

De invoering van toetsing

Een zaak van moed, beleid en trouw

DRS. H. VAN DER VOORT*

De discussies over toetsing in de huisartsgeneeskunde zijn op dit moment hoofdzakelijk gericht op kwesties als inhoud en methoden. Daarmee is men er natuurlijk nog niet. Zou eenmaal tot de invoering van toetsing worden besloten, dan rijst de vraag op welke wijze dit zou moeten gebeuren. In deze bijdrage wordt de invoering van toetsing geanalyseerd in termen van een begeleid veranderingsproces.

Toetsen en getoetst worden zal bij veel mensen associaties oproepen met controle. Nu onze maatschappij – en als belangrijk onderdeel daarvan de gezondheidszorg – zo gecompliceerd is geworden, dat geen enkel onderdeel meer iets kan ondernemen zonder direct of indirect invloed uit te oefenen op andere onderdelen, ligt het voor de hand dat de verschillende onderdelen meer greep op elkaar willen krijgen. Overal waar interdependentie toeneemt, worden vrijheden ingeperkt.

Discussies over de wenselijkheid en onwenselijkheid van veel vrijheden vindt men in alle sectoren van onze samenleving. In de gezondheidszorg worden de vraagtekens bij tal van vrijheden – met betrekking tot onderzoeken, ligtijden, therapieën – vooral ingegeven door het groeiende besef dat de samenleving de kosten niet meer kan opbrengen. Daarnaast is een toenemend aantal mensen van mening, dat de gezondheidszorg haar doel voorbij schiet wanneer langdurige en gecompliceerde behandelingen eerder gewoonte dan uitzondering worden. Voor hen staat de (retorische) vraag centraal of de mens met de huidige gezondheidszorg wel écht beter wordt. Zij streven vooral naar kwaliteitsverbetering bij de huisarts: diens hulp en gezondheidszorg moet beter afgestemd worden op de patiënt.

Het kostenaspect maakt vooralsnog veel indruk: een bed kan niet aan twee patiënten tegelijk worden toebedeeld; tien orgaan-vervangende machines kun-

nen niet tegelijk aan honderd patiënten soelaas bieden; wat aan de een wordt gegeven, wordt daardoor aan een ander onthouden. In een dergelijke situatie begint men elkaar in de gaten te houden. Zo kijken de ziekenfondsen steeds kritischer naar allerlei door artsen aanbevolen (be)handelingen, kijkt de eerste lijn kritisch naar de beschikbare gelden voor de tweede lijn, etcetera.

Een vergelijkbare onderlinge afhankelijkheid doet zich voor bij de ideeën over wat een goede gezondheidszorg nu eigenlijk inhoudt. Als de specialist maar al te bereid is hulpvragen met groot materieel tegemoet te treden, beïnvloedt hij daarmee de aanpak van de huisarts die poogt de patiënt buiten het medische kanaal te houden waar dat verantwoord is. En als een huisarts snel medicijnen voorschrijft, rijdt hij daarmee de psycholoog in de wielen die probeert de patiënt meer onafhankelijk – ook van medicijnen – te maken. Als de ene huisarts hard werkt om – vaak tegen de aanvankelijke wens van de patiënt in – niet onnodig te verwijzen en de andere huisarts, drie straten verderop, is een en al vrijgevigheid op dit gebied, dan beïnvloedt de een de ander in hoge mate. Deze onderlinge afhankelijkheid brengt mee dat men elkaar kritisch bekijkt en zich in toenemende mate wil inzetten voor de totstandkoming van voor alle leden van de beroepsgroep geldende standaarden en normen.

Toetsing

De laatste jaren staat toetsing van huisartsen in het middelpunt van de belangstelling (*Cromme; Toetsing; het*

N.H.G.-congres 1978). Onder toetsing wordt dan verstaan: het vergelijken van een handeling met een als juist aanvaarde norm of standaardbehandeling.

Het valt mij bij groepen huisartsen of arts-assistenten altijd op hoe gemakkelijk men accepteert dat elk van de aanwezigen een geheel eigen aanpak heeft voor een bepaald probleem. De diversiteit van aanpak en oplossingen wordt verdedigd met een verwijzing naar het feit dat iedere persoon anders is, dat ieder een andere opleiding heeft gehad en dat ieder zijn eigen ervaringen heeft opgedaan. Het ligt voor de hand te verwachten dat het niet gemakkelijk zal zijn te komen tot standaardhandelingen, vooral omdat het werk van de huisarts zozeer is verweven met zijn eigen persoonlijk functioneren. De huisartsgeneeskunde staat als wetenschap nog in de kinderschoenen en veel harde elementen die als norm zouden kunnen dienen, zijn er nog niet. Toch blijkt het mogelijk om met een groep huisartsen verder te komen dan een staalkaart van individuele benaderingen; wanneer men er eens echt voor gaat zitten en het klimaat voldoende veilig is, blijkt er wel degelijk gesproken te kunnen worden van betere en slechtere, duurdere en goedkopere of duidelijkere en vagere behandelingen, ideeën, enzovoort. Niettemin zal het voorlopig moeilijk blijven om in het weinig omschreven en zeer variabele werk van de huisarts veel elementen te onderscheiden die zó eenduidig zijn dat zij als algemeen aanvaarde norm kunnen gelden bij toetsing.

Bij diverse specialismen kent men intussen vormen van toetsing, maar deze specialismen maken het zich in zoverre gemakkelijk, dat zij zich beperken tot de harde medisch-technische kennis van hun gebied. Maar waar moet de huisarts het zwaartepunt leggen? Bij het medisch-technische of bij de attitude? Bij zijn eigen persoonlijk functioneren of bij de relationele aspecten van het arts-patiëntcontact? Toetsing die pretendeert het huisarts-zijn te toetsen zal al deze – en meer – aspecten moeten omvatten.

Vooruitlopend op de intercollegiale toetsing heeft men al allerlei vormen van elkaar helpen om kritisch naar het eigen werk te kijken in gebruik genomen. Met name in de huisartsopleiding wordt door de huisartsen in opleiding vaak geprobeerd de eigen aanpak, attitude of benadering te toetsen aan de andere leden van de groep. Daarnaast kan het dagelijks leergesprek in dit verband worden genoemd, als huisartsopleider en arts-assistent (de interessante

* Wetenschappelijk hoofdmedewerker Huisartsen Instituut VU.

gevallen van) beider spreekuren nabespreken. Ook dit is een manier van ter discussie stellen van de eigen aanpak en in zekere zin van toetsing aan de mening van de ander. Nog een vorm is het steeds vaker toegepaste wederzijds observeren. Was het aanvankelijk alleen de arts-assistent die enige tijd bij zijn opleider toekeek voor hij zelfstandig aan het werk mocht, nu komt steeds vaker de situatie voor dat opleider en arts-assistent periodiek elkaars spreekuur bijwonen en nabespreken.

