven genoemde punten 1 t/m 8.

. daarnaast

1. het tot stand komen van een definitief werkboek aan de hand van de ervaringen opgedaan in de experimenteerfase en de implementatiefase.
2. tot stand komen (liefst samen met N.U.H.I. en zo mogelijk met andere universitaire huisartseninstituten) van een cursus voor toetsingsbegeleiders.
3. gezamenlijke rapportage tezamen met het N.U.H.I. ten behoeve van de gewenste infrastructuur.
4. voldoende deelname en doorgaan na afloop van het project van onderlinge toetsing door de 18 groepen huisartsen.

:ganisatie van het project.

ast de deelnemende huisartsen zijn voor het project twee begeleiders nodig, dacht wordt aan een huisarts en een gedragswetenschapper, beiden voor 0,7 functie. rder een projectleider, een secretaresse, een typiste, een financieel administra- ur; allen in part-time functies.

uitvoering binnen het Nederlands Huisartsen Instituut vindt plaats door de deling Nascholing en Training. De coördinator: J.B. de Groot, arts; deze fungeert vens als projectleider. De andere functionarissen worden voor de duur van het oject aangetrokken.

Voor de uitvoering van het project (besteding van de gesubsidieerde gelden, tijdsplanning) is het N.H.I. rechtstreeks verantwoording verschuldigd aan de subsidiegever. Taak van de in te stellen begeleidings-commissie is reeds beschreven in hoofdstuk 2.

Taken projectmedewerkers.

a. De projectleider is de eerst verantwoordelijke persoon met betrekking tot het verloop van het project. Hij coördineert de werkzaamheden van de andere projectmedewerkers en onderhoudt de noodzakelijke externe contacten. Naast contacten met de begeleidingscommissie, de beroepsorganisaties en organisaties"in het veld" behoort daartoe het directe contact met de projectleider van het N.U.H.I.-project, ter coördinatie van het werkoverleg zoals in hoofdstuk 2 beschreven. Ook t.a.v. promoting en werving zal hij een belangrijke taak hebben.

b. De toetsingsbegeleiders.
De noodzaak van deskundige begeleiding is reeds uitgewerkt.
Een van de uitgangspunten is dat toetsingsprocessen niet blijvend, een dergelijke begeleiding kunnen krijgen. De uiteindelijke doelstelling om toetsingsgroepen selfsupporting te maken moet ook tot uiting komen in de aard van de begeleiding in dit experimentele toetsingsproject. Na intensieve begeleiding in de beginfase zal worden bezien op welk moment deze een meer consultatief karakter kan krijgen. De ervaringen opgedaan bij de eerste vijf tot acht groepen zullen worden verwerkt in de tweede cyclus.
De ervaringen van het gehele experiment zullen moeten leiden tot een advies over de opzet van toetsingsgroepen in de toekomst, die via een consultatiefase in een later stadium meer en meer self-supporting kunnen worden.

De taken van de toetsingsbegeleiders zijn samengevat:

- samen met de projectleider en adviseurs vaststellen van de acht "vaste" onderwerpen en het operationaliseerbaar maken van prakijk-observatiemodellen.
- inhoudelijk: informatie en leiding geven wat betreft de toetsingsprocedure (de niet-huisartsgeneeskundige kant)
- begeleiden van het groepsproces met name in het kader van het veranderings-proces dat geslaagde onderlinge toetsing behoort te zijn. Veiligheid bieden.
- stimulerend werkzaam zijn.
- signaleren wanneer het gewenst is, deskundig advies inwinnen.
- eventueel zal een van de toetsingsbegeleiders ook inhoudelijke deskundigheid over huisartsgeneeskunde kunnen inbrengen. Noodzakelijk is dit echter niet.

- rapportage. Deze rapportages omvatten dus de rapportage aan het eind van de experimentele fase, de jaarlijkse voortgangsrapportages en de eindrapportage aan het eind van het project.
- het maken van een werkboek aan het eind van de experimentele fase en bijstelling daarvan in de implementatiefase.
- het maken van een opzet voor de cursus voor toekomstige toetsingsbegeleiders.
- het maken van voorstellen m.b.t. de integrale invoering van toetsing.

De deskundigheid van de begeleiders is essentieel voor het project.
Deze wordt op drie manieren bereikt:

1. Door begeleiders aan te zoeken met enige deskundigheid in het begeleiden van groepsprocessen. Gedacht wordt aan huisartsen met bestuurservaring; huisartsen die aan trainingsgroepen of nascholingsgroepen hebben deelgenomen, aan gedragswetenschappers met ervaring met het werken met groepen huisartsen.
2. Door voortdurende werkbespreking te houden met elkaar en de medewerkers van het N.U.H.I.-project.
3. Door op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen rond toetsing door middel van litteratuur, congressen, etc.

.6. Begroting en mankracht voor het N.H.I.-project.

Voor de begeleiding van de groepen in de experimentele fase, voor de voorbereiding en de rapportage zijn twee part-time wetenschappelijke medewerkers nodig; deze nemen de begeleiding van de groepen deels gezamenlijk ter hand.

Vermoedelijk kan met deze staf ook volstaan worden tijdens de implementatie-fase, waarin de groepen slechts gedeeltelijk worden begeleid, maar waarin ook veel aandacht aan de afstemming op het Nijmeegs project, opzetten en geven van cursussen en dergelijke moet worden besteed.

Dit leid tot de volgende begroting op jaarbasis (eventueel te herzien voor aanvang van de implementatiefase) (prijspeil 1981).

Personeel	Schaal	
0.2 projectleider (J.B. de Groot, huisarts)		P.M.
0.7 huisarts	148.7	f 70.490,=
0.7 gedragswetenschapper	130.4	59.500,=
0.5 secretaresse	32	18.300,=
adviseurs - 30 uur		10.000,=
typiste (uitzendkracht)		10.500,=
financiën en administratie		6.400,=
		f 175.190,=

Materieel.		
Reiskosten	f 12.000,=	
Verwervingskosten	7.000,=	
Huisvesting	6.800,=	
Inventaris	7.200,=	
Kantoorbenodigdheden drukwerk	2.500,=	
Porti, telefoon	2.500,=	
Vergaderingen, diversen	3.000,=	
Rapportage	1.600,=	
P.R.-beleid/werving	4.000,=	f 47.600,=
	Totaal	f 222.790,=

4. Intercollegiale Toetsing in de huisartsgeneeskunde.
Een Projectvoorstel Toetsing vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

