

Een programma voor onderlinge toetsing voor huisartsen

Ervaringen met zes experimentele toetsingsgroepen

R. GROL EN P. MESKER*

Sinds begin 1982 wordt door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut geëxperimenteerd met onderlinge toetsing. In deze bijdrage wordt verslag uitgebracht van de ervaringen met zes groepen huisartsen. Het geboden programma bleek over het algemeen te voldoen, al moest het op onderdelen worden aangevuld en bijgesteld. De meeste deelnemers zagen vooral voordelen in het werk met vooraf vastgestelde normen en ervoeren die normen niet als bedreigend. Intensieve begeleiding van dit soort groepen lijkt wenselijk, maar brengt ook enkele problemen met zich mee. Het eindoordeel over de gevolgde aanpak is zonder meer positief.

Inleiding

Sinds begin 1982 wordt door het Nederlands Huisartsen Instituut en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut geëxperimenteerd met onderlinge toetsing door huisartsen. Beide projecten worden gefinancierd door het Ministerie van WVC. Doel van het Nijmeegs project is het opdoen van ervaringen met verschillende vormen en methoden van onderlinge toetsing. Voorts beoogt het project de invoering van toetsing bij huisartsopleiders en huisarts-gastheren van co-assistenten. Het project kent twee fasen: een experimentele fase en een zogenaamde implementatiefase.

In deze bijdrage willen wij enkele belangrijke ervaringen vermelden uit de experimentele fase. Het gaat om de resultaten van een toetsingsprogramma, dat werd uitgevoerd in zes groepen huisartsen, in de periode 1981-1983.

We zullen ons beperken tot ervaringen met het programma. Aspecten als de werving en de motivering van de deelnemers, de organisatie van het project en de leer- en veranderingsprocessen die de deelnemers aan toetsing doormaken, zullen in andere artikelen aan de orde komen.^{1 2} Een uitvoerige rapportage van de experimentele fase is verkrijgbaar bij de auteurs.³

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

Opzet

Onderlinge toetsing door huisartsen omschrijven wij als „een systematische en kritische evaluatie van de eigen en elkaars wijze van hulpverlening door een aantal huisartsen met behulp van daartoe opgestelde normen en met de bedoeling de huisartsgeneeskundige zorg meer in overeenstemming met die normen te brengen”.^{4 6} Toetsing omvat derhalve meer dan een beoordeling; het houdt ook een educatief proces in.

Ons toetsingsprogramma omvatte in totaal circa dertien bijeenkomsten (hele dagen), in de loop van een periode van anderhalf jaar. Enkele kenmerkende aspecten van het programma waren:

- Structureren in een aantal fasen. Tijdens de introductiefase werden normen aangeboden en besproken, werden toetsingsvaardigheden geleerd, en werd gewerkt aan een veilig klimaat binnen de groep. Tijdens de tweede fase, waarin de eigenlijke toetsing plaatsvond, werd geëxperimenteerd met verschillende toetsingsmethoden.

- Veel aandacht voor het eigenlijke proces van toetsen, en kritiek geven en ontvangen.

- Gebruik van reeds eerder door het NUHI opgestelde normen voor een adequate hulpverlening door de huisarts. Deze normen werden tijdens de introductiefase geïntroduceerd, toegelicht en ter discussie gesteld.

- Intensieve begeleiding door de huisarts en een gedragswetenschapper. Deze begeleiding werd langzamerhand verminderd tot de groep in staat was zonder begeleiding verder te gaan, en de deelnemers in staat waren toetsing in hun werk in te bouwen.

Deze aspecten werden geëvalueerd door middel van schriftelijke vragenlijsten voor deelnemers en begeleiders van de groepen (per fase en per bijeenkomst), en via observaties in de groepen en paneldiscussies tussen de groepsbegeleiders.

Het Nijmeegse toetsingsproject is vooral gericht op huisartsen die een band met het NUHI hebben: huisartsopleiders en huisarts-gastheren van co-assistenten. Daarnaast worden op beperkte schaal „perifere” huisartsen bij het project betrokken.

In totaal namen 57 huisartsen deel (18 huisartsopleiders, 20 gastheren en 19 perifere huisartsen). Tijdens het experiment haakten vijf deelnemers om uiteenlopende redenen af (stoppen met de praktijk, tijdgebrek, moeite met toetsing).

