

Bewustwording en verandering door onderlinge toetsing

R. GROL EN P. MESKER*

Wat houdt onderlinge toetsing in voor de deelnemende huisartsen? In deze bijdrage wordt ingegaan op het leer- en bewustwordingsproces dat de eerste zes groepen deelnemers aan het Nijmeegse toetsingsproject doormaakten. Het resultaat was in vele gevallen een kritische houding ten opzichte van het vak en het eigen handelen, maar soms ook afweer en stilstand. Verschillende factoren spelen een rol bij het verloop van dit proces: de aanvankelijke motivatie, eventuele angst, de wijze waarop men reageert als tussen norm en handelen een discrepantie wordt geconstateerd, en de bereidheid om te veranderen. Voorts wordt geschetst, welke veranderingen de deelnemers aan de zes groepen doormaakten.

Inleiding

Toetsing en onderlinge toetsing zijn begrippen die langzamerhand onder huisartsen ingeburgerd raken, zonder dat steeds duidelijk is wat een en ander nu precies voor de deelnemende huisartsen betekent. Wat gebeurt er als men er aan mee doet? Is het spannend of plezierig? Blijft men dezelfde? Verliest men het plezier in het werk niet? Wat zijn de consequenties als men het niet goed doet? Is verandering mogelijk?

In dit artikel willen wij ingaan op deze vragen en proberen het proces te schetsen, dat deelnemers aan onderlinge toetsing kunnen doormaken. Daartoe maken wij gebruik van de ervaringen die wij hebben opgedaan met het Nijmeegse toetsingsproject.**

Toetsing

Onderlinge toetsing door huisartsen kan men omschrijven als een systematische en kritische evaluatie van zijn eigen en elkaars wijze van hulp verlenen door

* Respectievelijk psycholoog en huisarts. Beide auteurs zijn als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (hoofd Prof. dr. F. J. A. Huygen).

** Over het onderwerp toetsing is de afgelopen jaren veel geschreven, ook in *Huisarts en Wetenschap*. Daarom zal in dit artikel niet steeds expliciet worden verwezen naar de relevante literatuur op dit gebied. De belangstellende lezer zij verwezen naar een eerder artikel over het Nijmeegse toetsingsproject.¹

een aantal collega's, met behulp van daartoe opgestelde normen of criteria en met de bedoeling om de feitelijke huisartsgeneeskundige zorg meer in overeenstemming met die normen te brengen.

Het gaat hierbij om een circulair proces, dat gekenmerkt wordt door de volgende stappen (zie ook *figuur 1*):

1. Het systematisch verzamelen van informatie.
2. Het vergelijken van de werkelijkheid met een ideaal.
3. Het met elkaar in overeenstemming brengen van werkelijkheid en ideaal.

1. *Het systematisch verzamelen van informatie* over de werkelijkheid van de huisartsgeneeskundige zorg, dus over hetgeen een huisarts precies doet.

Allerlei facetten van het huisartsgeneeskundig handelen kunnen voorwerp van toetsing zijn. In ons toetsingsproject beperken wij ons tot het hulpverleningsproces, waarbij we gebruik maken van registratie van het eigen handelen met behulp van checklists, van onderlinge praktijkobservatie en bandopnamen van spreekuurcontacten.

2. *Het vergelijken van de werkelijkheid met een ideaal*, met een maatstaf voor adequaat handelen.

De meeste auteurs zijn het erover eens dat concrete normen een essentieel bestanddeel van een proces van onderlin-

ge toetsing vormen. Dit betekent dat er een „ideaal” wordt geformuleerd. Afwijking van dit ideaal, van deze norm zet aan tot een kritische beschouwing en mogelijk herformulering van de norm (cirkel A in *figuur 1*). Op deze wijze is er tevens sprake van een proces van normontwikkeling.

Dit proces werkt dus in twee richtingen. In de eerste plaats kan het leiden tot een betere onderbouwing van de huisartsgeneeskunde en tot een grotere uniformiteit in de huisartsgeneeskundige praktijk. Daarnaast brengt het een innerlijk proces bij de getoetste op gang. Bepaalde normen worden geïnternaliseerd, gaan dienen als een soort geweten.