1. Inleiding

Sinds 1973 wordt op het Nijmeegs Universitair Huisartseninstituut een door het preventiefonds gesubsidieerd onderzoeksproject,"preventie van somatische fixatie", uitgevoerd. Het denken in termen van processen van somatische fixatie is in de afgelopen jaren verder toegespitst en genuanceerd, mede door de voortdurende discussie tussen de stafleden van het N.U.H.I. De theorievorming, die mede door deze discussie en door de resultaten van het onderzoek tot stand kwam, heeft ertoe geleid, dat het fundament gelegd kon worden voor een basale visie op het huisartsgeneeskundig handelen en tot criteria waaraan dat huisartsgeneeskundig handelen zou kunnen worden getoetst.
In het algemeen komt deze visie erop neer, dat huisartsen meer dan tot dusverre alert moeten zijn op hun eigen bijdrage aan eenzijdige somatische aandacht voor de gezondheidsstoornissen, waarmee zij geconfronteerd worden.
Voor een uitvoeriger inwijding in de ontwikkelde visie kan verwezen worden naar enkele publicaties in Huisarts & Wetenschap, naar de interimverslagen van het preventieproject en naar het onlangs verschenen boek over "huisarts en somatische fixatie" (Grol, e.a., 1980).
Hier is het van belang erop te wijzen, dat in het kader van het project preventie van "somatische fixatie" een instrument werd ontwikkeld dat beoogt de preventieve vaardigheden van huisartsen met betrekking tot somatische fixatie te meten (zie bijlage 4.1.). Hoewel het NUHI hiermee voor een specifieke invalshoek heeft gekozen om huisartsengedrag te meten, kan nadrukkelijk gesteld worden, dat de ontwikkelde visie zo basaal en het te meten gedrag zo veelomvattend is, dat aan de hand van de observatiecriteria een algemeen profiel van de huisarts gecreëerd kan worden. Het is dan ook geen toeval, dat op dit moment gepoogd wordt het denken in termen van "somatische fixatie" te integreren in de beroepsopleiding tot huisarts.

Binnen dat kader is reeds ervaring opgedaan met het ontwikkelde meetinstrument. In het afgelopen jaar zijn verschillende groepen huisartsen in de regio Nijmegen benaderd met de vraag, of zij medewerking willen verlenen aan een onderzoek in het kader van het project "preventie van somatische fixatie".

In dit onderzoek worden observatiegegevens van huisartsen gerelateerd aan prescriptie- en verwijsgegevens van deze huisartsen. Gegevens hierover werden verkregen van de plaatselijke ziekenfondsen die bereidwillig hun medewerking aan het onderzoek toezegden. (bijlage 4.2.).

Het ligt verder in de bedoeling enkele groepen van de onderzochte huisartsen uit te nodigen voor een aantal gerichte toetsingsbijeenkomsten, met als doel na te gaan of dergelijke bijeenkomsten van invloed zijn op de verwijs- en prescriptiegegevens en de preventieve vaardigheden van de betreffende huisartsen (zie bijlage 4.1.). Het is evident, dat hierbij in eerste instantie het accent ligt op de onderzoekskant, t.w. effectevaluatie en methodiekontwikkeling. Niettemin kan met de nodige ondersteuning in deze fase van het onderzoeksproject gemakkelijk een aantal toetsingsgerichte activiteiten in combinatie met het project uitgevoerd worden. Bedoeld is hier toetsing in de betekenis van onderlinge toetsing in groepen huisartsen ten behoeve van deze huisartsen, uiteindelijk gericht op de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg. Dit lukt echter niet in het kader van het project "preventie van somatische fixatie".De huidige medewerkers aan dit project hebben vooral een onderzoekstaak op zich genomen. Om de onderlinge toetsing in de regio Nijmegen daadwerkelijk op gang te brengen en meer te ondersteunen dan nu via het genoemde project mogelijk is, zou uitbreiding van mankracht wenstbeerlijk zijn; mankracht die met name specifieke deskundigheid bezit op het gebied van begeleiding van groepen, zowel wat betreft het functioneren van groepen als zodanig, als wat betreft de medisch-inhoudelijke inbreng in groepen en wat betreft het gebruik van de tot dusverre ontwikkelde meetinstrumenten. Onze gedachten gaan daarom uit naar een huisarts en een gedragswetenschapper, om het proces van onderlinge toetsing in de regio Nijmegen op te starten en in de aanloopfase te ondersteunen, met als uiteindelijk doel een sneeuwbal op gang te brenden, die zichzelf in beweging houdt.

Resumerend komt het Nijmeegse voorstel op het volgende neer.

Experimenten met toetsing zijn op dit moment vrij eenvoudig te koppelen aan het onderzoek "preventie van somatische fixatie". Voor dit onderzoek worden ongeveer 1 x 20 huisartsen uit de regio Nijmegen benaderd. Van deze groep worden in principe dezelfde kenmerken van het huisarts geneeskundig handelen gemeten als die welke in de toetsingsexperimenten aan de orde komen (zie bijlage 4.1.).

De 3 genoemde groepen kunnen fungeren als experimenteergroepen. Na deze experimenteerfase, kan toetsing, ook nu weer met de nodige ondersteuning, doorgevoerd worden in alle groepen huisarts-opleiders en huisarts-gastheren. Huisartsen zonder band met het huisartsen instituut komen in principe voor begeleiding door het N.H.I. in aanmerking. Zie hiervoor het Algemene Raamplan.
Ondersteuning wordt dus gevraagd voor toetsingsactiviteiten in de experimenteerfase en in de implementatiefase. Huisartsen, die participeren aan de experimenteerfase doen tevens mee aan het lopende onderzoek "preventie van somatische fixatie". In het volgende zal een en ander nader worden uitgewerkt.

Doelstelling van het toetsingsproject.