Ook buiten de opleiding zijn in toenemende mate vormen van toetsing waar te nemen. Hierbij valt te denken aan het wekelijks nabespreken van de gevallen uit de waarneming voor zover deze besprekingen het uitwisselen van de noodzakelijke gegevens te boven gaan. Wanneer het geconstateerde verschil in aanpak door huisarts en waarnemer wordt aangegrepen om elkaars benadering kritisch te vergelijken, kan men inderdaad van een voorloper van toetsing spreken.

Al deze voorbeelden hebben met elkaar gemeen, dat er geen gestandaardiseerde norm die de betrokkenen uiteindelijk houvast kan bieden, aanwezig is. Maar vooralsnog is het feit dat men door deze procedures in staat wordt gesteld het eigen handelen kritisch te bekijken een hele vooruitgang na het lange isolement van veel huisartsen.

Een ander gemeenschappelijk element in de genoemde vormen van elkaars werken bekijken is, dat zij gericht zijn op kwaliteitsverbetering. *Cromme* zegt dat toetsing alleen zin heeft in relatie tot nascholing en opleiding én dat toetsing steeds positief en stimulerend moet zijn. Het valt niet te betwijfelen dat een vorm van toetsing die aan deze voorwaarden voldoet verre de voorkeur geniet. Toch zal het vaak niet te vermijden zijn dat ook controle-elementen een rol spelen: de relatie huisarts-waarnemer bevat bijvoorbeeld vaak sporen van (de wens tot) controle en waar financiers van de gezondheidszorg een vinger in de pap hebben, is het controle-element, onder welke naam dan ook, uiteraard aanwezig.

De invoering van toetsing

De gedachte dat ten aanzien van intercollegiale toetsing voor alle huisartsen alleen de termijn van invoering onzeker is, stemt niet iedereen even positief. Solisten van huis uit, zoals veel huisartsen zijn, vinden het waarschijnlijk niet gemakkelijk te wennen aan het idee dat collegae gaan meekijken en hun

oordeel over zaken gaan uitspreken. Niet alleen is het moeilijk zich door een ander iets te laten leren, het blijkt ook vaak niet gemakkelijk te accepteren, dat je zelf de ander iets te leren hebt; vergelijk veel huisartsopleiders die moeite hebben hun arts-assistenten iets uit te leggen, voor te houden of af te leren, omdat zij zitten met een gevoel van „wie ben ik, dat ik een (aanstaande) collega kan vertellen hoe het moet?” *Crombie* spreekt over de noodzaak om de belemmeringen bij veel huisartsen om iets te willen of te durven onderwijzen, weg te nemen. Hij beschouwt die belemmeringen als mede veroorzaakt door het langdurige intellectuele isolement van de huisartsen in vergelijking met hun collegae specialisten.

Cromme eindigt zijn voordracht in Montreux met de vraag: „Why should one change his behavior?” Ja, waarom verandert iemand zijn gedrag? Waarom zou een huisarts die het tot nu toe uitstekend zonder toetsing heeft kunnen stellen tot zoiets ingrijpends overgaan?

Mensen enthousiast maken of meekrijgen voor iets waarvoor zij (nog) geen belangstelling hebben of waaraan zij (nog) geen behoefte hebben, is niet eenvoudig. Toch is het ontbreken van een massale vraag naar een bepaalde verandering geen reden om die verandering niet in te willen voeren. Immers, velerlei redenen kunnen aan te voeren zijn voor het ontbreken van die vraag; onbekendheid met of angst voor het doel van de betreffende verandering is in de meeste gevallen een belangrijke factor.

Wie toetsing wil invoeren voor alle huisartsen, begint aan een omvangrijk project met vele haken en ogen. Een project van verandering (zoals de invoering van toetsing er een is) doorloopt in haar ideale vorm een aantal stadia. Hoe bewuster elk van deze stadia wordt doorlopen, des te groter is de kans dat het project met succes wordt afgerond. Met betrekking tot de invoering van toetsing zijn vooralsnog alleen de eerste fasen van belang:

- de ontwikkeling van de behoefte aan de verandering; hier gaat het om de motivatie om te komen tot toetsing van degenen voor wie deze toetsing bestemd is;
- de ontwikkeling van een goede en functionele relatie tussen degenen die de verandering willen teweegbrengen en degenen die de verandering „afnemen”; de initiatiefnemers zullen daartoe een werkbare relatie met de huisartsen moeten opbouwen;
- het actief invoeren van de gewenste nieuwe toestand; allerlei experimenten

en vormen van scholing zullen nodig zijn om de toetsing feitelijk in te voeren en mogelijk te maken.

De bij een volledig project nog volgende fasen zijn hier nog niet van belang, omdat de invoering van toetsing nog niet in een afbouwstadium is aangeland. Op het ogenblik is de aandacht vooral gericht op de beide eerste fasen. In het volgende wil ik een aantal krachten bespreken die de bereidheid om te veranderen en de kans op het in gang zetten van een verandering vergroten of verkleinen. Een en ander wordt dan steeds toegepast op de invoering van toetsing. In vrijwel elke situatie zijn zowel veranderingskrachten als weerstandskrachten werkzaam. Of iemand, of een (beroeps-)groep uiteindelijk voor of tegen een verandering kiest, hangt af van de onderlinge verhouding tussen beide soorten krachten. En of het conflict tussen de wens tot verandering enerzijds en de weerstand ertegen anderzijds zich nu uit in de vorm van ambivalentie binnen één persoon, ruzie tussen individuen of moeilijkheden tussen groepen of organisaties, steeds is deze tegenstelling een belangrijk gegeven voor het uiteindelijke veranderingsproces. Elke situatie brengt haar eigen conflict tussen veranderings- en weerstandskrachten mee. Wanneer men poogt de verwachtingen van patiënten ten opzichte van de huisarts te veranderen, zijn er andere krachten en tegenkrachten werkzaam dan wanneer men probeert de praktijken te verkleinen. Bij een poging de instellingen van psychosociale hulpverlening te veranderen in de richting van een ander terugrapportage-beleid roept men een andere combinatie van veranderings- en weerstandskrachten op dan bij een poging om vaak individualistisch ingestelde huisartsen toetsingsgezind te maken.

Veranderingskrachten

Welke krachten kunnen zoal werken in de richting van een gewenste verandering?

Men is ontevreden met de huidige situatie. Voor het onderhavige probleem betekent dit, dat huisartsen ontevreden zijn over het feit dat zij weinig feedback krijgen over hun professionele gedrag, weinig normen hebben om hun gedrag of wijze van werken aan te toetsen en daardoor onvoldoende in staat zijn kritisch naar het eigen professionele handelen te kijken. Het aantal huisartsen dat zijn motivatie in deze gronden vindt is mijns inziens – mede onder invloed van de huisartsenopleiding – groeiende.