De deelnemende huisartsen vormden een selectie. Het waren solistisch werkende huisartsen uit de regio Arnhem-Nijmegen, van wie veel patiënten zijn ingeschreven bij een tweetal regionale ziekenfondsen. Binnen de totale groep van huisartsopleiders, gastheren en perifere huisartsen vormen zij echter geen selecte groep. Er was geen sprake van een bijzondere motivatie of een hoog niveau. Tot op zekere hoogte kunnen we de deelnemers beschouwen als representatief voor de „doorsnee” huisartsopleider, huisarts-gastheer of perifere huisarts in Nederland.

Algemene ervaringen

Een toetsingsprogramma moet een duidelijke en strakke structuur hebben, vooral in de beginfase. Dit wordt door de deelnemers als zeer prettig en noodzakelijk ervaren.

Een gedegen *introductiefase* vervult een essentiële rol in een dergelijk programma. Ze is nodig om warm te lopen, om een open en veilig groepsklimaat te laten ontstaan, om verwachtingen te peilen, om weerstanden en vooroordelen weg te nemen, om duidelijk te maken wat er precies gaat gebeuren, om de deelnemers te leren omgaan met de normen en ze vertrouwd te laten raken met onderlinge beoordeling, en kritiek geven en ontvangen.

Bij het experimenteren met de eigenlij-



...IN HET ALGEMEEN DOE JE 'T **ÈRG** GOED. HEEL **HÈLDER** OOK NAAR DE
CLIËNT TOE. ALLEEN 'N ENKEL PUNTJE: JE ZOU 'T HULPVERLENINGS-PROCES
VEEL MEER STRUCTUUR MOETEN GEVEN ZODAT JE 'N OPEN WERKSITUATIE
CREËERT WAARIN DE CLIËNT **MÈEBESLIST** OVER JE ADEQUAAT HANDELEN
TEN AANZIEN VAN ZOWEL DE SOMATISCHE ALS NIET-SOMATISCHE
ASPECTEN VAN ZIJN KNELPUNTEN. MEER NIET, DACHT IK.

ke onderlinge toetsing werd ervaring opgedaan met de wijze van inbrengen van spreekuurcontacten, met het beluisteren en beoordelen van die contacten, met het leveren van kritiek, met het corrigeren van inadequate werkwijzen en met onderlinge praktijkobservaties.

De door ons gehanteerde *basismethode* (toetsen van een hele reeks aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen aan de hand van concrete normen op basis van spreekuurcontacten op audioband) bleek goed te voldoen, met name bij het begin van de tweede fase: 90 procent van de deelnemers vond deze wijze van toetsen zowel (zeer) prettig als (zeer) geschikt. Vooral over het gebruik van audiobanden was men bijzonder te spreken. Anderzijds vond men het steeds op dezelfde manier blijven toetsen op den duur eentonig. Men wilde liever een meer gevarieerde aanpak, waarbij ook meer verdieping mogelijk zou zijn.

Wij werden ons in de eerste groepen bewust van het feit dat wij vooral de nadruk legden op het overdragen van toetsingsvaardigheden, en te weinig expliciete aandacht besteedden aan het persoonlijk leer- en bewustwordingsproces dat elke deelnemer aan toetsing zou moeten doormaken. Verder kwamen wij tot de conclusie dat we onvoldoende aandacht besteedden aan de continuïteit in dat leerproces.²

Onze ervaringen met de eerste toetsingsgroepen hebben geleid tot een bijstelling van het programma (*figuur*).

Over het algemeen werden de bijeenkomsten zeer positief beoordeeld. De twee opleidersgroepen zijn het meest positief, terwijl één gastheergroep en één perifere groep over de gehele linie iets lager scoorden. Wat de gastheergroep betreft, kan dat wellicht worden toegeschreven aan het feit dat twee deelnemers halverwege afhaakten, terwijl de perifere groep zeer heterogeen was samengesteld, waardoor de startfase nogal moeizaam verliep.

Voor de opleidersgroepen zijn er geen gegevens over de beginfase; tussen midden- en eindfase zijn er bij deze deelnemers weinig verschillen (*tabel 1*).