Het langere termijn-effect van een op te zetten toetsingsproject in de regio Nijmegen is al in de vorige paragraaf besproken. Via het toetsingsproject dient een ontwikkeling in gang gezet te worden die in de regio Nijmegen het klimaat voor toetsing zodanig verbetert, dat onderlinge toetsing spontaan tot stand komt en met minimale begeleiding in stand gehouden kan worden.
Het project heeft de volgende doelstellingen:

a) Methodiekontwikkeling: toetsing is een bedreigend gebeuren.
Nagegaan zal moeten worden welke methodiek gehanteerd dient te worden om het klimaat voor toetsing zo veilig mogelijk te maken.
Verder dient de methodiek ook op andere aspecten als didactiek, groepssamenstelling etc. geëvalueerd te worden.

b) Normontwikkeling: toetsing verwijst naar normen aan de hand waarvan getoetst kan worden. Normen zijn echter vaak niet of onvoldoende onderbouwd. Met behulp van bestaande kennis zijn op het N.U.H.I. een aantal normen ontwikkeld. Deze zijn echter nog voor discussie vatbaar. In de groepen huisartsen, die voor toetsing in aanmerking komen zal deze discussie gevoerd dienen te worden, zodat de draagwijdte van de normen uitgebreid kan worden naar grote groepen huisartsen.

c) Effectmeting: een volgende doelstelling is een evaluatie van het effect van toetsing op het handelen van de huisarts, zowel wat betreft de preventieve vaardigheden, als wat betreft de prescriptie- en verwijscijfers van de huisartsen.

d) Attitudeontwikkeling: in het algemeen een instelling te kweken waarin toetsing gezien wordt als behorende bij het vak. Door toetsing in eerste instantie vooral op gang te brengen bij huisartsen die betrokken zijn bij het Universitair Huisartsen Instituut, en op die manier te bereiken, dat het onderwijs vanuit het Instituut en vanuit de stagepraktijken van huisarts-opleiders en gastheren zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd.

) Het evalueren van de mogelijkheden tot invoering van toetsing bij de doelgroepen van het NUHI en het doen van aanbevelingen hierover.
Hierbij wordt aandacht besteed aan inhoudelijke en organisatorische aspecten.
Wat de inhoud betreft, wordt nagegaan in hoeverre aansluiting bestaat of is tot stand te brengen tussen het onderwijs dat in het kader van de onderwijstaak van het NUHI toch al aan de doelgroepen wordt geboden en de bij de toetsing naar voren gekomen lacunes in het handelen van huisartsen.
Wat de organisatie betreft: bekeken wordt in hoeverre de voor het onderwijs noodzakelijke organisatie structuur tevens het kader voor de opzet van toetsing kan bieden. Hierbij gaat het om de vraag of er met vaste groepen gewerkt dient te worden en of de onderwijsgroepen dezelfde samenstelling zullen krijgen als de toetsingsgroepen.
Het doen van voorstellen voor de integrale invoering van toetsing bij alle doelgroepen elders in den lande, op grond van de opgedane ervaringen.

Beschrijving van het project.

Doelgroepen.
Het project is gericht op twee doelgroepen, t.w. huisartsopleiders en huisartsgastheren, in totaal ongeveer 1/3 van de huisartsen in de regio Nijmegen omvattend (± 240 huisartsen). Per doelgroep zal het toetsingsproces in twee fasen verlopen, namelijk de experimentele fase en de fase van implementatie.
In de experimentele fase zullen behalve huisartsen, die als huisartsopleider of als gastheer een band met het instituut hebben ook een groep niet aan het NUHI verbonden huisartsen benaderd worden. De reden hiervan is een methodologische.
De onderzoekspopulatie zou anders namelijk nogal selectief zijn.
In de eerste fase worden dus 3 doelgroepen onderscheiden, die in verschillende mate bij het instituut betrokken zijn. Huisartsopleiders zijn het intensiefst bij het instituut betrokken en uit dien hoofde hebben zij al met onderlinge toetsing kennis gemaakt. Gastheren staan wat verder van het huisartsen instituut af en zijn dan ook minder geconfronteerd met toetsingsgerichte activiteiten. De overige huisartsen tenslotte hebben nog geen kennis gemaakt met onderlinge toetsing vanuit het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.
Dit verschil in ervaring met toetsing kan belangrijke consequenties voor de te volgen toetsingsmethodiek hebben. Verder is het niet uitgesloten, dat juist omdat huisartsopleiders en gastheren een selectieve groep vormen, voor hen een andere toetsingsmethodiek gevolgd dient te worden dan voor de overige huisartsen. In de eerste fase zal hiermee geëxperimenteerd worden.

In de implementatiefase kan hiermee rekening worden gehouden op momenten, dat groepen huisartsen die aan onderlinge toetsing willen gaan doen hiervoor begeleiding of advies vragen bij het NUHI. Te denken valt bijvoorbeeld aan groepen arts-assistenten, die ook na hun opleiding nog regelmatig bijeenkomsten beleggen met als doel het eigen handelen aan dat van anderen te toetsen.

. Methodiek.

Op dit moment is alleen de experimenteerfase verder uit te werken. De ervaringen opgedaan in deze fase zullen immers verwerkt worden in de implementatiefase. Wel is zeker dat in de implementatiefase effectmetingen verricht zullen worden op de wijze zoals verderop onder punt 3 wordt beschreven.

1. Van de huisartsen, die bereid zijn aan het project mee te werken, worden 2 spreekuren geobserveerd. Tevens krijgen deze huisartsen een aantal vragenlijsten voorgelegd betreffende hun taakopvatting en de mate waarin samengewerkt wordt met andere disciplines.
   Verder worden een aantal praktijkorganisatorische kwesties aan de orde gesteld als registratie, aanwezige apparatuur en afsprakensysteem. Op grond hiervan zijn belangrijke aanzetten tot structuurtoetsing te maken.Van de spreekuren worden bandopnames gemaakt.
2. De bandopnames worden beoordeeld volgens het ontwikkelde observatie-instrument t.w. het medisch-technisch en het gedragswetenschappelijk deel (bijl. 4.1.). Met de overige verzamelde data worden ook deze gegevens op computer gezet. De begeleiders van de toetsingsbijeenkomsten zullen hierbij intensief betrokken worden om het instrument zelf te leren gebruiken.
3. Analyses worden uitgevoerd op de verzamelde gegevens. Met name wordt onderzocht welke invloed van de preventieve vaardigheden van huisartsen uitgaat op de verwijs- en prescriptiegegevens van de huisartsen. Uit de analyse komt een aantal werkdoelen voor de toetsingsbijeenkomsten naar voren, die ± 3 maanden na de observatie, of zoveel als eerder mogelijk, starten. De stappen 1 t/m 3 worden reeds uitgevoerd in het kader van het project preventie van somatische fixatie.
4. Hoewel dat afhankelijk is van de mogelijkheden van de betreffende huisartsen, wordt in eerste instantie uitgegaan van 2-wekelijkse toetsingsbijeenkomsten van 2½ uur. In de bijeenkomsten wordt zoveel mogelijk probleemgericht gewerkt met behulp van bandopnames van spreekuurcontacten. De bijeenkomsten zijn in eerste instantie gericht op het zelf leren gebruik maken van het observatie-instrument (zie bijlage 4.1.).