Men kan de normen laten opstellen door de toetsende huisartsen zelf of gebruik maken van bestaande normen. In ons project hebben wij ervoor gekozen aan de toetsende huisartsen van tevoren een theoretisch kader en bepaalde normen aan te bieden, die zijn gebaseerd op literatuurstudie, onderzoek en discussies tussen deskundigen op het gebied van de huisartsgeneeskunde. De normen zijn ingedeeld aan de hand van een viertal basale huisartsgeneeskundige vaardigheden:

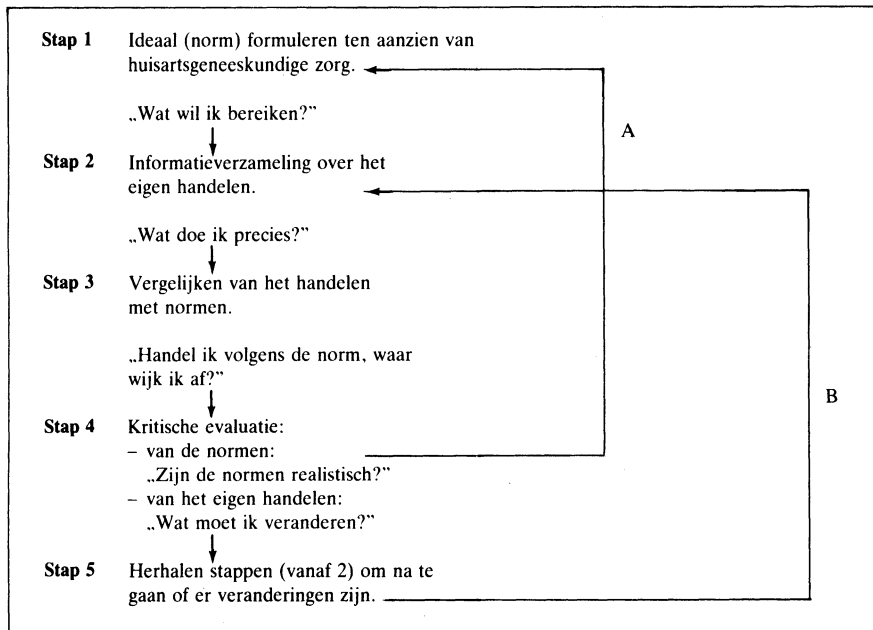
- normen voor gericht en systematisch werken, voor de opbouw en structuring van het consult;
- normen voor het hanteren van de arts-patiënt relatie, voor de omgang met de patiënt;
- normen voor adequaat somatisch handelen;
- normen voor adequaat psychosociaal handelen.

Deze normen zijn niet definitief; ze worden niet gepresenteerd als iets wat toetsende huisartsen kant en klaar kunnen overnemen. Ze dienen als hulpmiddel en houvast bij een kritische bezinning op het vak en het eigen functioneren, maar ze moeten tevens worden bijgesteld en vervolmaakt, door ermee te werken en ze te vergelijken met het handelen in de praktijk.

3. *Het in overeenstemming brengen van werkelijkheid en ideaal*.

Toetsing heeft niet alleen tot doel om vast te stellen welke onderdelen van het handelen wel en niet in overeenstemming met de normen zijn. Doel is eveneens het corrigeren van eventuele lacunes en inadequate routines. In *figuur 1* wordt dit weergegeven via cirkel B. Het uitdrukkelijke doel van ons toetsingsproject is dat ook om bij de deelnemende huisartsen een leerproces in gang te zetten.

Figuur 1. Het proces van toetsing.



Evaluatie van dit proces vond plaats via schriftelijke vragenlijsten, op verschillende tijdstippen tijdens het programma en via mondelinge evaluaties met zowel de deelnemers als de begeleiders van de toetsingsgroepen. De in dit artikel weergegeven cijfermatige gegevens hebben betrekking op de eerste zes groepen die het programma afgerond hebben.