Zulke verschillen zijn er wel bij de vier andere groepen. De aansluiting bij de praktijk en de waarde van de toetsing voor het werken als huisarts werden tegen het eind positiever gescoord dan in het begin. Dit geldt ook voor de mate waarin men door toetsing inzicht verwerft in het eigen handelen. Beoordeelde men de toetsing in het begin nog als enigszins onzeker makend, tegen het eind vond men het programma langzamerhand meer bijdragen aan het zelfvertrouwen.

Ook werd de gepresenteerde materie tegen het eind als duidelijker en begrij-

pelijker beoordeeld. Het lijkt er kortom op dat in deze niet-opleidersgroepen de ontwikkeling wat langzamer verliep dan in de opleidersgroepen.

Uit *tabel 2* blijkt dat de meeste deelnemers positief staan tegenover voortzetting van de onderlinge toetsing. Alleen de gastheren zijn in het algemeen wat minder gemotiveerd dan de overige deelnemers. Dit laatste is ons inziens toe te schrijven aan een van de gastheergroepen, die wat moeizamer heeft gefunctioneerd dan de overige groepen. De positieve motivatie uit zich ook in het daadwerkelijk verder gaan met toetsing. Op één na alle groepen hebben de toetsing op de een of andere wijze voortgezet.

Kritiek

Het ter discussie stellen van de eigen werkwijze, routines en handelingspatronen vormt de kern van onderlinge toetsing, en het geven van goed gefundeerde kritiek is in dit verband een van de meest centrale – en ook een van de moeilijkste – onderdelen van intercollegiale toetsing door huisartsen.

Het geven en ontvangen van kritiek in de toetsingsgroepen werd nauwkeurig bewaakt aan de hand van een aantal regels. Na het beluisteren van een audioband gaf eerst de getoetste een korte reactie. Vervolgens werd per deelvaar-

Figuur. Doelen per fase van het toetsingsprogramma.

Introductiefase	Verdieping
<p><i>Het scheppen van voorwaarden voor een proces van onderlinge toetsing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – scheppen van een veilig klimaat en een positieve attitude; – leren van normen voor toetsing en leren deze toe te passen op spreekuurcontacten; – leren van basale elementen van onderlinge toetsing: beoordelen, kritiek geven, kritiek ontvangen. 	<p>A. <i>Verdieping toetsingsvaardigheid</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – leren van een variatie aan toetsingsmethodieken, zowel zelftoetsing als onderlinge toetsing; – leren elkaar te ondersteunen bij het leerproces. <p>B. <i>Verdieping van het persoonlijk leerproces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – leren continuïteit in het eigen leerproces te brengen; – reflectie op vorderingen die men maakt; – eventueel leerpunten omzetten in gerichte nascholing.
Eerste toetsing	Eindfase
<p>A. <i>Leren van „toetsingsvaardigheden”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – leren beheersen van normen en de toepassing ervan bij het beoordelen van het huisartsgeneeskundig handelen; – leren beheersen van basale elementen van onderlinge toetsing. <p>B. <i>Het op gang brengen van een persoonlijk bewustwordings- en leerproces</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – leren om op het eigen handelen te reflecteren en lacunes daarin op te sporen; – leren selecteren van leerpunten en leren hoe men verandering kan aanbrengen in het eigen handelen. 	<ul style="list-style-type: none"> – aankweken van <i>attitude</i> om ook in de toekomst verder te gaan met (onderlinge) toetsing; – groep klaarmaken voor eventueel <i>zelfstandig verder gaan</i> en zelf het proces in de groep te onderhouden.
	Toetsing zonder begeleiding
	<p><i>Zelfstandig bezig zijn met (onderlinge) toetsing, naar keuze van individu of groep.</i></p>

digheid een evaluatie gegeven door een der deelnemers, aangevuld met commentaar van de anderen. De getoetste noteerde wat er gezegd werd, en gaf tenslotte een reactie op de kritiek.

De deelnemers bleken tevreden met een dergelijke procedure: 93 procent vond deze methode (zeer) goed voldoen, 77 procent vond het (zeer) prettig om op deze manier te werk te gaan.

Het experimenteren met het geven en ontvangen van kritiek leverde een aantal belangrijke ervaringen op:

- Toetsing en kritiek geven moeten zeer nauwkeurig verlopen, aan de hand van concrete normen of criteria. Gemakkelijk ontstaat de neiging om normen globaal, subjectief en niet gedetailleerd toe te passen. Snel worden eigen interpretaties gehanteerd, waardoor een sfeer van vrijblijvendheid ontstaat. Er moet dus voor worden gezorgd, dat de normen stuk voor stuk worden toegepast en dat aldus een compleet en op goede argumenten berustend oordeel wordt gegeven.