Hiertoe zal een voor de toetsing geschikte versie ontwikkeld worden.
Voor de 4e stap is additionele ondersteuning noodzakelijk.

Verder zijn de bijeenkomsten vanaf het begin gericht op een vermindering van de bijdrage van de begeleiders. De concrete opzet, zoals deze wordt voorgesteld, is:

zitting 1:	introductie + demonstratie van het ontwikkelde observatie-instrument (aan de hand van bandjes + observatieschema)	
zitting 2:	beluisteren van geselecteerde bandjes te letten op medisch-technische dimensie + gericht en systematisch werken	nauwkeurig geselecteerd op thema's en aanwezigheid van illustratieve (goed en slechte) elementen
zitting 3:	idem 2, te letten op medisch-technische dimensie + psycho-sociaal handelen	
zitting 4:	idem 2, te letten op medisch-technische dimensie + relationele dimensie	
zitting 5: t/m 20:	selectie van bandjes door huisartsen a.h.v. de meest frequent voorkomende klachten, beluisteren van bandjes, werken met het observatie-instrument (zie bijlage 4.1.).	geleidelijk aan terugtrekken van begeleiding. Introductie van consultatiemogelijkheden

In de bijeenkomsten zullen de volgende didactische elementen verwerkt worden:
* variatie in methodiek aanbrengen, zoals in de diepte werken of in de breedt (meerdere soortgelijke contacten bijvoorbeeld), praten over de casus of oefenen met elkaar
* het volgen van een patiënt over enkele contacten heen (huiswerk: iedereen vervolgt enkele patiënten)
* het geven van bepaalde huiswerkopdrachten, bijvoorbeeld maken van bandopnames en het registreren van bepaalde gegevens.

5. Procesevaluatie wordt uitgevoerd door de begeleiders. In de procesevaluatie dienen de volgende aandachtspunten aan de orde te komen:
   1) haalbaarheid van het toetsingsprogramma
   2) satisfactie van de deelnemers aan het programma
   3) voorstellen met betrekking tot de te volgen methodiek op basis van opgedane ervaringen.

Behalve procesevaluatie komt in de experimenteerfase ook effectevaluatie aan de orde. Genoemde elementen van de procesevaluatie zullen eveneens in de implementatiefase aan de orde komen.
De effectevaluatie richt zich in elk geval op:

1) verandering in verwijs- en prescriptiegegevens, t.o.v. huisartsen die niet aan het toetsingsprogramma deelnamen.
2) Veranderingen in preventieve attitudes, te meten met behulp van vragenlijsten, die eveneens bij de observatie werden ingevuld.

Besloten is ook nametingen te verrichten met behulp van het ontwikkelde observatie-instrument. Van de experimentele groepen zijn immers in het project "preventie van somatische fixatie" ook al voormetingen uitgevoerd. De resultaten van de effectmeting zullen echter pas verwerkt worden in de eindrapportage van de implementatiefase.

6. De experimenteerfase dient per doelgroep uit te monden in een voorstel voor de implementatiefase.
Dit voorstel is mede gebaseerd op de intussen opgedane ervaringen, die zowel op het terrein van de haalbaarheid en bruikbaarheid van de programma's, als op het gebied van de effectiviteit liggen.

Het moge duidelijk zijn dat ook voor de stappen 5 en 6 additionele ondersteuning vereist is.

Duidelijkheidshalve: de eerste 3 stappen van de experimenteerfase worden in het kader van het onderzoek uitgevoerd. Stappen 4, 5 en 6 in het kader van de toetsing. Vanwege de inhoudelijke samenhang tussen de stappen 2, 3 en 4 is het aanbevelenswaardig dat de begeleiders van de toetsingsgroepen ook bij stap 2 en 3 betrokken worden. Op dit moment heeft het NUHI al op kleine schaal onder de stafleden-huisartsen geëxperimenteerd met een toetsingsprogramma. Verder is een start gemaakt met de toetsing bij 2 groepen HAO's. Er zijn wel voorbereidingen getroffen voor de opzet van de evaluatie van deze 2 groepen. Uitvoering kan starten op het moment van ingaan van additionele ondersteuning. Hiervoor is in de experimenteerfase een aparte post opgenomen in de begroting. Het programma van deze 2 groepen is op dezelfde leest geschoeid als dat waarmee de experimentele groepen huisartsopleiders, gastheren en perifere huisartsen benaderd zullen worden. Dit betreft de in het schema van pag. 30 geplande 6 groepen. Alle overige huisartsen worden benaderd in de implementatiefase. Dit zijn huisartsen die een band met het NUHI hebben (± 180 huisartsen), dus geen perifere huisartsen. Bij deze groep huisartsen speelt het door het Praeventiefonds gesubsidieerde onderzoek geen rol meer. Bij hen worden geen observaties in de praktijk uitgevoerd. Wel worden in het kader van de evaluatie van het toetsingsprogramma verschillende gegevens verzameld: gegevens over het toetsingsprogramma zelf, hun ervaringen ermee, mogelijke veranderingen in hun gedrag en attitude en over prescriptie-, verwijs- en opnamecijfers van de betreffende huisartsen.

Deze laatste gegevens worden verzameld via de Regionale Ziekenfondsen, waarvan de belangrijkste hun medewerking reeds toezegden. Op deze wijze kan worden nagegaan of bij huisartsen, die het toetsingprogramma ondergingen t.o.v. huisartsen, die hieraan niet of nog niet meededen, andere wijzigingen in deze cijfers optreden of niet.

3. Tijdsplanning.

doelgroepen \ tijdstippen	0 jaar	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jr
huisartsopleiders	2 groepen		2 groepen		
			2 groepen		
			2 groepen		
gastheren voor co-assistenten	2 groepen		2 groepen		
			2 groepen		
			2 groepen		
NUHI groep perifere huisartsen	2 groepen				
NHI groep perifere huisartsen	2 groepen		2 groepen		
			2 groepen		
			2 groepen		
			2 groepen		

Zoals uit het schema blijkt zou het project ongeveer vier en een half jaar moeten duren. Bij de planning is ervan uitgegaan, dat het aantal huisartsopleiders en gastheren tezamen ± 200 bedraagt. Dit betreft het maximale aantal huisartsen, dat voor het toetsingproject in aanmerking komt. Er moet rekening mee gehouden worden, dat verschillende huisartsen kunnen afvallen. Om twee redenen is aan te nemen, dat deze uitval binnen de perken zal blijven. In de eerste plaats bestaat er bij huisartsopleiders en gastheren een groeiende behoefte aan scholing. Ten tweede is de bereidheid om aan het project mee te werken groter, omdat deze huisartsen een vaste band met het huisartsen instituut hebben. Ervan uitgaande dat in fase 1 twee groepen van 12 huisartsopleiders en twee groepen van 12 gastheren benaderd zullen worden, komen in fase 2 nog eens 2 x 6 groepen van 12 huisartsen aan bod. In fase 1 zal in elk geval één groep overige huisartsen benaderd worden.