Motivatie en weerstanden

Hoe huisartsen precies ten opzichte van onderlinge toetsing staan, is nog niet duidelijk. Een recent onderzoek in Engeland onder 129 huisartsen toonde nogal wat weerstand aan.² In de Verenigde Staten is toetsing, met name in ziekenhuizen, al langere tijd een gewoonte en is dit ook van overheidswege geformaliseerd.³ Een peiling onder Nederlandse huisartsen leverde als een van de conclusies op: „Intercollegiale toetsing vervult sommigen met verbazing, anderen met verslagenheid en vrijwel niemand herkent het“.⁴ Een enquête onder 85 huisartsopleiders van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut liet daarentegen zien dat de grote meerderheid geen enkel bezwaar had tegen onderlinge praktijkobservatie.⁵

De ervaringen uit ons project zijn tot nu toe bemoedigend. De door ons benaderde huisartsen (circa 300 huisartsopleiders en huisartsgastheren) zijn in het algemeen redelijk tot zeer positief gemotiveerd: 80-90 procent van de huisartsopleiders doet actief mee, 60-70 procent van de huisartsgastheren heeft in principe toegezegd te willen meedoen.

De redenen om mee te doen, lopen uiteen:

- **Intrinsieke motivatie.** De waarde van de toetsing voor de deelnemer ligt in de aard van de activiteit zelf, bijvoorbeeld in de zin om te leren en te groeien, of in de verwachting dat toetsing bijdraagt aan het verbeteren van de eigen wijze van werken. Ook de positieve spanning, de uitdaging en avontuurlijkheid die verbonden zijn aan een deelname aan een toetsingsgroep, spelen hierbij een rol.
- **Extrinsieke motivatie.** Het doel en de waarde van deelname vallen buiten de activiteit zelf. Men verwacht bijvoorbeeld dat toetsing in de toekomst verplicht wordt, of dat het prestige bij collega's erdoor wordt vergroot. Of men neemt deel, omdat dat in verband met een bepaalde positie (huisartsopleiders, gastheren) wordt verwacht. Ook de angst voor afwijzing van collega's bij niet deelnemen kan een rol spelen.
- **Conditionele motivatie.** Hierbij ligt het accent vooral op de omstandigheden waaronder deelname aan toetsing plaatsvindt. Men hoopt uit een isolement te komen, meer plezier in het werk te krijgen, een sleur te doorbreken of de contacten met collega's te verbeteren.

Naast meer positieve motivaties kunnen negatieve gevoelens voorafgaande aan of tijdens de onderlinge toetsing een rol spelen. Doorgaans werkt de huisarts alleen, door niemand gecontroleerd. Hij is baas in eigen huis. Deelname aan toetsing geeft collega's de gelegenheid een kijkje te nemen achter de schermen en kritiek te uiten. Het ligt voor de hand

dat dit angst en een zekere bedreiging kan oproepen.

Wij konden deze in onze toetsingsgroepen op verschillende wijze waarnemen (tabel 1):

- **Gevoel van bedreiging.** Men voelde zich bedreigd door de mogelijkheid kritiek te krijgen of zag op tegen het kritiek moeten leveren op anderen. In het begin was er een groot aantal deelnemers dat zich duidelijk bedreigd voelde. Deze bedreiging werd op den duur duidelijk minder, zeker nadat men een keer zelf getoetst was en kritiek van collega's had gekregen.

- **Moeite met de normen.** Men had moeite met de aangeboden normen voor adequate huisartsgeneeskundige zorg. Opvallend was dat de gepresenteerde normen in het begin minder bedreiging opriepen dan later in het programma. Dit kwam doordat men de normen steeds meer ging beleven als een wél geaccepteerd, maar moeilijk bereikbaar ideaal.

