

Equal brother is watching you

Precies vier jaar na het verschijnen van het themanummer *Toetsing in de huisartsgeneeskunde* (april 1980) kan de lezer van *Huisarts en Wetenschap* kennis maken met een nieuw produkt van de Commissie Toetsing van het NHG: een draaiboek *Onderlinge praktijkobservatie*, bestemd voor koppels huisartsen.

In de afgelopen periode is de ontwikkeling van toetsing in de geneeskunde op velerlei gebied sterk gestimuleerd. Voor ons huisartsen is het begrip onder meer dichterbij gekomen door het Voorwaardenbeleid van het Genootschap, waarvan toetsing een van de pijlers is. Dit Voorwaardenbeleid is een stimulans geweest voor de Commissie Toetsing om een methode te ontwikkelen, die gekenmerkt zou worden door „zelfredzaamheid en een minimum aan begeleiding.” Het eerste artikel over onderlinge praktijkobservatie, door Bergsma in 1966 in *Huisarts en Wetenschap*, is verwonderlijk genoeg nooit aanleiding geweest om deze methode verder te ontwikkelen. Dit is te meer verwonderlijk, omdat deze methode het ideaal van evaluatie van de praktijkvoering, gekoppeld aan een minimale bedreiging, zo dicht benadert; men kiest immers zelf zijn partner uit.

Dat was overigens niet de enige overweging bij het kiezen voor de praktijkobservatie als toetsingsmethode. Wanneer de huisarts zijn eerste schreden op het pad van de toetsing zet, moeten vorm en methode bij voorkeur een directe relatie met zijn dagelijkse werk onderhouden. Ook moet het toetsen niet te veel tijd vergen en moeten de eventuele conclusies snel omgezet kunnen worden in resultaten.

De mening van een gelijke – in het kader van de beroepsuitoefening – kan verhelderend en stimulerend werken. Feed-back omtrent ons eigen functioneren, in welke zin dan ook, krijgen wij in de dagelijkse praktijk zelden. De feed-back vanuit de patiënt/cliënt wordt tweemaal gekleurd: ten eerste door de belevingswereld van de patiënt zelf en vervolgens door onze mening over het hulpverleningsproces. De verstrekte ziekenfondsgegevens over verwijscijfers en kosten per recept of patiëntencontact zijn van een dergelijk aggregatieniveau, dat zij ons weinig zeggen. In wezen gaat het om de individuele beslissingsmomenten in ons handelen, waarbij allerlei impliciete en minder expliciete normen en vooral waarden een grote rol spelen. Vanuit de overtuiging dat degene die ons observeert, met dezelfde onzekerheden leeft, en ook adviezen geeft of beslissingen neemt in eenzelfde situatie, lijkt het een redelijke gedachte dat observatie door een collega-huisarts niet bedreigend hoeft te zijn.

De vraag waarnaar te kijken, wat te observeren, en op welke wijze, is de leidraad geweest voor de opbouw van het draaiboek *Onderlinge praktijkobservatie*.

Er zijn tal van praktijktechnische en organisatorische zaken die wij allen in meerdere of mindere mate gemeen hebben. De observatie daarvan biedt een aantal ingangen om zich een mening te vormen over de praktijkvoering van de ander. De aan- of afwezigheid van bepaalde onderdelen van bijvoorbeeld het instrumentarium is een geschikt aanknopingspunt om met elkaar in gesprek te komen over de praktijkvoering.

De volgende stap wordt gevormd door de vaardigheden van de huisarts (althans dat wat hij zegt, dat hij doet/kan). Het blijkt steeds weer tijdens experimenten met deze methode, dat er zeer grote verschillen bestaan op dit punt. Het komt dan ook nogal eens voor, dat de ene huisarts voor een bepaald probleem een aanpak heeft die door de ander als verrassend nieuw of eenvoudig wordt ervaren, en dan ook door hem wordt overgenomen. Toetsing en nascholing zijn immers zo nauw met elkaar verweven dat het onderscheid tussen beide vaak kunstmatig aandoet.

De observatie van een spreekuur vormt het meest uitdagende deel van het draaiboek. Omdat iedere huisarts met geconditioneerde ogen kijkt, en omdat dit fenomeen onderlinge vergelijking sterk bemoeilijkt, heeft de commissie een bepaalde structuur gekozen voor de observatie.

Tijdens de experimentele fase bleek steeds opnieuw dat het observeren van twee aspecten een redelijke belasting voor de observator betekende. Daarom valt de nadruk op slechts twee aspecten: de vraagverheldering en de afsluiting van het consult. Wanneer deze twee aspecten volgens de handleiding worden beoordeeld, krijgt men – ondanks alle beperkingen – enige greep op de geweldige inhoudelijke gevarieerdheid van het consult.

Een groot deel van onze beslissingsmomenten wordt beïnvloed door normen die niet expliciet zijn. Bovendien werken huisartsen met eigen, soms zeer persoonlijke waarden.

Het gaat er bij toetsing niet primair om waarom iemand iets doet, maar veeleer om een antwoord op de vraag waarom hij in een bepaald geval iets nalaat, terwijl die handeling wel te verwachten viel.

Het genereren van dit proces kunnen wij het beste bij en met elkaar doen. Wanneer ik in 1984 geobserveerd word, laat het dan een *equal brother* zijn.

P. V. M. Cromme