Men wordt ontevreden met de eigen situatie, omdat men elders ziet hoe het anders kan. Let wel: de situatie waarover we hier spreken, is die van een beroepsgroep van huisartsen waarin toetsing geen gemeengoed is, tegenover een gewenste situatie van een beroepsgroep waarin toetsing wél algemeen is aanvaard. Dit tweede punt – populair gezegd: ik wou dat het bij ons zo was als bij hen... – is mijns inziens niet zo'n sterke bron van motivatie. Sommige specialisten doen aan bepaalde vormen van toetsing, zoals bijvoorbeeld de zogenaamde self-assessment bij internisten (*Medical knowledge*), maar dat is onvoldoende bekend bij huisartsen om hun jaloezie te kunnen opwekken. Het feit dat door sociale wetenschappers en sociale academies veel meer met feedback wordt gewerkt, heeft wel de nodige huisartsen aan het denken gezet. De gecompliceerde of gebrekkige wijze waarop een en ander soms gebeurt, heeft echter weinig huisartsen warm gemaakt voor vergelijkbare activiteiten. Toch zegt de toenemende belangstelling voor supervisie (zoals deze op vrij grote schaal aan het Huisartsen Instituut van de VU wordt toegepast), dat er toch een zekere wervingskracht uitgaat van methoden die bij andere beroepsgroepen succesvol blijken te zijn.*

Druk van buitenaf. Deze kracht in de richting van verandering is zeker werkzaam. Verschillende instanties en groeperingen dringen aan op de invoering van een of andere vorm van toetsing, al gebeurt dat meestal niet onder de naam „toetsing”. 's Rijks economie verlangt ook van de huisartsen kostenbeheersing, de ziekenfondsen willen zowel kwaliteitsbevordering als controle op (dure) uitwassen, de patiëntenorganisaties vragen onder andere om uitbreiding, huisartsen die „bij” zijn en universitaire huisartseninstituten vragen om een kritischer kijk op het eigen professionele handelen, etcetera. De huisarts staat sterk in de belangstelling, zijn nog vaak individualistische opstelling evenzeer. Waar die belangstelling overgaat in onvrede of het verlangen naar veranderingen, kan gesproken worden van druk van buitenaf.

Druk van binnen uit door delen van het eigen systeem. In het boek *Kees de Jongen* probeert de twaalfjarige Kees altijd zijn jongere zusje en broertje zich netjes

te laten gedragen wanneer er een mevrouw op bezoek is, want Kees wil dat hun gezin op die mevrouw een nette indruk maakt. Er zijn (groepen) huisartsen die voor de invoering van (vormen van) toetsing zijn, omdat zij moeite hebben met het medische handelen van leden van hun eigen beroepsgroep. Zij schamen zich, maar hebben geen wegen om hun collegae tot de orde te roepen. Toetsing voor iedereen geeft hun de hoop, dat de betreffende collega „van-zelf” gecorrigeerd zal worden. Ook kan druk van bepaalde huisartsen ten gunste van de invoering van toetsing voortkomen uit de hinder die zij ondervinden van het verschil in taakopvatting tussen henzelf en andere huisartsen. De kritische en doordacht voorschrijvende huisarts kan bijvoorbeeld veel hinder ondervinden van een collega die meer bereid is gemakkelijk aan lichtzinnige verwachtingen van patiënten te voldoen. Ook in waarnemingsgroepen wordt vaker het gemis gevoeld aan normen op grond waarvan een bepaalde behandeling goed of fout kan worden genoemd.

De behoefte andere, ongewenste ontwikkelingen voor te zijn. Een recent voorbeeld vormt de verdachte die snel zonder betaling in ziekenhuizen ging werken teneinde een dreigende hechtenis te voorkomen. Frequenter zijn de gevallen waarin iemand zijn taak beter of uitgebreider gaat vervullen teneinde maatregelen te voorkomen die veel verder zouden strekken. Ook deze kracht in de richting van de invoering van toetsing is zeker werkzaam. De vrees voor een van buitenaf opgelegde toetsing met alle onvrijheid van dien kan maken, dat men snel zelf vergelijkbare ontwikkelingen in gang zet teneinde „erger” te voorkomen.

De innerlijke behoefte aan verbetering en groei. De huisarts ontwikkelt zich van een veelal intuïtief werkende tot een bewust en systematisch werkende hulpverlener. De wens potenties tot ontwikkeling te brengen, er uit te halen wat erin zit, kan in veel situaties een drijvende en stimulerende kracht zijn. Het is bovendien de kracht met de meest zuivere intentie.

Bij niet weinige huisartsen is juist dit de kracht die de wens doet ontstaan kritisch begeleid te worden en zelf de collegae kritisch te begeleiden. Het toetsende contact met collegae kan de groei van de huisarts duidelijk bevorderen. De wil om verder te komen als huisarts omdat men voelt dat er meer mogelijk en haal-

baar is, wordt steeds vaker uitgesproken. De oprichting van het N.H.G. bijna vijftientig jaar geleden en de oprichting van huisartseninstituten en de start van de opleiding zijn uitingen van de behoefte om aan de eigen ontwikkeling en aan de groei van de huisarts (-geneeskunde) te werken.

Deze zes krachten kunnen, soms afzonderlijk maar meestal in combinaties, de aanzet geven tot een bepaalde verandering. Pessimisten onder de voorstanders van invoering van toetsing zeggen wellicht dat deze krachten onvoldoende zijn om het instituut van toetsing in stand te houden als het eenmaal van de grond is gekomen. Gelukkig voor hen is het waarschijnlijk, dat nog enkele andere krachten in de richting van verandering gaan werken, zodra een bepaald veranderingsproces in gang is gezet. Ik noem hier enkele van deze zogenaamde additionele krachten (*Lippitt*) die tijdens een veranderingsproces naar voren kunnen komen:

De behoefte een eenmaal begonnen taak af te maken. Als iemand ergens veel tijd en energie heeft ingestoken, wil hij de eenmaal begonnen taak ook vaak afmaken. Folders van avondscholen appelleren vaak aan dit mechanisme wanneer ze de eerste lessen aantrekkelijk en goedkoop aanbieden. Degenen bij wie dit mechanisme werkzaam is, ervaren het als een zeer sterke kracht. Zelfs als de taak niet meer zo goed bevalt, willen deze mensen de zaak toch vaak voltooien. Zo iets is des te sterker het geval als men het gevoel heeft bij de planning van de taak sterk betrokken te zijn geweest.

Tussentijds al ervaren voordelen. Als het bezig zijn met toetsingsactiviteiten extra voordelen oplevert – bijvoorbeeld intensievere contacten met collegae, het plezier systematisch bezig te zijn, het veilige gevoel met iets concreets bezig te zijn, de hoop dat men het werk als meer zinvol zal gaan ervaren – dan zal dat ook een stimulans zijn om niet tussentijds met de begonnen activiteiten op te houden.

De relatie met de begeleiders van de toetsing. Toetsingsmethoden en toetsingsactiviteiten zullen geleerd moeten worden en in de praktijk op effectiviteit moeten worden bekeken. Een goed contact met degenen die de huisartsen helpen vertrouwd te raken met onderling toetsen, kan ook bijdragen tot de wens voort te gaan op de ingeslagen weg.