- **Onzeker over effect.** Men was onzeker over het effect van toetsing. Men twijfelde of het wel resultaat zou hebben en of men er iets aan zou hebben. Sommigen waren bang het plezier in het werk te verliezen, of waren bang dat men een ander persoon zou worden. Daarnaast zag men dat deelnemers soms allerlei praktische en financiële bezwaren inbrachten („kost veel tijd”, „moeite met praktische regelingen”), die ten dele ook weerstand uitdrukten. Deze weerstand uitte zich verder in een matige voorbereiding van de bijeenkomsten (lezen van literatuur, voorbereiding van eigen toetsing) en in het weinig bezig zijn met het in toetsing geleerde tussen de bijeenkomsten. Het aanwezigheidspercentage was echter hoog (gemiddeld 85-90 procent) en er werd vaak hard en enthousiast gewerkt. Bedreiging door en weerstand tegen het gebeuren in de toetsingsgroep droegen er zeker toe bij dat één deelnemer in het begin en twee deelnemers halverwege het programma afhaakten.

Bewustwording

Bewustwording kan beginnen als een huisarts zich in een situatie begeeft waarin hij, eventueel met behulp van collega's, de eigen werkwijze gaat vergelijken met concrete criteria of normen voor adequate huisartsgeneeskundige zorg. Deze activiteit kan twee voor het verdere leerproces belangrijke resultaten opleveren:

- De eigen werkwijze blijkt wél in overeenstemming te zijn met de norm.

Sommige deelnemers ervaren dat als normaal en vanzelfsprekend en staan er niet lang bij stil. Anderen geeft het een bewustwording van de sterke kanten in het handelen. Dit leidt tot een versterking van het zelfvertrouwen.

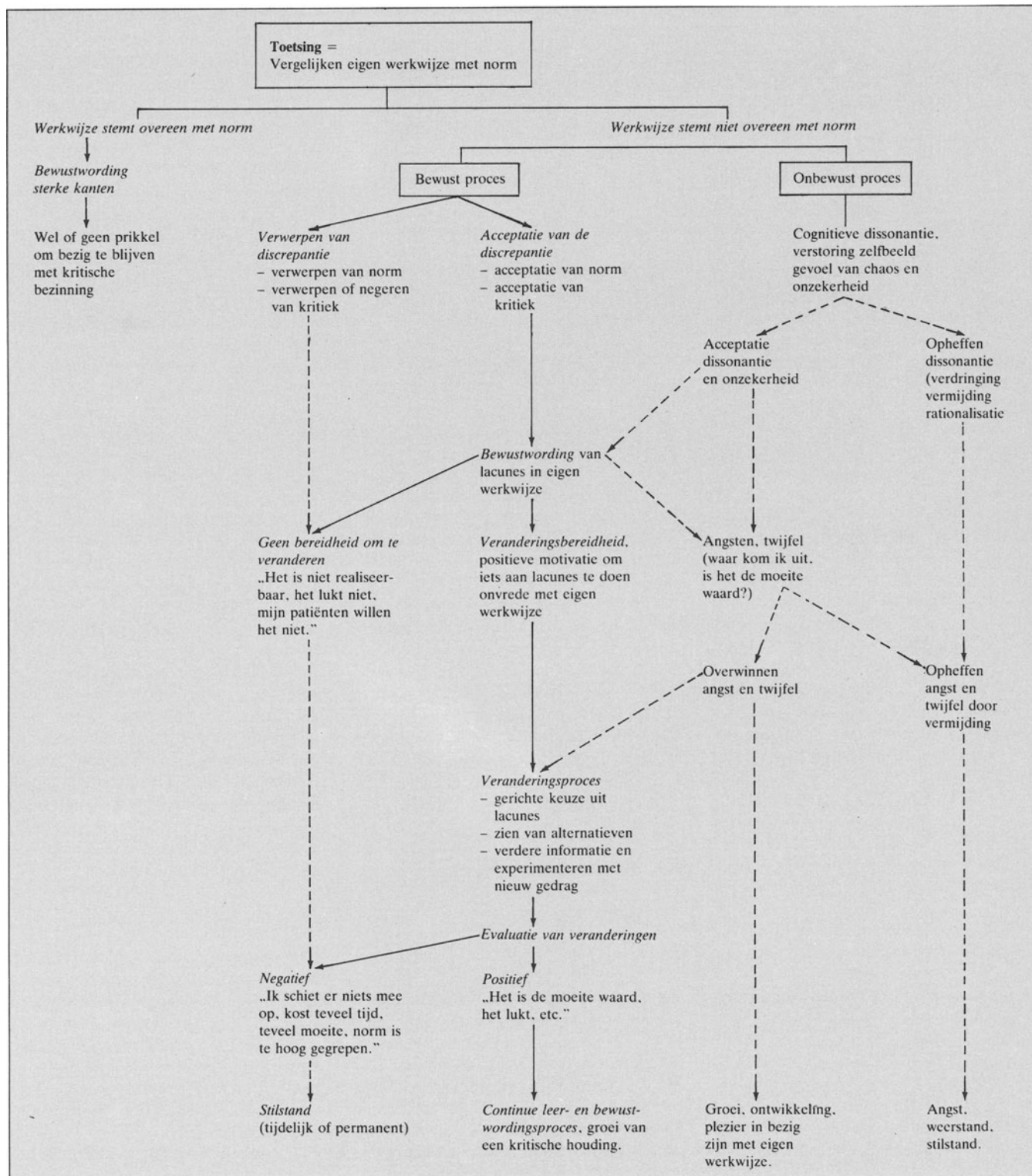
• De eigen werkwijze blijkt niet in overeenstemming met de norm. Men krijgt kritiek op de eigen wijze van wer-