- Toetsing en kritiek geven moeten positief en stimulerend zijn en moeten de getoetste aanzetten tot verbetering van zijn handelen. Er bestaat nogal eens de neiging om vooral aandacht te besteden aan wat er ontbreekt aan het handelen. Het gevaar hiervan is dat toetsing door de deelnemers ervaren gaat worden als een middel om hen op de vingers te tikken en dus niet als een hulpmiddel om het handelen te verbeteren. Toetsing dient evenzeer om vast te stellen wat iemand wél kan en wat zijn sterke kanten zijn.

- Toetsing en kritiek geven moeten gericht worden op routines in de wijze van werken als huisarts. Huisartsen zijn gewend om casuïstisch te denken en het kost hen veel moeite om van de patiënt en de casus als onderwerp van gesprek af te stappen. Om het evalueren van het handelen van de huisarts en diens vaste routines te bevorderen, vindt de toetsing in ons project steeds plaats aan de hand van een aantal spreekuurcontacten.

Tabel 1. Beleving door de deelnemers van het toetsingsprogramma. Gemiddelde scores per groep.

Items (scores 1-7)	Fase	O ₁	O ₂	G ₁	G ₂	P ₁	P ₂	Totaal
Leuk / niet leuk	begin	—	—	2.29	2.13	2.20	2.51	
	midden	2.12	1.80	2.45	2.09	2.17	2.63	2.24
	eind	1.90	2.11	2.45	2.14	2.19	2.23	
Boeiend / saai	begin	—	—	2.50	2.26	2.62	2.43	
	midden	2.06	1.85	3.05	2.18	2.24	2.76	2.42
	eind	2.20	1.89	2.62	2.33	2.38	2.70	
Duidelijk / onduidelijk	begin	—	—	2.76	2.52	2.71	2.48	
	midden	2.33	2.00	3.15	2.18	2.53	2.65	2.48
	eind	2.28	1.89	2.55	2.25	2.38	2.29	
Wel / geen aansluiting bij praktijk	begin	—	—	2.77	2.25	2.48	2.27	
	midden	1.71	1.81	2.80	1.81	2.03	2.65	2.45
	eind	1.71	1.72	2.47	2.08	2.09	2.35	
Waardevol / waardeloos	begin	—	—	2.76	2.21	2.42	2.43	
	midden	2.06	1.70	2.77	1.84	2.03	2.57	2.27
	eind	1.90	1.94	2.55	2.00	1.95	2.35	
Geeft wel / geen inzicht in eigen handelen	begin	—	—	2.78	2.75	3.02	2.83	
	midden	2.06	1.85	2.77	2.06	2.00	2.78	2.27
	eind	1.95	2.16	2.52	2.27	1.95	2.41	
Vergroot zelfvertrouwen / maakt onzeker	begin	—	—	3.47	3.60	3.08	3.64	
	midden	2.81	2.88	3.50	2.95	2.75	3.81	3.15
	eind	2.14	2.88	3.10	2.80	2.66	3.00	

O = opleiders; G = gastheren; P = perifere huisartsen.

- Kritiek ontvangen is moeilijk. De neiging van de getoetste om zich te verdedigen is voortdurend aanwezig. Dit leidt soms tot zinloze discussies tussen de getoetste en de groep, waardoor de getoetste niets meer leert. Het blijkt een goede procedure, dat de getoetste tijdens het leveren van kritiek zwijgt, eventueel verduidelijking van de kritiek vraagt en verder notities maakt. Dit biedt hem de mogelijkheid na afloop van deze ronde de kritiek te wegen en te komen tot enkele persoonlijke leerpunten.

De deelnemers zijn in het algemeen positief over de kritiek die ze via de toetsing gekregen hebben en over de per-

soonlijke leerpunten die dat opleverde (tabel 3). Deelnemers die minder tevreden waren, gaven als redenen daarvoor op: er was te weinig kritiek; de kritiek was te positief zodat ik er onvoldoende van kon opsteken; de feedback was eigenlijk een bevestiging van wat ik al wist.