* Het medical knowledge self-assessment program V. Nascholingsprogramma 1980. *Nederlandse Vereniging van Internisten, Utrecht, 1979.*

Veranderingen in delen van het systeem bevorderen de veranderingsgezindheid in andere delen van het systeem. Wanneer bepaalde – al dan niet aselechte – groepen huisartsen tot toetsing overgaan en goede resultaten boeken, dan zal dit bevorderend werken op de veranderingsbehoefte van andere huisartsen. Het bestaan van een voortrekkersgroep kan in dit verband grote betekenis hebben. (De keuze tussen het vervullen van een voortrekkersrol dan wel het werken vanuit de basis speelt binnen het N.H.G. in veel discussies een rol). Een belangrijke voorwaarde bij deze vierde kracht is wel dat de groepen die voorgaan in een verandering, voldoende als identificatie-object kunnen dienen. Wanneer de feitelijke of gevoelde afstand tussen de voortrekkers en de overige delen van het systeem te groot is, gaat veel zo niet alles van het bevorderende effect verloren. Het is zelfs heel goed mogelijk dat juist weerstand wordt opgeroepen tegen de door de voortrekkers gepropageerde en doorgevoerde verandering, wanneer men (terecht of niet) iets op die groep heeft aan te merken.

Het is duidelijk dat men bij het denken over de invoering van toetsing rekening moet houden met alle genoemde – en meer – krachten. Bestaande krachten kunnen worden versterkt, niet bestaande maar gewenste krachten kunnen worden opgeroepen. Nodig is vooral inzicht in de krachten die allemaal een rol (kunnen) spelen.

De doelgroep

Wanneer men een verandering in een systeem wil teweegbrengen, is het van belang uit te maken of het hele systeem (in ons geval alle huisartsen) of een of meer delen van het systeem (in ons geval bepaalde geselecteerde groepen huisartsen) benaderd worden; in mijn vaktaal: welke units rekenen we tot het cliëntsysteem?

Het bewust kiezen van de juiste eenheden is van centraal belang. Een kleine, geselecteerde groep als begin is aantrekkelijk, omdat de gewenste verandering daarin gemakkelijk bereikt kan worden, maar het is de vraag of de anderen zich gemakkelijk met deze groep identificeren. Pas opgeleide huisartsen zijn wellicht meer bereid tot veranderingen, waar hun patronen nog weinig rigiditeit vertonen, maar voor de ouderen hebben zij waarschijnlijk slechts in geringe mate een voorbeeldfunctie. Huisartsen die in centra werken, zijn misschien sneller

geneigd om toetsing in te voeren, omdat zij in hun centra vaak al met vergelijkbare activiteiten hebben kennis gemaakt. Of de „samenwerkers” veel wervende kracht uitoefenen op de solisten valt echter te betwijfelen. Deze problemen vallen weg als men niet met aparte groepen aan de slag gaat maar een en ander bij alle huisartsen tegelijk invoert. Maar hoe is zo’n proces nog te begeleiden; hoe zijn de effecten te evalueren?

De uiteindelijke keuze van de soort en grootte van de startgroepen is altijd een compromis. Noodzakelijk is echter steeds in het oog te houden of de resultaten met deze groepen wel voldoende overtuigingskracht hebben voor de overige leden van het systeem. Hoe minder men zich verwant voelt met de leden van die groepen, des te minder zal men voor zichzelf het nut inzien van wat voor die groepen nuttig is gebleken.

Wie voeren de toetsing in?

Niet minder belangrijk dan de kwestie van de identiteit en een duidelijke omschrijving van wie tot het cliëntsysteem wordt gerekend, is de vraag wie de veranderaars zijn. Wie zijn de mensen die het verschijnsel toetsing willen invoeren, wie zijn de mensen die het ook tot stand brengen? Is de groep van „opinion leaders” een groep binnen de beroepsgroep of een groep van buitenaf? En zijn de feitelijke veranderaars, de „change agents”, leden van de beroepsgroep of „buitenstaanders”? Het maakt voor het totale veranderingsproces nogal verschil of de relatie tussen veranderaar en cliëntsysteem er een is van missionaris en gelovigen, van voortrekker en volgelingen of van professioneel veranderaar en cliënten.

Welke relatie het meest succesvol is, valt niet vooraf te zeggen (veel zendelingen hebben meer mensen bereikt dan veel agogen...), maar men moet wel inzien dat elke soort relatie eigen consequenties heeft voor het gehele veranderingsproces. In het ene geval zal vooral élan het agens zijn, in een ander geval vooral de inhoudelijke meerkennis en in weer een ander geval vooral deskundigheid in het begeleiden van veranderingsprocessen

De keuze van de relatie ligt tevoren niet vast. Als deze keuze echter gemaakt is, volgt het proces door die keuze bepaalde lijnen.

Weerstand tegen veranderingen

Tot verdriet van hen die veranderingen

willen doorvoeren, bestaan er niet alleen krachten in de richting van een verandering, maar ook krachten die werken in een richting die is tegengesteld aan het beoogde doel, de zogenaamde weerstandskrachten. In elke situatie waarin een verandering niet automatisch en vanzelfsprekend tot stand komt, is er sprake van vormen van weerstand. En net als bij de veranderingskrachten is het mogelijk dat die weerstanden toenemen, wanneer een veranderingsproces op gang is gekomen. Vaak is die toename echter slechts tijdelijk.

Op welke manier kan men zoal op weerstand stuiten?

Algemeen verzet tegen veranderen op zich. Het is bekend dat sommige mensen meer geneigd zijn ernaar te streven alles bij het oude te laten dan anderen. Van politiek rechtse mensen wordt gezegd dat zij behoudender zijn dan linksen; van ouderen ten opzichte van jongeren is het bewezen. Ook de vraag of iemand in eigen ogen veel of weinig te verliezen heeft bij veranderingen, zal mede bepalen of hij sterk veranderingsgezind is.

Deze vorm van weerstand speelt bij de invoering van toetsing natuurlijk een duidelijke rol. Een aantal huisartsen is – door welke eigenschappen of persoonlijke situatie dan ook – niet erg veranderingsgezind. Hun politieke kleur en houding tegenover de maatschappij wijst op een behoefte de status quo zoveel mogelijk te verdedigen. Soms spelen angst en onwetendheid een grote rol, vaak het besef dat lang genoten privileges verloren kunnen gaan. De angst is in veel gevallen niet onterecht: men is bang een bepaald gedrag te moeten vertonen of een aantal activiteiten te moeten verrichten, die men als wezensvreemd ervaart. Voor huisartsen die nooit feed-back of kritiek van collegae of andere ter zake kundigen hebben gehad, zal het zeer moeilijk zijn open te staan voor wat anderen hun te zeggen hebben, hoezeer deze laatsten dat ook doen als een bijdrage aan een nadere scholing van zowel kritiek-gever als kritiek-ontvanger.

Het systeem is op zich defensief ingesteld. Deze vorm van afweer tegen veranderingen is een verbijzondering van de eerste. Het is moeilijk om over alle huisartsen te spreken als één systeem. Toch was het tot voor kort – en is het in de ogen van bepaalde mensen nog steeds – niet ongewoon over de huisartsen als een speciale stand of kaste te spreken.