ken. Op dat moment, ontstaat een complex patroon of een keten van reacties die zowel positief als negatief, zowel bevorderend als remmend voor het leerproces kunnen zijn.

Wij hebben geprobeerd de grote lijn in dit proces in schema te brengen (figuur 2).

Op het moment dat duidelijk wordt dat het eigen handelen afwijkt van de norm, en op het moment dat collega's negatieve kritiek geven op het handelen, kan er spanning ontstaan. De gevonden discrepantie kan de getoetste al bekend zijn, maar kan ook een verstoring betekenen van het beeld dat men van zichzelf heeft als huisarts, van wat men kan

Figuur 2. Het leer- en bewustwordingsproces bij toetsing.



en niet kan, en wel en niet goed doet. In de literatuur vindt men dit aangeduid als *cognitieve dissonantie*.⁶ Hierbij wordt aangetekend dat een toestand van dissonantie de mens motiveert om deze dissonantie zo snel mogelijk op te heffen, hetzij door het zelfbeeld aan de nieuwe informatie aan te passen, hetzij door een defensieve reactie.

Bij onderlinge toetsing ziet men verschillende reacties op kritiek en op verstoring van het zelfbeeld:

- *Acceptatie van kritiek*. De kritiek wordt positief gelabeld, als iets waarvan men beter wordt. De getoetste maakt een kritische wegging van de kritiek en de daaraan ten grondslag liggende norm, en verwerkt de waardevolle elementen tot iets van zichzelf, tot een innerlijk criterium („Ik betrap me nu tijdens het

praktijk doen op afwijkingen van de normen”). Als dit gebeurt, kan men spreken van een actieve acceptatie.

Daarnaast is er de passieve acceptatie: de kritiek wordt weliswaar geaccepteerd, maar leidt nog niet tot de wens om iets in het handelen te veranderen; of de kritiek wordt meer als iets negatiefs gelabeld, als iets dat niet welkom is. („Door volgens de normen te gaan werken, loopt mijn spreekuur uit.”)

- *Verwerpen van kritiek*. De kritiek wordt genegeerd, wordt bewust of onbewust niet gehoord, of er is een duidelijk defensieve reactie. Deze neemt dan meestal een van de volgende vormen aan:

- ontcrachten van de kritiek: de kritiek wordt niet van toepassing verklaard; men wijst bijvoorbeeld op het uitzonderlijke van deze situatie („Meestal doe

ik het anders, het komt door deze patiënt, ik ken deze patiënt, etc.”);

- afwijzen van de norm: „de norm is niet reëel, in de praktijk gaat het toch anders, dit is te hoog gegrepen, uiteindelijk gaat het erom dat de patiënt tevreden is, het is niet zeker dat het beter helpt als ik het anders doe,…”.