De fasen 1 van de diverse doelgroepen overlappen voor een groot deel. Dit is ook mogelijk omdat het startpunt ligt bij onderzoek, dat in het kader van een ander onderzoeksproject wordt uitgevoerd en het accent verder ligt op methodiek-ontwikkeling en effectevaluatie.

De fasen 2 overlappen eveneens grotendeels.
Dit is mogelijk omdat in het plan wordt uitgegaan van een onderscheid tussen uitvoerende activiteiten en ontwikkelingsactiviteiten. M.n. in de implementatiefase zal de ontwikkeling minder aandacht vergen, deze tijd komt beschikbaar voor uitvoering.
Bovendien ligt het in de bedoeling de betrokkenheid van de begeleiders bij het toetsingsgebeuren in 3 stadia te laten verlopen:
1. intensieve begeleiding
2. consultatie
3. self-support.
Een uitwerking hiervan kwam in de vorige paragraaf aan de orde. Omdat de snelheid, waarmee de begeleiders zich uit de groepen kunnen terugtrekken nogal kan variëren, zal de implementatiefase flexibel gehanteerd dienen te worden.

4. Evaluatie.
Globaal zijn t.a.v. de evaluatie twee fasen te onderscheiden, t.w. de experimenteer- en de implementatiefase. De aard van de evaluatie is binnen deze afzonderlijke fasen deels verschillend, deels hetzelfde.

Evaluatie van de experimenteerfase: zoals al eerder gesteld, zal de evaluatie hier vooral gericht zijn op methodiekontwikkeling en op het verwerven van inzicht in de wijze van benadering van toetsingsgroepen in de implementatiefase. Toch zullen in deze fase wel allerlei gegevens verzameld dienen te worden en zal de evaluatie-opzet op dat moment dus ook al gereed dienen te zijn. Het ligt namelijk in de bedoeling de effectevaluatie van de toetsing in de experimenteergroep verder uit te werken in de implementatiefase (zie ook paragraaf 4.6.).

)m deze reden is zoals in paragraaf 4.6.
:al blijken voor de experimenteerfase nog geen post voor computerwerkzaam-
ıeden opgenomen. Het eindprodukt van fase 1, de experimenteerfase, betreft
lus een draaiboek voor toetsing bij HAO's, gastheren en perifere huisartsen,
/oorstellen voor de te volgen methodieken voor de diverse doelgroepen en
/oorstellen voor de wijze van invoering van toetsing op grote schaal.
fat de methodiek betreft zal vooral nagegaan worden in hoeverre de gehanteerde
ıpzet gezien tegen de achtergrond van leer- en groepsproces verdere bijstelling
ıehoeft. Een nadere differentiatie van de opzet voor de diverse doelgroepen
ehoort tot de mogelijkheden.
en belangrijk element voor de toetsing volgens het NUHI-plan is de
oodzakelijke theoretische kennis, waarover de doelgroepen dienen te
eschikken. Tussen de doelgroepen bestaan wat dit betreft eveneens
erschillen. Evaluatie op dit punt levert inzicht in de
ehoeften aan scholing van diverse doelgroepen. Tegelijkertijd kan bekeken
orden in hoeverre het opleidingsprogramma voor huisartsopleiders en gastheren
p deze lacunes is afgestemd. Dit kan leiden tot een pakket van aanbevelingen
n tijdens de implementatiefase toetsing en scholing beter op elkaar te laten
ansluiten.
erder is een belangrijk evaluatiepunt de snelheid waarmee begeleiders zich
it de groepen kunnen terugtrekken. Dit is pas mogelijk als de groepsleden
elf in staat zijn tot het hanteren van het toetsingsinstrument (zie bijlage
1.) en van het groepsproces. Verder dient ook uitvoerig bekeken te worden
welke wijze de groepen gemotiveerd dienen te worden. De opgedane ervaring
ent als uitgangspunt voor de implementatiefase.

<u>aluatie van de implementatiefase</u>:naast de onder de experimenteerfase
noemde evaluatiepunten, zal in de implementatie ook bijzonder aandacht
rden geschonken aan effectevaluatie en evaluatie van de strategie tot
voering op grote schaal.
t eindprodukt van deze fase bestaat globaal dan ook uit 3 delen.
t eerste deel bevat de ervaringen m.b.t. de aandachtspunten genoemd bij
evaluatie van de experimenteerfase, nu aangevuld met gegevens uit de overige
oepen huisartsen. Verder zal in het tweede deel uitvoerig worden stilgestaan
j de als gevolg van toetsing opgetreden veranderingen in het gedrag van huis-
tsen.

Hierbij gelden twee invalshoeken, t.w. verandering van gedrag zoals dat zichtbaar worden in de loop van het toetsingsproces (bijv. begin- en eindmetingen volgens PREVARA). Voorts zal nagegaan worden in hoeverre bij huisartsen uit de toetsingsgroepen t.o.v. huisartsen die geen toetsing ondergingen veranderingen in prescriptie- en verwijscijfers zijn opgetreden.
Tenslotte zal in de implementatiefase ook de nodige aandacht besteed worden aan de mogelijkheden tot afstemming van onderwijs en nascholing op de toetsing. Deze vorm van evaluatie dient tot aanbeveling te leiden, die de andere huisartsen instituten behulpzaam kan zijn bij het in gang zetten van intercollegiale toetsing bij deze instituten.
Daarvoor zal al in een vroeg stadium in IOH-verband het overleg geopend worden.