Normen

Concreet geformuleerde criteria voor het huisartsgeneeskundig handelen vormen een essentieel onderdeel van onderlinge toetsing.^{4,6}

In ons project hebben wij gekozen voor onderling toetsen met vooraf opge-

Tabel 2. Motivatie deelnemers om verder te gaan met toetsing. Afgeronde percentages per categorie.

Motivatie	O	G	P	Totaal
Zeer sterk	13	7	6	9
Vrij sterk	69	29	56	52
Enigermate	19	50	31	33
Weinig	—	14	—	4
Niet/nauwelijks	—	—	6	2

Tabel 3. Oordeel deelnemers over ontvangen feedback en leerpunten. Afgeronde percentages per categorie.

Oordeel	O	G	P	Totaal
Zeer waardevol	19	—	13	11
Waardevol	56	93	60	69
Enigermate van waarde	19	7	20	16
Van weinig waarde	6	—	7	4
Van zeer weinig waarde	—	—	—	—

terrein van het werk van de huisarts bestrijken. Deze normen zijn opgesteld op basis van literatuurstudie, onderzoek en discussies met terzake deskundigen. We hebben ze geordend vanuit vier invalshoeken (4):

1. *Gericht en systematisch werken*: normen voor een goede opbouw en structurering van het hulpverleningsproces.
2. *Hanteren van de arts-patiënt relatie*: normen voor het scheppen van een

open, veilige en werkbare relatie, waarin de patiënt kan meedenken en mee-beslissen.

3. *Somatisch handelen*: normen voor adequaat medisch handelen, ten dele in de vorm van protocollen voor vieren-twintig veel voorkomende klachten in de huisartspraktijk.^{8,9}

4. *Psychosociaal handelen*: normen voor het ingaan op niet-somatische aspecten van de klachten of problemen van de patiënt.⁷

Vooraf in de Engelstalige literatuur wordt gewezen op de gevaren van en weerstanden tegen een dergelijke aanpak.^{5,6,10} Wij hoopten echter op deze wijze spraakverwarring en eindeloze discussies te voorkomen. Wél stonden onze normen tijdens het gehele toetsingsproces ter discussie en werden zij ook een aantal malen bijgesteld.

De bedreiging die uitging van de normen, aan het begin van het programma

Tabel 4. *Ervaren bedreiging door de normen, na afloop van de eerste toetsing. Afgeronde percentages per categorie.*

Bedreiging	O	G	P	Totaal
Zeer veel	—	—	—	—
Veel	7	—	—	2
Enige	53	36	36	42
Weinig	33	50	38	40
Zeer weinig	7	14	26	16

Tabel 5. *Oordeel over de eigen kennis van de normen. Afgeronde percentages per categorie.*

Op de hoogte	Na introductie	Na eerste toetsing
Zeer goed	—	2
Goed	17	58
Matig	75	40
Slecht	8	—
Zeer slecht	—	—

Tabel 6. *Oordeel over het eigen vermogen om het handelen van collega's te beoordelen. Afgeronde percentages per categorie.*

Vermogen tot beoordelen	Na introductie	Na eerste toetsing
Zeer goed	—	2
Goed	8	49
Matig	67	44
Slecht	22	5
Zeer slecht	3	—

Tabel 8. *Oordeel deelnemers over het tempo waarmee de begeleiding werd verminderd. Afgeronde percentages per categorie.*

Oordeel	O	G	P	Totaal
Veel te snel	—	—	—	—
Te snel	37	—	21	21
Precies goed	56	79	72	68
Te langzaam	7	21	7	11
Veel te langzaam	—	—	—	—

Tabel 9. *Oordeel deelnemers over vermogen van de groep om zonder begeleiding door te gaan. Afgeronde percentages per categorie.*

Oordeel	O	G	P	Totaal
Zeer goed in staat	—	7	—	2
Goed in staat	12	43	33	29
Matig in staat	57	43	27	42
Slecht in staat	31	7	40	27
Zeer slecht in staat	—	—	—	—

Tabel 10. *Mening deelnemers over de bedreiging die uitgaat van de toetsingsgroep. Afgeronde percentages per categorie.*

Bedreiging	O	G	P	Totaal
Zeer veel	—	—	—	—
Veel	—	—	—	—
Enige	20	—	7	9
Weinig	63	54	33	50
Zeer weinig	20	46	60	41