Voor een werkelijke bewustwording is nodig dat de huisarts de kritiek en ook de norm tot iets van zichzelf maakt („Dit is op mij van toepassing”). Tot deze mentale stap kan niemand worden gedwongen. Men kan iemand wel helpen door de kritiek op genuanceerde, objectieve wijze te geven.

In het geval van „passieve acceptatie” en „geen reactie op kritiek” zijn de voorwaarden voor bewustwording minder aanwezig. Het kan zijn dat de getoetste uit plichtsbefes aan toetsing

Evaluatiegegevens uit het toetsingsproject

Uit het evaluatieonderzoek van de eerste zes experimentele toetsingsgroepen (twee groepen huisartsopleiders, twee groepen gastheren voor co-assistenten en twee groepen huisartsen zonder band met het huisartseninstituut) hebben wij enkele gegevens geselecteerd die betrekking hebben op elementen uit het leer- en bewustwordingsproces van de deelnemers. In *tabel 1* vindt men gegevens over de mate van bedreiging die deelnemers ervaren bij deelname aan de onderlinge toetsing.

Toetsing roept bedreiging op als men er nog niet daadwerkelijk aan heeft meegedaan. Deze bedreiging, die vooral te maken heeft met kritiek krijgen en beoordeeld worden, neemt op den duur af. De dreiging die uitgaat van de toetsingsgroep en de collega's, verdwijnt nageenoeig volledig. Merkwaardig is dat van de normen, die bij onze wijze van toetsing centraal staan, na verloop van tijd wat

meer bedreiging uitgaat dan in het begin. In het algemeen constateren wij in ons project dat de bedreiging uitgaande van onderlinge toetsing minder is dan men op grond van mededelingen in de literatuur zou verwachten. Deelname doet zulke gevoelens zeker afnemen.

In *tabel 2* vindt men de mening van de deelnemers over veranderingen die ze hebben doorgemaakt door deelname aan de onderlinge toetsing. De meeste deelnemers uit onze toetsingsgroepen geven aan, op een aantal onderdelen van het werken als huisarts een duidelijke ontwikkeling te hebben doorgemaakt. De meeste veranderingen ziet men bij de vaardigheid gericht en systematisch werken, waarschijnlijk omdat deze voor veel deelnemers betrekkelijk nieuw is en een voorwaarde om aan andere vaardigheden goed aandacht te besteden. Men zegt meer systeem aan te brengen in de contacten, meer aandacht te besteden aan de hulpvraag van de patiënt en explicieter de uitkomsten van anamnese en onderzoek te formuleren. Als veranderingen

op het gebied van hanteren van de arts-patiënt relatie noemt men: opener worden tegenover patiënten, zich kwetsbaarder durven opstellen, meer durf om het eigen handelen en het gedrag van de patiënt aan de orde te stellen en duidelijker uitleg geven aan de patiënt. De meeste deelnemers geven aan op het gebied van het medisch handelen weinig veranderd te zijn. Juist medische routines vindt men erg moeilijk te veranderen. Op het gebied van het psychosociaal handelen ontdekte men in het algemeen grote manco's. Als men veranderd is, houdt dat in dat men meer oog heeft gekregen voor de niet-somatische kant van klachten, voor de gevolgen en betekenissen ervan.

Aanpassingen in de organisatie van de praktijk hebben nauwelijks plaatsgevonden, maar een andere wijze van werken heeft voor een deel van de deelnemers wel gevolgen gehad voor de wijze van praktijkvoering en met name voor de hoeveelheid bestede tijd per patiënt (meer tijd).

Tabel 1. Mate van bedreiging die uitgaat van onderlinge toetsing. Afgeronde percentages (N = 36-46).