Waar deze stand voornamelijk aan de pluskant stond qua macht, vrijheid en inkomen, was te verwachten dat de huisartsen als stand niet al te veranderingsbereid waren. Ik praat hier graag in de verleden tijd, gezien de vele initiatieven tot verandering vanuit de huisartsen. Sommige anderen zouden echter, als zij dezelfde tekst zouden schrijven, de tegenwoordige tijd nog gebruiken.

Weerstand tegen een speciale verandering. Ook binnen systemen die op zich niet defensief zijn ingesteld, kan weerstand optreden tegen concrete veranderingsplannen. Soms is er geen geloof in de haalbaarheid of het nut. Men vreest tijdverspilling of is bang dat er eerder iets wordt kapotgemaakt dan opgebouwd of goed gedaan.

Ook deze vorm van weerstand speelt een rol bij de invoering van toetsing: wie niet de ervaring heeft dat een of andere vorm van toetsing winst oplevert of wie juist de ervaring heeft dat openheid tot rampen leidt, zal niet gauw voor toetsing zijn. De grote moeite die veel huisartsen hebben met het geven van oordelen en kritiek tijdens trainingen en wat indringender cursussen doet veronderstellen dat het geloof in de waarde van kritisch kijken en openheid daarover niet al te groot is. *Cromme* zegt dat toetsing opbouwend en stimulerend moet zijn. Veel huisartsen zien het leveren van kritiek of het hebben van een oordeel over iets of iemand nog steeds als negatief en iets negatiefs wordt in de medische wereld niet snel als groeibevorderend gezien. De attitude dat eerder een positief geformuleerde boodschap dan de waarheid iemand verder helpt, werkt de onder dit hoofdje behandelde vorm van weerstand in de hand.

Vrees de huidige bevrediging te verliezen. Deze vorm van weerstand is waarschijnlijk een van de meest voorkomende. Wanneer toetsing wordt ingevoerd, zal dat ook stellig gelden; niet getoetst worden betekent: alleen en met rust gelaten worden met de eigen werkwijze (althans voor wie daaraan behoefte heeft). Wie niet kritisch bij eigen doen en laten wil stilstaan, wil ook niet meedoen aan toetsing. Wie weet dat bepaalde onderdelen van het eigen functioneren beneden de maat zijn en daarin berust, zal niet snel behoefte hebben aan toezicht van anderen. En wie het zich gemakkelijk maakt door veel zaken niet te nauw te nemen, heeft veel te verliezen wanneer het toetsend

contact met anderen hem wel dwingt gewetensvoller of meer verantwoord te werken. De huisarts die snel verwijst of voorschrijft uit gemakzucht, krijgt het moeilijk wanneer hij zich door toetsing gedwongen voelt voor zichzelf en anderen verantwoording af te leggen van zijn wijze van functioneren. Verschillende huisartsen hebben in deze zin iets te verliezen wanneer toetsing wordt ingevoerd: het weinig kritische en wat spanningsloze waaraan zij kennelijk hechten, komt in gevaar.

De geplande verandering wordt als kritiek ervaren. Deze vorm van weerstand neem je tijdens trainingen veel waar, met name als de deelnemers niet (geheel) vrijwillig aan de training meedoen. Ongevraagd gesprekstoring aanbieden aan al lang gevestigde huisartsen ontlokt velen uitingen als: „Hoezo, doe ik het dan niet goed?” Wanneer je jaren een bepaalde – in je eigen ogen goede – manier van werken hebt gehad, kan het als zeer pijnlijk worden ervaren als anderen, via het doorvoeren van veranderingen, aangeven dat het niet goed genoeg (meer) is. Redelijke argumenten voor de verandering hebben dan vaak weinig effect: de betrokkene voelt zich bekritiseerd en meent dat hij niet gewaardeerd wordt voor de vele jaren arbeid die in zijn ogen wél van goede kwaliteit waren. En wanneer men aldus – in het defensief – tegen de geplande verandering is, dringen allerlei „verzachtende omstandigheden” (bijvoorbeeld dat iets voor vroeger wel en voor nu niet meer goed genoeg is) niet meer door.

De invoering van de opleiding tot huisarts had al op sommige huisartsen een zelfde effect: wij hebben het onszelf in de praktijk geleerd en iedereen kan zien dat wij het goed doen. Waarom moet er dan nu ineens een opleiding komen? Wij zijn toch het bewijs dat het zonder opleiding prima kan! Wat betreft de toetsing zal in een aantal gevallen hetzelfde gelden: wanneer de voorstanders van nu – in hun enthousiaste pogen toetsing in te voeren – zeggen dat het niet aangaat zulk belangrijk en moeilijk werk te doen zonder dit aan allerlei normen af te meten, voelen velen zich gepakt. Zij hebben steeds het zekere gevoel gehad hun werk goed te doen, omdat zij zelf kritisch tegenover hun eigen handelen stonden. Dit laatste wordt naar hun mening door de argumenten pro toetsing in twijfel getrokken.

Weerstand tegen degenen die de verande-

ring invoeren. Elke opvoeder, leraar of agoog weet uit ervaring, dat een goede relatie met de pupil, leerling, patiënt of cliënt een belangrijke voorwaarde is voor acceptatie van een aanbevolen verandering. Omgekeerd kent men de vorm van weerstand, waarbij het verzet primair gericht is tegen degenen die een verandering willen teweegbrengen. In het geval van de invoering van toetsing is dit van veel belang.

Om te beginnen moet men hierbij denken aan degenen die via publikaties of anderszins blij geven van mening te zijn, dat toetsing van de grond moet komen: huisartsen die toetsing willen als middel tot kwaliteitsverbetering en ziekenfondsen die – in het achterhoofd? – wellicht vooral aan controle denken. Hoe verder de opinieleiders in deze van de huisartsen afstaan, des te geringer is het effect. Wanneer echter de opinieleiders in welke zin dan ook als verdacht worden ervaren, dan zal hun boodschap juist leiden tot weerstand tegen de consequenties van die boodschap. Bij de huisartsen komt de roep om toetsing vooral uit de beroepsorganisaties. In hoeverre deze identificatie-object zijn voor alle huisartsen is onduidelijk. De ziekenfondsen zijn steeds minder de geschikteste instanties om huisartsen warm te doen lopen voor hun – vooral op bezuinigingen gerichte – nieuwe ideeën. Wie de toetsing uiteindelijk verplicht gaat stellen, is eveneens van belang. Hoe meer beslissingsmacht de huisartsen toekennen aan de instantie die de verplichting oplegt, des te minder weerstand zal in dit opzicht worden opgeroepen. Het zal duidelijk zijn dat de meest ideale en minst verzet-opwekkende situatie dán bereikt wordt wanneer de huisartsen deze verplichting aan zichzelf opleggen.

Een derde instantie of groep van personen die met betrekking tot deze vorm van weerstand van belang is, is de feitelijke begeleider van de invoering van toetsing. Toetsing bestaat niet van de ene dag op de andere. Er zal een intensieve begeleiding van de invoering noodzakelijk zijn. De relatie van de huisartsen tot de begeleiders kan een bron van weerstand vormen. Twijfel aan de capaciteiten van gedragswetenschappers kan verzet oproepen, ongehoof in de deskundigheid van collegae eveneens. Wie een verandering helpt invoeren, zal voor degenen die de verandering in feite moeten realiseren, acceptabel en geloofwaardig moeten zijn. Veel veranderaars verzuimen bij een mislukking van hun poging te kijken naar de wijze waarop zij zelf – juist door

wie en wat zij in de ogen van de anderen zijn – de veranderingsgezindheid van die anderen blokkeren.