Tabel 7. *Oordeel deelnemers over een aantal aspecten van de begeleiding. Afgeronde percentages per aspect.*

Aspecten	Aandacht				
	++	+	+/-	-	--
Aanbrengen structuur	—	7	69	24	—
Theoretische uitleg vaardigheden/normen	—	11	74	15	—
Instructie toepassing normen	—	4	80	16	—
Zorg voor goed functioneren groep	—	9	85	6	—
Stimuleren eigen verantwoordelijkheid	—	2	62	36	—

Verklaring gebruikte tekens: ++ veel te veel; + iets te veel; +/- precies genoeg; - iets te weinig; -- veel te weinig.

was niet groot: 6 procent van de deelnemers ervoer (zeer) veel bedreiging en 24 procent enige bedreiging, maar de meeste deelnemers vonden juist veel steun bij het kader dat hun werd geboden.

Tijdens de eindfase bleek de bedreiging echter wat groter te zijn geworden (*tabel 4*). Naar onze ervaring komt dit vooral doordat men de normen als „ideaal” ziet en moeite heeft om aan dit ideaal te beantwoorden. Dit geldt voor huisartsopleiders wat meer dan voor huisarts-gastheren respectievelijk perifere huisartsen. De nauwe band met het huisartseninstituut zou ertoe kunnen leiden dat juist de opleiders minder afstand kunnen nemen van het „ideaal”, waardoor ook de bedreiging groter is. Uit allerlei reacties van de deelnemers trekken wij niettemin de conclusie dat werken met vooraf opgestelde normen in toetsingsgroepen goed mogelijk en om allerlei redenen (tijd, voorkomen van verwarring en vrijblijvendheid) ook zeer aantrekkelijk is.

Na de introductiefase had een groot aantal deelnemers nog veel moeite met de inhoud van de normen. Vooral door de praktijk van het onderling toetsen werden de kennis van de normen en de vaardigheid in het werken ermee groter (*tabellen 5 en 6*). Desondanks bleef voortdurende oefening in het kritisch beoordelen van eigen en andermans handelen nodig. Vooral na een vakantie bleek veel van het geleerde weer wegge-zakt. Tevens was er vaak een neiging om heel globaal en vrij interpreterend met de normen om te gaan. Wij schrijven dit vooral toe aan een houding van vrijblijvendheid en relativisme die bij veel huisartsen bestaat.

Ook aan het eind van het programma had een deel van de deelnemers nog moeite met het toepassen van de normen. Via de verbetering van de lay-out en de formulering van de normen, en via een meer gerichte bespreking van de normen hopen we dit in de toekomst te voorkomen.

Begeleiding

De inhoud van het programma en het belang van allerlei groepsprocessen bij toetsing maakten een intensieve begeleiding noodzakelijk. Deze bestond uit een huisarts en een gedragswetenschapper, beiden met ervaring in het overdragen van de inhoud van de normen en het begeleiden van groepen.

De deelnemers waren positief over de begeleiding. Dit gold met name ten aanzien van het aanbrengen van een duidelijke structuur en nog meer ten aanzien van de inhoudelijke inbreng: 92 procent van de deelnemers ($N = 46$) vond de begeleiding (zeer) stimulerend, 98 procent ervoer deze als (zeer) prettig en 87 procent als (zeer) duidelijk.

Onze indruk is dat een deskundige begeleiding bij onderlinge toetsing vooral in de beginfase gewenst is, zeker als het om zo'n intensief programma gaat als ons project. Het begeleiden van dergelijke toetsingsgroepen vraagt een aantal specifieke vaardigheden, zoals een goede kennis van het huisartsenwerk, inhoudelijke kennis van normen, ervaring met zelf getoetst worden, en ervaring met groepsprocessen rond kritiek geven en ontvangen.

Uit *tabel 7* blijkt dat een kwart van de deelnemers behoefte had aan nog meer structuur en een nog strakkere leiding, terwijl 36 procent meer aandacht wilde voor het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemers. Daarmee raken we aan het punt van het verminderen en beëindigen van de begeleiding.

Een van de doelen van het project is de deelnemers zo ver te brengen, dat zij in staat zijn zelfstandig – dus zonder noemenswaardige begeleiding – met toetsing bezig te zijn. Dit betekent dat in een bepaalde fase het zelfstandig maken van de groep veel aandacht moet krijgen. Deze fase is in de experimentele groepen maar ten dele uit de verf gekomen. De deelnemers vonden dat zij op een aantal punten nog onvoldoende in staat waren, zonder begeleiding verder te gaan (*tabellen 8 en 9*).