Onderdeel programma	Mate van bedreiging		
	(zeer) eniger-veel	(zeer) mate	(zeer) weinig
1. Deelname (begin toetsing)	14	50	36
2. Kritiek krijgen, beoordeeld worden (eind programma)	2	42	56
3. Methode van beoordeling (audioband, praktijkobservatie)	4	20	76
4. Gepresenteerde normen (begin)	6	14	80
5. Gepresenteerde normen (eind)	2	42	56
6. Groep, begin (onbekende collega's)	3	39	58
7. Groep, eind	–	9	91

Tabel 2. Mening deelnemers over eigen verandering door toetsing. Afgeronde percentages (N = 46).

Mening ten aanzien van	Mate van verandering		
	(zeer) eniger-veel	(zeer) mate	(zeer) weinig
1. Gericht en systematisch werken, opbouw, structurering consulten	42	53	5
2. Hanteren arts-patiënt relatie, omgang met de patiënt	28	48	24
3. Somatisch handelen	7	33	61
4. Psychosociaal handelen, aandacht voor niet-somatische aspecten	28	48	24
5. Praktijkvoering	9	50	41
6. Praktijkorganisatie	4	11	85

deelneemt, of dat hij bang is om de verkregen kritiek ter discussie te stellen. In het geval van een duidelijke defensieve reactie op de kritiek betekent meestal dat een getoetste zich persoonlijk geraakt voelt door de kritiek of door de geconstateerde afwijking van de norm.

Als men kijkt naar de onbewuste processen die, parallel aan meer bewuste processen, een rol spelen op het moment dat er een discrepantie is tussen norm en feitelijk handelen en het zelfbeeld wordt verstoord, dan wordt duidelijk hoe een defensieve reactie tot stand komt. Het ontvangen van kritiek of het zich bewust worden, dat men niet voldoet aan bepaalde criteria, kan verwarring, chaos, onzekerheid of angst oproepen. Elke huisarts handelt tot op zekere hoogte op basis van routines. Die heeft men hard nodig als men zich twintig tot veertig keer per dag opnieuw moet instellen op een nieuwe patiënt met steeds weer een andere hulpvraag. Ze dienen als basiszekerheid, als houvast.

Bewustwording van inadequate automatisen kan een stukje van de basiszekerheid wegnemen en daarmee angst en twijfel oproepen. Een defensieve reactie (rationaliseren, verdringen, vermijden) is op zo'n moment voor de hand liggend. Deze kan zich uiten in weerstand tijdens de onderlinge toetsing. Weerstand behoeft dan zeker niet alleen negatief te zijn; er zitten ook allerlei positieve aspecten aan. Het kan de „kiem van verandering”⁷ vormen en de getoetste beschermen tegen chaos en stuurlaaiheid.⁸ Momenten van defensief reageren kunnen in feite de kritieke momenten zijn, waarop onderlinge toetsing een gevoelige snaar raakt. Het kunnen beslissende momenten zijn in een bewustwordingsproces. De weerstandskrachten die op dat moment werkzaam zijn, waarschuwen het individu er anderzijds echter ook voor niet verder te gaan in de bewustwording dan men op dat moment aan kan.

Stimulans tot verandering

Uit allerlei onderzoek naar de effecten van gedragsbeïnvloeding van en nascholing aan (huis)artsen blijkt dat veranderingen uiterst moeizaam tot stand komen.⁹⁻¹¹ Veranderen brengt voor sommige mensen vooral een positieve spanning met zich mee, een gevoel van avontuur en nieuw leven. Voor anderen eerder angst en twijfel, voor weer anderen vooral een onwelkome verstoring van de status quo.

Een bewuste of onbewuste afweging van dit soort aantrekkelijke en onaantrekkelijke aspecten van veranderen zal bepalen of men bereid is aan verbetering van het handelen te gaan werken, of dat men tot de conclusie komt dat men er maar beter niet aan kan beginnen.

In het veranderen op grond van ervaringen tijdens onderlinge toetsing zien we een aantal duidelijke stappen:

- bewustwording van lacunes in het handelen als huisarts;
- het voelen van onvrede met die lacunes; dit is bepalend voor de bereidheid om dat praktijkgedrag te corrigeren; herkenning van dezelfde problemen bij collega's speelt hierin meestal een belangrijke rol;
- bewustwording van mogelijk alternatief praktijkgedrag: men ziet in dat er meer of andere manieren zijn om te handelen; men ziet hoe collega's handelen en veranderen, en dit kan van grote invloed zijn;
- het verwerven van verdere informatie of advies (via collega's of studie) over een andere wijze van werken;
- actief experimenteren met ander gedrag en het evalueren van de resultaten hiervan.