Weerstand tegen delen van de verandering. Sommige huisartsen zullen de redelijkheid en het nut van toetsing inzien en toch tegen zijn, bijvoorbeeld omdat toetsing verplicht wordt gesteld en zij tegen verplichtingen zijn. Met een beroep op liberale beginselen en een verwijzing naar een toenemende betutting van overheidswege wijzen zij waar mogelijk elke verplichting af. Alles wat niet vrijwillig is, roept daarom – los van de inhoud – al verzet op. Een ander voorbeeld van verzet tegen delen van de in te voeren verandering is de man die wel behoefte heeft aan de resultaten die toetsing kan opleveren, maar niet bereid is de daarvoor benodigde activiteiten te ondernemen: wie moeilijk contact legt of open praat, zal niet graag gedwongen worden met anderen open om te gaan; wie onsystematisch is, ziet zich niet graag gedwongen volgens regels te werk te gaan. Nog een derde voorbeeld wordt gevormd door iemand, die voor toetsing is als een middel tot kwaliteitsverbetering, maar het niet acceptabel vindt dat er ook controle-elementen in zouden zitten. Zijn verzet is dan niet gericht tegen toetsing als zodanig maar tegen dat controle-gedeelte erin.

Verwijzing naar het falen van anderen. Een volgende vorm van weerstand bestaat uit het zoeken naar voorbeelden bij andere (beroeps)groepen waarbij vergelijkbare activiteiten zijn mislukt. Zo verzet de Nederlandse regering zich soms tegen impopulaire veranderingen in de maatschappij onder verwijzing naar Zweden, waar de praktijk het falen van een en ander al zou hebben uitgewezen. Voor sommige huisartsen zal het aantrekkelijk zijn te verwijzen naar de tegenvallende resultaten die de gedragswetenschappers boeken, terwijl bij hen allerlei vormen van onderlinge toetsing in zwang zijn. Als iemand de ervaring heeft dat intervisie bij een groep therapeuten niets heeft opgeleverd, kan dat meebrengen, dat hij zich vanuit die ervaring tegen dergelijke activiteiten gaat verzetten.

Weerstand als onderdeel van machtsstrijd. Een frequente vorm van verzet tegen niet gevraagde veranderingen komt voort uit de wens uit te vechten wie nu eigenlijk de sterkste is. De vroegere stakingen rond allerlei innovaties tijdens de industriële revolutie zijn er

voorbeelden van. Ook bij de invoering van toetsing zou dit element een rol kunnen spelen.

Verzet na eerdere teleurstelling. Wanneer iemand eerder veel tijd heeft gestoken in bepaalde vernieuwingen of veel hoop heeft gekoesterd bij een bepaalde verandering baat te zullen vinden, maar daarin is teleurgesteld, dan zal hij met verzet op nieuwe veranderingen kunnen gaan reageren. Hoe meer deze verandering lijkt op de verandering waaraan het gevoel van teleurstelling is verbonden, des te groter is de kans op verzet. Wie als huisarts met veel hoop is begonnen aan een training waarin feedback geven een centrale plaats innam en daarin zeer teleurgesteld is, zal snel weerstand voelen opkomen tegen allerlei vormen van elkaar de mening zeggen. Wie tijdens een nascholingscursus door een gebrekkige leiding voor schut is gezet toen hij kwetsbaar zijn onwetendheid liet blijken, zal niet snel uitzien naar daarop gelijkende situaties.

Foutieve visie op angst

In mijn therapeutische activiteiten en trainingen valt mij steeds weer op dat zoveel mensen geneigd zijn een bestaande angst te gebruiken als excuus voor het nalaten van allerlei zaken. Wanneer iemand wordt aangeraden iets te proberen dan vindt hij het vaak heel logisch en acceptabel dat niet te doen „omdat hij het eng vindt”. Natuurlijk zijn veel zaken eng, maar dat is nog geen reden om dan automatisch de enge activiteiten achterwege te laten. Vrijwel alle situaties hebben voor veel mensen iets angstigs. Doordat een zekere angstige spanning als letterlijk ontoelaatbaar wordt ervaren, bestaat er een zeer sterke vorm van verzet tegen verandering. Toetsing, iemand iets zeggen of leren, getoetst worden: het zijn allemaal zaken, die niemand zonder angst of spanning kan verrichten of ondergaan. Maar deze spanning is juist nodig om aan het geheel diepgang en waarde te geven. Wie die spanning niet wil, staat op dood spoor en zal zich uiteraard tegen toetsing verzetten.

Gebrek aan kennis en kunde. Wie weet of meent de vaardigheden te missen die nodig zijn in een nieuwe situatie, zal tegen die situatie vaak bezwaren hebben. Schematisch en systematisch te werk gaan, bewust en doordacht kiezen en werken, kritisch kijken naar jezelf en anderen, openlijk zeggen wat je oordeel over iets is en feedback geven aan anderen, generaliseren van incidenten

naar het algemene functioneren zijn geen alledaagse zaken voor de gemiddelde huisarts. Hoe duidelijker het is dat dergelijke vaardigheden nodig zijn voor toetsing, des te groter is de kans dat wie die vaardigheden mist (of denkt te missen), zich zal verzetten tegen toetsing. Dit kan worden voorkomen door een en ander vergezeld te doen gaan van het aanbod te helpen bij het aanleren van die vaardigheden. Een mogelijkheid en aanzet daartoe wordt gegeven met de zelftoetsingsoefeningen, zoals die op het N.H.G.-congres van 1978 zijn gepresenteerd en zoals ze binnenkort in de vorm van een draaiboek voor nascholingsgroepen beschikbaar komen (*Van der Voort*).

Tot zover een twaalftal vormen waarin verzet tegen de realisering van veranderingen zich kan manifesteren. Goede veranderaars houden rekening met deze – en andere – vormen van weerstand, met name omdat veel weerstandskrachten gebaseerd zijn op feitelijk onjuiste ideeën, irrationele gedachten of onnodige angsten. Wanneer men de betrokkenen kan helpen het onjuiste van hun ideeën of het overbodige van bepaalde angsten in te zien, zijn veel weerstanden weg te nemen of zelfs om te zetten in motiverende krachten. Als iemand bijvoorbeeld bang is voor het geven en krijgen van kritiek kan hij soms van die angst afgeholpen worden door de gelegenheid te krijgen in een veilig klimaat met een en ander te experimenteren. Wanneer de angst eenmaal is weggenomen, ervaart hij misschien ook de voordelen, waarna hij extra gemotiveerd kan zijn om met het geleerde door te gaan.

Nog meer problemen...?