Onze indruk is dat de deelnemers hun mogelijkheden enigszins onderschatten. Twee opleidersgroepen functioneren thans bijna een jaar zonder begeleiding en ook ten aanzien van de overige groepen zijn de verwachtingen niet negatief. Het lijkt erop dat huisartsen te weinig vertrouwen hebben in het zelfstandig ondernemen van dit soort groepsactiviteiten.

Desondanks roept deze reactie vragen op:

Maakt een intensieve begeleiding wellicht afhankelijk? Is er door ons te laat gestart met het overdragen van verantwoordelijkheid? Is een dergelijke vorm van toetsing zo complex dat een of andere vorm van begeleiding steeds nodig blijft?

Het stelt ons voor een dilemma. Bij een intensieve begeleiding worden de deelnemers mogelijk passief en afhankelijk. Bij een beperkte begeleiding is de kans aanwezig dat de toetsing een rommelig, vrijblijvend en voor de deelnemers weinig bevredigend gebeuren wordt, waarmee men niet verder wil gaan.

In de komende periode willen wij experimenteren met het eerder zelfstandig maken van de toetsingsgroepen. Vanaf het begin zullen zij worden voorbereid op overbodig maken van de begeleiding. Deze fase laten wij in duidelijke stappen verlopen en wij zullen daarbij de deelnemers allerlei hulpmiddelen en handleidingen verschaffen om zelf verder te gaan.¹

Het is gebleken dat begeleiding door zowel een huisarts als een gedragswetenschapper in de beginfase prettig is. Elk kan vanuit zijn specifieke achtergrond bijdragen aan het op gang brengen van de onderlinge toetsing. Na enige tijd is het mogelijk dat een van beiden de begeleiding alleen op zich neemt. Wij hebben goede ervaringen opgedaan met een regelmatig overleg en training van de begeleiders. Hiermee is tevens gewerkt aan kadervorming: het opleiden van een *pool* van huisartsen en gedragswetenschappers die alle facetten van onderlinge toetsing en de begeleiding ervan beheersen.

Tabel 11. Oordeel deelnemers over de groep bij het staken van de begeleiding (I). Afgeronde percentages per categorie.

Gevoel van veiligheid	O	G	P	Totaal
Zeer veilig	19	7	19	15
Veilig	81	64	88	80
Enigszins veilig	—	—	6	2
Onveilig	—	—	—	—
Zeer onveilig	—	—	—	—

Tabel 12. Oordeel deelnemers over de groep bij het staken van de begeleiding (II). Afgeronde percentages per categorie.

Werken in de groep is:	O	G	P	Totaal
Zeer prettig	13	29	13	17
Prettig	88	64	88	80
Enigszins prettig	—	7	—	2
Onprettig	—	—	—	—
Zeer onprettig	—	—	—	—

De groepen

De onderlinge toetsing vond groten-deels plaats in groepen van negen à tien huisartsen, die elkaar bij de start van de groep meestal niet of maar ten dele kenden.

Onderlinge toetsing in een groep stelt speciale eisen aan het functioneren van zo'n groep: een veilig klimaat, vertrouwen in elkaar, identificatie met elkaar, toetsen zien als een mogelijkheid om elkaar te helpen en belangstelling voor elkaars wijze van werken.¹¹ Opvallend was dat in de groepen de bedreiging snel weg viel en dat er een veilige, open atmosfeer ontstond (*tabellen 10 en 11*). De deelnemers merkten dat hun collega's ook onzeker waren, ook zwakke kanten hadden en zich ook kwetsbaar wilden opstellen. Men bemerkte dat ieders mening in de groep gerespecteerd werd, dat je mocht falen en niet met je succesnummers hoefde te komen. Men voelde zich hierdoor zeer gestimuleerd. De reacties van de deelnemers overziedend hebben wij de indruk dat het participeren aan een dergelijke groep van collega's die zich diepgaand met het vak en het eigen handelen bezighouden, een van de belangrijkste en meest motiverende ervaringen uit het toetsingsproces is.¹ In feite was dit voor ons een van de verrassingen in het project.