Organisatie van het NUHI-project.
Het NUHI-project vormt een gezamenlijke onderneming van de sectoren basisonderwijs, huisartsenopleiding en sector onderzoek van het NUHI. Binnen het project hebben de onderscheiden sectoren ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Voor de sectoren basisonderwijs en beroepsopleiding heeft deze verantwoordelijkheid vooral betrekking op de uitvoering van toetsing bij de doelgroepen, waarmee deze sectoren via het onderwijs al te maken hebben. De sector onderzoek is verantwoordelijk voor de onderzoeksmatige aspecten van het project, t.w.z. de evaluatie van het effect, de strategie tot invoering van toetsing en de procesevaluatie.
Voor de organisatie van de samenwerking met het NHI en een te formeren begeleidingscommissie wordt verwezen naar 2.5.
Vanuit het NUHI zal voorts gestreefd worden naar nauwe samenwerking op het gebied van toetsing in IOH en NHG verband. Een en ander houdt in dat gestreefd zal worden naar participatie in daartoe relevante overlegsituaties, waarin kennis, ervaring en materialen uit het NUHI-project ingebracht kunnen worden.
De taak van de projectleider ligt vooral op het terrein van de coördinatie van de werkzaamheden van de overige projectmedewerkers en stafleden van de sectoren huisartsenopleiding en basisonderwijs. Hij is de eerstverantwoordelijke persoon met betrekking tot het verloop van het project.

Daarnaast is hij degene die de externe contacten onderhoudt met NHI, de begeleidingscommissie en werkgroepen welke door IOH en NHG ten behoeve van de ontwikkeling van toetsing in het leven worden geroepen. De projectmedewerkers krijgen vooral de uitvoering van toetsing tot taak. Behalve uitvoering impliceert dit ook de voorbereiding van het uitvoerend werk en overleg tussen de toetsingsbegeleiders over de inhoud van het toetsingsprogramma. Wat betreft de ontwikkeling van de theorievorming over toetsing wordt ernaar gestreefd twee personen hiermee te belasten, t.w. een gedragswetenschapper en een huisarts. Overwogen wordt in elk geval ook de projectleider hierbij een taak te geven.
Te denken valt hierbij aan kwesties als ontwikkeling materialen, evaluatie-opzet, theorievorming, methodiekontwikkeling. Om deze reden zal de projectleider vanuit de sector onderzoek dienen te opereren.

1.6. Begroting.

Kosten per peildatum januari 1981

Eerste fase	eerste jaar	¾ jaar
0,5 secretaresse 045.06	f 20.506,--	f 15.380,--
0,8 huisarts 148.07	" 85.830,--	" 64.373,--
0,8 gedragswetenschapper 130.02	" 61.123,--	" 45.842,--
uitzendkracht typewerk		" 9.000,--
periodieke verhogingen		" 3.000,--
kostenwerving	" 3.500,--	
dienstreizen	" 2.000,--	" 1.500,--
huisvesting en inrichting	" 11.000,--	" 9.000,--
reprografie en copeëren (900 orig. x 30)	" 2.000,--	" 1.500,--
kantoor en schrijfbehoeften	" 3.000,--	" 1.100,--
telefoon en porti	" 1.500,--	" 1.100,--
administratie- en beheerskosten	" 2.000,--	" 1.500,--
Kosten observatie ten behoeve van nameting		
huisarts	" 9.580,--	" 12.772,--
gedragswetenschapper	" 13.645,--	" 18.190,--
	f 215.684,--	f 184.257,--

Tweede fase	$1\frac{3}{4}$-$2\frac{3}{4}$ jaar	$2\frac{3}{4}$-$3\frac{3}{4}$ jaar	$3\frac{3}{4}$-$4\frac{1}{4}$ jaar
0,5 secretaresse	ƒ 20.506,=	ƒ 20.506,=	ƒ 10.253,=
0,6 programmeur	" 35.070,=	" 35.070,=	" 17.535,=
1,0 huisarts	" 107.288,=	" 107.288,=	" 53.644,=
1,0 gedragswetenschapper	" 76.404,=	" 76.404,=	" 38.202,=
periodieke verhogingen	" 4.800,=	" 9.600,=	" 7.200,=
uitzendkracht	" 4.000,=	" 4.000,=	" 4.000,=
dienstreizen	" 1.500,=	" 1.500,=	" 500,=
huisvesting en inrichting	" 14.000,=	" 15.000,=	" 8.000,=
reprografie en copiëren	" 1.500,=	" 1.500,=	" 4.000,=
kantoor en schrijfbehoeften	" 1.500,=	" 1.500,=	" 800,=
telefoon en porti	" 1.600,=	" 1.700,=	" 900,=
administratie- en beheerskosten	" 2.000,=	" 2.000,=	" 1.000,=
computerkosten en programmeerhulp	" 9.000,=	" 15.000,=	" 12.000,=
	ƒ 279.168,=	ƒ 291.068,=	ƒ 158.034,=

Totaal fase 1 en 2 ƒ 1.128.211,--

ijlage 4.1.

REVARA - een observatie-instrument.

nleiding.

e afkorting PREVARA staat voor een observatie-instrument met als oel het kunnen beoordelen van preventieve vaardigheden van artsen en in het bijzonder van huisartsen). Deze vaardigheden zijn van elang voor de preventie van processen van somatische fixatie.
nder het proces van somatische fixatie verstaan we het verschijnsel, at mensen door een voortdurende eenzijdige nadruk op de somatische ant van hun klachten of problemen, door hen zelf of door anderen, teeds meer de oplossing van niet-medische problemen gaan zoeken in de edisch-somatische hoek en daarbij langzamerhand vastlopen in een steeds rotere afhankelijkheid van de (somatische) gezondheidszorg.

rocessen van somatische fixatie spelen zich af in relaties tussen ensen en met name in de arts-patiënt-relatie. Dat wil zeggen, dat de uisarts een potentiële participant is in processen van somatische ixatie, en dat de huisarts een eigen rol erin speelt. Het handelen van e huisarts heeft invloed op het ontstaan en voortbestaan van processen an somatische fixatie, en daarom ook op het voorkómen of doorbreken ervan. et doel van het observatie-instrument is, om de werkwijze van huisartsen e kunnen beoordelen naar de mate, waarin deze werkwijze gericht is op et voorkómen van processen van somatische fixatie. PREVARA als observatie-nstrument beperkt zich tot een aantal vaardigheden, die betrekking hebben o het directe contact met patiënten. Het arts-patiënt-contact is een zeer omplex gebeuren en het is moeilijk, zoniet onmogelijk in kort bestek alle aceten van het huisartsen-handelen aan bod te laten komen. We zullen aarom accenten leggen op de vaardigheden, die naar onze mening wezenlijk ijn bij de hantering van processen van somatische fixatie.

vier dimensies van PREVARA.

onderscheiden een viertal preventieve vaardigheden, die verondersteld rden op een bepaalde manier betrekking te hebben op de preventie van matische fixatie.
ee vaardigheden hebben te maken met de inhoud van het contact, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek, therapie, e.d.