Naast de weerstand tegen toetsing bij degenen die geacht worden er de vruchten van te gaan plukken, zijn er nog enkele andere factoren te noemen die een invoering bemoeilijken:

Interferentie tussen krachten. Het is mogelijk dat velen wel voor toetsing zijn maar tevens allerlei andere zaken willen realiseren; hierbij botsen de wensen omdat ze niet tegelijk te verwezenlijken zijn. Tijdgebrek, geldgebrek of gebrek aan energie kunnen hierbij een rol spelen. Wie zich sterk maakt voor praktijkverkleining of het voorkomen daarvan zal niet tegelijk de energie en tijd hebben om toetsing in te voeren

Gebrek aan kennis en kunde bij de invoerders. Toetsing voor huisartsen is nog in een ontwikkelingsstadium; het doorvoeren van ingrijpende verande-

ringen binnen de beroepsgroep van huisartsen is zonder precedent. Wanneer de kennis omtrent de inhoud van toetsing en de kennis en kunde omtrent het veranderen van attitudes nog gering is, is het moeilijk een weldoordacht plan op te stellen. Hoe nodig het is om eerst precies te weten hoe alles zit en wat toetsing precies inhoudt, zal de praktijk moeten uitwijzen. Veel wijsheid in de huisartsgeneeskunde is tenslotte door schade en schande tot stand gekomen.

Conclusies

De behoefte aan toetsing komt voort uit de behoefte aan kwaliteitsverbetering van de eigen beroepsgroep én de behoefte aan een zekere beheersing van buitenaf. De invoering van een ingrijpende activiteit als toetsing is geen eenvoudige zaak. De in de agologie gehanteerde fasen van een veranderingsproject zijn ook op de invoering van toetsing van toepassing. De eerste drie fasen daarin (het komen tot een goede motivatie bij de betrokkenen; het scheppen van een vertrouwd en werkzaam klimaat tussen „brengers” en „afnemers”; het feitelijke in werking stellen) kunnen elk afzonderlijk veel problemen opleveren; problemen die bij een doordachte aanpak kunnen meevallen en bij een foute aanpak schadelijke gevolgen kunnen hebben voor het project.

Tijdens de eerste twee fasen kan men zowel krachten ten gunste van toetsing traceren als tegengestelde krachten: wij hebben zes veranderingskrachten en twaalf weerstandskrachten behandeld. Tevens is het belang aangegeven van een heldere omschrijving van de voor elke stap van invoering gekozen doelgroep („unit”) én van de groep invoerders of veranderaars („change agents”). Tenslotte zijn enkele krachten besproken die – als het proces eenmaal op gang is gekomen – dit positief of negatief kunnen beïnvloeden.

Wat hebben deze gegevens nu voor betekenis? Naar mijn mening zijn hieruit voor het beleid bij de invoering van toetsing enkele belangrijke conclusies te trekken:

Algemene opzet. Een project dat zo ingrijpend en vernieuwend is en dus zo op weerstand stuit als het onderhavige, vereist een systematische aanpak. Mislukkingen in proefgroepen kunnen de geloofwaardigheid aantasten, gelukte experimenten in ongeloofwaardige proefgroepen hebben geen waarde. De algemene fasen van een veranderingsproces kunnen een belangrijk houvast bieden:

grote aandacht voor het probleem van de motivatie, voor het wekken van een behoefte van binnenuit, is noodzakelijk; een door te voeren verandering heeft, eenmaal gerealiseerd, nog de kracht nodig om in stand te worden gehouden, een verandering waarvoor men van binnenuit heeft gekozen heeft nog altijd de meeste kans op succes.

Veranderingskrachten. De krachten in de richting van een gewenste verandering zijn niet statisch: ze kunnen toe- of afnemen en men kan er invloed op uitoefenen. Men kan pogingen doen om meer huisartsen het gemis aan toetsing te doen voelen door aard en betekenis ervan helder en grijpbaar toe te lichten. Het nut kan worden aangetoond door te wijzen op het nut dat vergelijkbare methoden bij anderen blijken op te leveren. De behoefte aan ontwikkeling van binnenuit kan bevorderd worden door te helpen automatiseren in de praktijkvoering te doorbreken, etcetera. Wat als helpende kracht geanalyseerd kan worden, dient te worden aangeboord, bevorderd en benut.

Weerstand. Verzet tegen verandering is vaak irrationeel en niet realistisch. Dit is echter geen reden om deze weerstand niet serieus te nemen. In zekere zin moet je als veranderaar blij zijn met weerstand, omdat hierdoor de kiem wordt gevormd van de energie die nodig is om voldoende motivatie en strijdbaarheid op te brengen. Geen verzet, maar ongeïnteresseerdheid of matheid is veel fnuikender: alle werk wordt overgelaten aan degenen die iets willen doorvoeren en de verantwoordelijkheid voor het in stand houden van de verandering wordt nooit door allen gedeeld. De weerstandskrachten tegen toetsing zijn talrijk. Maar of het verzet nu gericht is tegen controle, tegen verlies aan privileges, tegen het onbekende of wat dan ook, dit verzet moet ernstig worden genomen. En dit niet primair opdat men zich dan later als pionier of veranderaar niet in de vingers snijdt, maar omdat mensen de angsten waarop veel verzet is terug te voeren, niet voor niets hebben. Ieder mens heeft angsten en ieder mens investeert deze angsten in weer andere zaken. De defensieve instelling die daarvan een gevolg is, houdt veel energie bezet die aan positieve en dynamische zaken besteed zou kunnen worden. Bij een veranderingsproject als de invoering van toetsing staan zaken als ontplooiing, bewustwording en openheid centraal. Dat kan mijns inziens niets anders betekenen, dan dat men bereid

moet zijn de betrokkenen te helpen zich de weerstanden bewust te maken en te overwinnen. Wanneer invoering zonder meer zou worden afgedwongen, dat wil zeggen wanneer men niet de moed en de (lange?) tijd kan opbrengen om met de mensen die – voor hun eigen gevoel volkomen terecht – verzet voelen positief, intensief en persoonlijk aan de slag te gaan, dan heeft het diepere idee van toetsing eigenlijk al een knauw gehad. Een kritische kijk op jezelf als professionele hulpverlener vereist, door de aard van het werk, een niet-defensieve, open geest en een open hart. Wanneer iemand het proces van verzet tegen tot de behoefte aan toetsing bewust heeft doorlopen, is een deel van het doel van toetsing al bereikt. Zo iemand zal werkelijk begrijpen wat de attitude die toetsing tot een succes kan maken precies inhoudt.

Bij een te snelle invoering, waarbij de betrokkenen wel de activiteiten verrichten, maar niet de erbij horende attitude verwerven, ontstaat het gevaar dat toetsing een plichtmatig af te werken zaak wordt, waaraan slechts lippendienst wordt bewezen. En daaraan heeft niemand behoefte.