De verschillen tussen huisartsopleiders, huisartsgastheren en perifere huisartsen waren niet zo groot dat zij een verschillende aanpak, een ander programma of een ander draaiboek noodzakelijk maakten. Het door ons opgezette programma lijkt in een willekeurige groep van Nederlandse huisartsen bruikbaar, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. In dit artikel zijn deze ten dele vermeld: bijvoorbeeld in de beginfase enige deskundige begeleiding, een bepaalde infrastructuur en een theoretisch kader voor de normen. Twee verschillen zijn niettemin het vermelden waard:

- Huisartsopleiders hebben wellicht

wat meer ervaring met groepen waarin wederzijdse kritiek wordt gegeven. Bij huisartsgastheren en perifere huisartsen zal daarom meer tijd moeten worden gestoken in groepsvorming en in het leren geven en ontvangen van kritiek.

- Huisartsopleiders hebben vaak via het instituut al min of meer kennis genomen van denkbeelden over methodisch werken, gezinsgeneeskunde, preventie van somatische fixatie, etc. Voor de overige groepen is deze materie wat nieuwer, zodat meer tijd uitgetrokken dient te worden voor het leren kennen van de normen waarin dit soort denkbeelden opgenomen zijn.

Slot

Als wij ons afvragen of en in hoeverre het is gelukt de doelen van de experimentele fase van het Nijmeegs Toetsingsproject te realiseren, dan kunnen wij dit experiment geslaagd noemen. Over toetsing bestaan allerlei ideeën, terwijl er nog maar uiterst weinig gegevens uit de werkelijke praktijk beschikbaar zijn. De ervaringen uit deze zes groepen voorzien voor een deel in deze leemte (zie daarnaast ook de NHI-studie¹²). Ons denken over toetsing door huisartsen is aangescherpt. Onze ervaringen geven duidelijk richting bij het beantwoorden van de vraag hoe een programma van onderlinge toetsing er zou kunnen uitzien.

De belangrijkste conclusie uit onze activiteiten is dat onze aanpak van onderlinge toetsing in groepen van huisartsen goed mogelijk is. Het kan een zeer stimulerende en bevredigende manier zijn om bezig te zijn met het vak en het eigen functioneren als huisarts. Als men allerlei meer gedetailleerde kritiek en relativeringen even buiten beschouwing laat, dan blijft er een zeer positieve gebeurtenis voor zowel de begeleiders als de deelnemers over.

Voor een deel zijn onze ideeën over de aanpak van toetsing zo ver uitgekristalliseerd, dat met veel vertrouwen kan

worden gestart met de volgende fase; voor een deel moeten de ervaringen uit die volgende fase benut worden om antwoorden te geven op de vragen die zijn blijven liggen. Zeven nieuwe groepen van huisartsopleiders en twee groepen van huisartsgastheren zijn inmiddels druk bezig met het programma, vijf groepen van gastheren starten op korte termijn.

¹ Grol R, Mesker P, red. Huisarts en toetsing. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (ter perse).

² Grol R, Mesker P. Toetsing als leer- en bewustwordingsproces. Huisarts en Wetenschap 1984; 27 (ter perse).

³ Grol R, Mesker P. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Verslag van zes experimentele toetsingsgroepen. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.

⁴ Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde – een nadere begripsbepaling. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 234-6.

⁵ Sheldon M. Medical audit in general practice [Occasional paper]. London: Royal College of General Practitioners, 1982.

⁶ Shaw C. Acceptability of audit. Br Med J 1982; 285: 1442-6.

⁷ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁸ Mesker PJR, Mesker-Niesten JJLM, Mookink HGA. Een protocollaire benadering bij keelpijn. Huisarts en Wetenschap 1982; 25 (suppl Huisarts & Praktijk 6): 44-8.

⁹ Mesker-Niesten JJLM, Mookink HGA, Mesker PJR, et al. Een protocollaire benadering van keelpijn. Huisarts en Wetenschap 1983; 26 (suppl Huisarts & Praktijk 7): 41-8.

¹⁰ Freeling P, Burton R. General practitioners and learning by audit. J Roy Coll Gen Pract 1982; 32: 231-7.

¹¹ Nyhuis H. Intercollegiale toetsing. Med Contact 1981; 36: 875-9.

¹² Rijdt-van de Ven AHJ van de, Touw AM, Groot JB de. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Eindverslag van de experimentele fase. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.