1. Medisch-technisch handelen: deze vaardigheid neemt een centrale plaats in, als de huisarts zijn eigen bijdrage aan processen van somatische fixatie wil minimaliseren. Het gaat hierbij om het vermijden van overbodige medische handelingen. Elk teveel, maar ook te weinig of inadequaat medisch-technisch handelen brengt het risico met zich mee, dat er meer en ander medisch handelen nodig is en dat de patiënt meer dan nodig in een ziekenrol of patiëntenrol geduwd wordt. Het kan met zich meebrengen, dat arts en patiënt steeds meer vast komen te zitten op een medisch-somatisch spoor.
2. Psychosociaal handelen: d.w.z. dat de huisarts naast of in combinatie met de somatische aspecten ook allerlei psycho-sociale aspecten in het contact betrekt. Dit hoeft niet alleen in te houden, dat de huisarts psycho-sociale problemen, die zorgen voor lichamelijke onlustgevoelens, bespreekt, maar ook dat hij aandacht besteedt aan de beleving van de klachten of ziekte, aan de betekenis of functie ervan en aan de gevolgen van de klachten voor de patiënt en diens leefsysteem. De huisarts dient dus de klachten en problemen in een zo breed mogelijke contekst te plaatsen en psycho-sociale en somatische aandacht zo goed mogelijk te integreren.

Naast deze inhoudelijke vaardigheden willen we wijzen op het belang van de vaardigheid van de huisarts om op een goede wijze het contact met de patiënt te laten verlopen.

3. Hanteren van de relatie: bij processen van somatische fixatie ziet men vaak dat een patiënt anderen in zijn omgeving en vooral de huisarts c.q. de gezondheidszorg verantwoordelijk maakt voor de oplossing van zijn klachten of problemen. Hij stelt zich dan afhankelijk op t.a.v. de hulpverlening. Veel artsen vergroten die afhankelijkheid door de verantwoordelijkheid voor het wel en wee van de patiënt ook helemaal over te nemen. De inbreng van de patiënt wordt onderschat of niet op prijs gesteld en de arts ontneemt de patiënt zo de mogelijkheid om mee te denken en te beslissen over zijn eigen lichaam en leven. De houding van arts en patiënt kan er in sterke mate toe bijdragen, dat de patiënt vastloopt in een grote mate van afhankelijkheid van de somatische gezondheidszorg. De vaardigheid van de arts in het hanteren van de relatie heeft dan ook voor een groot deel betrekking op de vaardigheid om de verantwoordelijkheid te delen: zorgen voor een open relatie, waarin arts en patiënt als gelijkwaardige partners allebei een eigen deel van de verantwoordelijkheid dragen.

Tenslotte besteden we aandacht aan de vaardigheid van de arts om te zorgen voor een goede opbouw en structuur van het contact.

4. Gericht en systematisch werken: hiermee wordt bedoeld het weloverwogen en methodisch te werk gaan in het arts-patiënt contact. Voor arts èn patiënt dient duidelijk te zijn waaraan en in welke richting er gewerkt wordt. Het is belangrijk, dat arts en patiënt aan hetzelfde bezig zijn. De arts kan door een goede vraagverheldering en door op een aantal momenten in het contact expliciet te formuleren, waar men mee bezig is, ervoor zorgen, dat beiden op hetzelfde spoor zitten. Tevens moet de opbouw en fasering in de tijd zodanig zijn, dat het (voor de patiënt) logisch is, waarom bepaalde stappen op een bepaald moment genomen worden.

Gebruiksdoeleinden van PREVARA.

A. Onderwijsdoel.

Bij het onderwijs aan huisartsen in opleiding, nascholing of toetsing kan het observatie-instrument gebruikt worden voor het beluisteren van elkaars audiobanden of het bekijken van videoopnames. Het instrument dient dan als een systematische leiddraad voor het kijken, het nabespreken en het geven van feedback.

Het gaat er daarbij niet zo zeer om tot een scoring te komen op de vier dimensies. Het is meer van belang om op het observatie-schema aan te geven, waarom men tot een bepaalde beoordeling van de vaardigheden van de arts komt. Daartoe is een speciaal observatie-schema ontworpen, dat gebaseerd is op het PREVARA-scoringsformulier. De toelichting bij het observatie-schema treft men aan in het Werkboek Preventie van Somatische fixatie. Aan elke dimensie is een apart hoofdstuk gewijd, en bovendien treft men daarin enkele hoofdstukken aan, die het werk van de huisarts in een bepaald theoretisch kader plaatsen.

B. Onderzoeksdoel.

Voor onderzoeksdoeleinden is het van belang om te komen tot een scoring op de vier genoemde dimensies. Daardoor kunnen de onderlinge samenhangen tussen de dimensies en de samenhang met andere gegevens (zoals medische consumptiecijfers, attitude vragenlijsten e.d.) worden nagegaan.

De meest eenvoudige scoring is dan of iemand op een dimensie hoog of laag scoort. Door de vaardigheid van de arts over verschillende contacten te bekijken (bijv. één of twee spreekuren) kan men komen tot een totaalscore voor een bepaalde dimensie. Eventueel kan per dimensie een aantal subscores voor belangrijke vragen bepaald worden.

De scores tesamen geven een soort profiel van de huisarts, wat betreft zijn preventieve vaardigheden op het gebied van de preventie van somatische fixatie.
In zijn meest eenvoudige vorm ziet een scoringslijst er dan bijvoorbeeld als volgt uit:

contacten dimensies	1	2	3	4	5	6	7	8	totaalscore
medisch-technisch handelen	-	-	-	+	+	-	-	-	-
psychosociaal handelen	+	+	0	-	+	-	+	+	+
hanteren van relatie	+	-	-	+	+	-	-	-	-
gericht en systematisch	-	-	-	-	0	-	-	-	-

Onder de totaalscore ziet men het profiel van een huisarts over de verschillende contacten. Vanuit de profielen van een grotere groep huisartsen kan men komen tot een typologie: de vier dimensies kunnen tegen elkaar afgezet worden en dit levert 2^4 = 16 cellen op. Men kan dan nagaan hoe de verschillende contacten verspreid zijn over deze cellen. De kans bestaat dat bepaalde cellen meer gevuld zullen zijn dan andere. Het benoemen van die cellen levert dan mogelijk een bruikbare typologie op, waarin de verschillende huisartsen kunnen worden ondergebracht.