Wie verandert wie? Een omschrijving van de drijvende krachten achter de invoering van toetsing is wenselijk. Men moet weten, wie waarop kan worden aangesproken. Tevens is een duidelijke afbakening nodig teneinde zich te kunnen houden aan een relatie tussen invoerders en afnemers. Vertrouwen in de deskundigheid, de persoon en het gezag van de invoerders is nodig. Deze uitvoerders op hun beurt moeten zich bewust zijn van hun invloed op de veranderings- en de weerstandskrachten: zij kunnen bevorderende factoren benutten of onbenut laten en zij kunnen weerstanden verzachten, opwekken of vergroten. *Gibb* geeft enkele voorbeelden van vormen van gedrag die bij anderen weerstanden oproepen, zoals:

- het geven van waarde-oordelen over anderen;
- de indruk wekken langs slinkse weg iets te willen bereiken;
- laten merken meer te zijn, meer macht te hebben dan de ander;
- geheel aan de gevoelens van de ander voorbij gaan.

Zelf wil ik daaraan toevoegen: verzet niet serieus nemen.

Hoe breed is het pad naar het kwade...

Met welke eenheid wordt gewerkt? Tenslotte is aan de orde het aangrijppingspunt of de aangrijppingspunten van de

verandering. Het is belangrijk de latere effecten van de keuze van de eerste groepen huisartsen die voor toetsing in aanmerking komen, goed te overdenken. Hoe meer dit doorsnee-groepen zijn, des te meer zullen de resultaten en problemen iets zeggen over de resultaten en problemen die men bij andere groepen kan verwachten, des te sneller kan men generaliseren naar alle huisartsen.

Alles bij elkaar is het project van de invoering van toetsing een moeilijke zaak, maar tevens een zaak die meer dan de moeite waard is. Geen eerdere ontwikkeling binnen de huisartsgeneeskunde kan zulke verstrekkende gevolgen hebben als een open, opbouwende en stimulerende intercollegiale toetsing. Het isolement van bepaalde huisartsen wordt doorbroken, het werk moet verantwoord worden en derhalve bewust worden doordacht en het contact met collegae kan veel aan inhoud winnen. Een dergelijk project mag je veel resultaten toewensen.

Het doorvoeren van zo'n grote verandering is echter een kwestie van moed, beleid en trouw. *Moed*, omdat zonder persoonlijke inzet, confrontatie en doorwerking van invoerders en huisartsen-afnemers toetsing een papieren methode wordt; een methode die plichtmatig wordt afgewerkt, is geen winst, een methode die voor huisartsen oplevert dat zij winnen aan professionele en persoonlijke groei, des te meer. *Beleid*, omdat zonder doordachte, gefaseerde en planmatige invoering allerlei problemen zullen opdoemen die de gewenste resultaten in gevaar brengen. *Trouw* tenslotte, omdat een door alle betrokkenen gedragen invoering van toetsing een zaak van langere termijn zal zijn.

Samenvatting. Bij het onderwerp toetsing is de aandacht vooralsnog in hoofdzaak gericht op de inhoud en de methodiek. Aandacht voor de wijze waarop toetsing zal worden ingevoerd, is echter eveneens noodzakelijk. In dit artikel is de invoering van toetsing beschouwd als een begeleid veranderingsproces. Onderzocht is welke krachten invoering kunnen bevorderen en welke weerstanden kunnen optreden. Bij een geleide invoering houdt men rekening met deze krachten en oefent men er invloed op uit; daarbij vereist vooral het hanteren van de weerstanden zorgvuldigheid en een menselijke aanpak. Het is noodzakelijk dat aangegeven wordt wie de „veranderaars” precies zijn. Voorts zal men er

naar moeten streven dat het project een zaak wordt die door zoveel mogelijk huisartsen wordt gedragen.

Summary. Introducing medical audit. A matter of courage, tact and faith. Discussions of medical audit mainly focus for the time being on substance and methods. The procedure of introducing medical audit, however, also merits attention. This article discusses the introduction of medical audit as a guided process of change. It considers the forces that can facilitate the introduction, and the resistances which may develop. A guided introduction accounts for these forces and exerts an influence on them; particularly the management of resistances requires care and an understanding approach. It is necessary to identify the change-agents and efforts should be made to ensure that the project is supported by the largest possible number of general practitioners.

Cromme, P. V. M. Assessing the doctor. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 383-384.

Crombie, D. L. Self-evaluation by practice activity analysis. (1977) *Gen. Practit. Int.* 3, 111-115.

Gibb, C. A. Climate for trust formation. *New York*, 1962

Lippitt, R. The dynamics of planned change. *Harcort, Brace and World, New York*, 1958

N.H.G.-congres 1978. (1978) *huisarts en wetenschap* 21, 495-496.

Toetsing in de huisartsgeneeskunde. (1980) *huisarts en wetenschap* 23, 127-140.

Voort, H. van der. Zelftoetsing. Draaiboek voor groepen. *Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht*, 1980 (verschijnt eind april, begin mei).

Nota Bene

Audit is understood by many to convey control and conformity, the antithesis of freedom and experimentation enshrined in a liberal education, and if this is so, postgraduate education should not be corsetted by the methodology of audit. (Uit: Education in the Northern Region. Editorial. (1979) *J. roy. Coll. gen. Practit.* 29, 700-701.)

Zelftoetsing

Een draaiboek met praktische oefeningen

Voor veel huisartsen valt moeilijk te taxeren wat een methode als intercollegiale toetsing zou kunnen opleveren. Een open communicatie, waarin men elkaar helpt het eigen functioneren te bekijken en waarin men feed-back durft te geven en te ontvangen, is onder huisartsen geen gemeengoed. Daarbij speelt waarschijnlijk niet alleen een zekere huiver een rol, maar ook de onder veel medici gangbare opvatting dat je je niet ongevraagd bemoeit met het doen en laten van een ander, laat staan van een collega.

Toetsing van het werk van de huisarts kan veel inhouden. Wil de huisarts werkelijk geholpen worden kritisch te kijken naar zijn manier van werken, dan zal toetsing in ieder geval zowel zijn medisch als zijn persoonlijk functione-

DRS. H. VAN DER VOORT*

ren moeten omvatten. De keren dat ik besprekingen en referaten in ziekenhuizen heb meegemaakt en heb gezien hoe co-assistenten die hun onwetendheid en onzekerheid durfden tonen, werden behandeld, hebben mij echter duidelijk gemaakt dat wie het tot dokter heeft gebracht, wel heeft afgeleerd zich kwetsbaar op te stellen.

In het Huisartsen Instituut van de VU deden wij in 1978 succesvolle ervaringen op in groepen arts-assistenten met een oefening die ik had ontworpen met als uitgangspunt het behandelen van spoedgevallen. Bij deze oefening konden de deelnemers hun kennis inzake diagnose en therapie c.q. acuut ingrijpen tijdens een spoedgeval toetsen aan de mening van de andere leden van de groep. Waar het ingebrachte spoedgeval een recente ervaring van een van de groepsleden betrof, kreeg de groep aan het slot van de oefening vaak ook nog de „oplossing”, dat wil zeggen de afloop zoals de inbrenger van het spoedgeval die kon meedelen.

Het opvallende bij deze oefening was steeds weer dat de deelnemers niet alleen zeer geanimeerd bezig waren, maar bovendien in mijn ogen ongewoon open

* Wetenschappelijk hoofdmedewerker Huisartsen Instituut VU.