Veranderen en verbeteren van het eigen handelen lukt slecht, als men het alleen moet doen, of als men het uit de boekjes moet halen. Volgens de huisartsen uit ons project is vooral het deelnemen aan een groep van collega's hierbij wezenlijk en zeer stimulerend. Als factoren die het eigen leerproces bevorderen, noemt men: „het samen bezig zijn met je vak”, „het herkennen van dezelfde problemen bij collega's”, „bij anderen zien wat je zelf fout doet”, „het zien dat een ander verandert”, „het jezelf kwetsbaar opstellen en merken dat anderen dat ook doen”.

De deelnemers geven aan dat hun handelen op een aantal punten veranderd is (tabel 2). Meer in het algemeen ervoer men veel bewuster te zijn geworden ten aanzien van het eigen handelen. De normen zijn voor de meeste deelnemers een soort geweten geworden, waaraan men de eigen werkwijze voortdurend toetst. Een klein deel van de deelnemers heeft met deze veranderingen wat moeite; de meeste geven aan meer plezier in het werk te hebben. Men heeft meer oog en ruimte voor patiënten, waardoor deze ook opener zijn geworden en de consulten gemakkelijker verlopen.

Enkele uitspraken ter illustratie:

- Het toetsen zorgt vooral voor bewustwording, daardoor verander je. Verandering is echter moeilijk te con-

stateren. Ik merk het aan meer rust, minder gejaagd zijn.

- Na de eerste beoordeling door de toetsingsgroep werd mijn werkwijze één grote chaos, omdat ik alles probeerde te veranderen. Nu begint er meer structuur in te komen.
- Het bewustzijn groeit, maar je trapt toch vaak weer in dezelfde valkuilen.
- Ik denk nu vaker: waar ben ik precies mee bezig? Verandering is echter moeilijk.
- Ik heb meer aandacht voor het verduidelijken van de hulpvraag, al blijft mijn oude routine nog erg aantrekkelijk als het erom gaat tempo te maken.

De vraag is wat de gemelde veranderingen nu precies betekenen voor de dagelijkse praktijk. Wellicht moet men veranderingen ten gevolge van toetsing in eerste instantie vooral zien als bewustwording en het groeien naar een meer kritische en rationele houding met betrekking tot het huisartsenvak en het eigen handelen. Echte veranderingen treden dan op de lange duur op, door in vaste regelmaat met onderlinge toetsing bezig te zijn.

Continu proces

Op een bepaald moment in het leerproces zal voor iedereen de behoefte groeien om te evalueren, in hoeverre men via deelname aan onderlinge toetsing vorderingen heeft gemaakt. Impliciet wordt daarmee een kosten-baten analyse gemaakt: „Is het de moeite waard om hiermee bezig te zijn en hiermee verder te gaan?” Een positief antwoord op die vraag zet aan tot verder gaan met toetsen en experimenteren, tot een meer continu leer- en bewustwordingsproces (figuur 2). Als men daarentegen te veel ineens wilde of het niet op kon brengen om er daadwerkelijk energie in te steken, is de kans op een negatief antwoord groot.

In ons toetsingsproject zijn we er redelijk in geslaagd om de deelnemers van de eerste groepen ook voor de toekomst gemotiveerd te maken om met onderlinge toetsing verder te gaan. Ruim 60 procent zegt (zeer) gemotiveerd te zijn om ermee bezig te blijven, 33 procent is enigszins gemotiveerd en slechts 7 procent van de deelnemers heeft weinig of geen zin om er in de toekomst energie in te steken. Van de zes groepen uit de evaluatie zijn er vijf in de een of andere vorm zelfstandig verder gegaan met onderlinge toetsing.

Literatuur op pag. 279.