De procedure.

De observatie-eenheid is het handelen van de huisarts tijdens een afzonderlijk consult. Deze keuze is om twee redenen gemaakt. Op de eerste plaats is een consult de natuurlijke tijdseenheid, waarin preventief gedrag zich voltrekt en zichtbaar wordt. Een kortere tijdseenheid - bijv. een ononderbroken periode dat de huisarts aan het woord is - zou de beoordeling o.i. geweld aandoen, omdat huisartsgeneeskundige handelen meer is dan de som van een aantal (deel-) handelingen of uitspraken.
Van de andere kant zou een langere tijdseenheid - bijv, een heel ochtendspreekuur - slechts een globaal oordeel mogelijk maken. Daarnaast biedt de keuze van het consult als observatie-eenheid de nodige flexibiliteit ten aanzien van de analysemogelijkheden.

Op basis van een aantal aselect gekozen waarnemingen kunnen mogelijk bepaalde typen van consulten worden onderscheiden.
Op basis van een aantal aselect gekozen waarnemingen bij één huisarts kan de mate van preventief gedrag van deze huisarts worden bepaald, en tenslotte kan een serie contacten tussen huisarts en patiënt worden gevolgd ten behoeve van longitudinaal onderzoek.

Met toestemming van de patiënten wordt een audiobandopname gemaakt. Tijdens de consulten worden een aantal gegevens vastgelegd (t.b.v. de medisch-technische dimensie). De bandopnames worden tweemaal afgeluisterd: eenmaal door een medicus en eenmaal door een gedragswetenschapper. Wat het gedragswetenschappelijke gedeelte betreft wordt een zo goed mogelijk verbatim gemaakt, dat volledig en uitputtend dient te zijn. Het gesprek tussen arts en patiënt wordt zodanig uitgeschreven, dat duidelijk is op welk moment men elkaar interrumpeert, of door elkaar heen praat. Ook als er gelachen wordt, of als men langdurig zwijgt, dient duidelijk te worden uit het verbatim. De volgende stap is dat het verbatim nagelezen wordt en met steekwoorden en coderingen structuur in het geheel wordt aangebracht:

a) gericht en systematische werken:
   code voor de fase vraagverheldering/formulering (1)
   code voor de fase probleemverheldering (2)
   code voor de fase probleemdefinitie (3)
   code voor de fase afwegen van alternatieven en plan (4)
b) psychosociaal handelen en hanteren van de relatie:
   een aantal steekwoorden, overeenkomend met de antwoordmogelijkheden van PREVARA
c) de patiënt:
   een belangrijke informatie c.q. signalen die de arts moet of zou kunnen bespreken,worden onderstreept.

Het verbatim met aantekeningen wordt vastgelegd op formulier A.
Als het verbatim voorzien is van steekwoorden, coderingen en onderstrepingen wordt het scoringsformulier ingevuld, m.b.v een daartoe ontwikkelde handleiding.

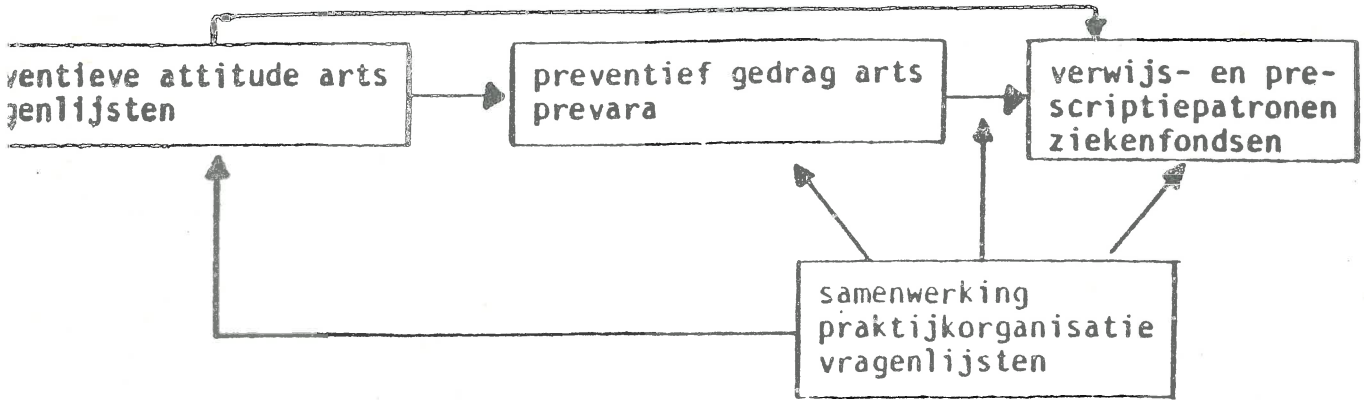
verdient het de voorkeur, dat de beoordeelde contacten gespreid zijn
er de duur van het gehele spreekuur (begin, midden en eind), en ook over
nstens 2 ochtend- of middag-spreekuren.

Bijlage 4.2.

rzoek naar het verband tussen preventief gedrag enerzijds en verwijs-
rescriptiegegevens anderzijds.

it onderzoek komt de vraag aan de orde of en in hoeverre verwijs- en
criptiegegevens zoals die door de ziekenfondsen worden geregistreerd
samenhang vertonen met een op preventie van somatische fixatie
cht gedrag c.q. attitude.
egevens voor dit onderzoek worden enerzijds verzameld met behulp van
ara en de ontwikkelde vragenlijsten, anderzijds uit de ziekenfonds-
ers van de geobserveerde huisartsen.
deze laatste gegevens betreft, wij kunnen beschikken over de
criptie- en verwijscijfers van het B.A.Z. Nijmegen, van alle bij hen aange-
en huisarts-medewerkers over de periode van 1972 - 1980, mits deze daartoe
stemming verlenen.

drietal andere ziekenfondsen heeft in principe eveneens medewerking toe-
gd. In een eerste fase van het onderzoek worden deze ziekenfondsgegevens
alyseerd om mogelijke patronen op het spoor te komen.

ddels is ook een begin gemaakt met het tweede deel van het onderzoek,
erzameling van de gegevens bij de huisarts met behulp van prevara en
ragenlijsten.
matisch ziet het onderzoeksmodel er als volgt uit:

ma 1: onderzoeksmodel voor het project "Preventief handelen en
prescriptie- en verwijspatronen".