

F. SCHELLEVIS EN R. GROL

## Normen en onderlinge toetsing

**Bij de evaluatie van het project 'Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is onder meer aandacht besteed aan het gebruik van tevoren opgestelde normen bij onderlinge toetsing. De aangeboden normen voor algemeen huisartsgeneeskundig handelen en specifiek medisch-technische vaardigheden bleken goed overdraagbaar en bruikbaar. De normen waren acceptabel als criterium bij het beoordelen van elkaars werkwijze, maar ontmoetten weerstand als richtlijn voor veranderingen in de eigen werkwijze. De discussie over de inhoud van de normen was vaak vruchtbaar, maar verliep soms ook moeizaam. De bereidheid van de deelnemende huisartsen elkaar te houden aan de geaccepteerde normen en verantwoording af te leggen over 'afwijkend gedrag' bleek op zijn minst halfslachtig.**

### Inleiding

Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde veronderstelt het gebruik van normen of criteria om daaraan de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen af te meten; met name op dit punt onderscheidt toetsing zich van nascholing.

In dit artikel staat de vraag centraal in hoeverre het gebruik van *tevoren opgestelde* normen – zoals dat gebeurt in het Nijmeegse project 'Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde' (pag. 214) – in de praktijk voldoet. Daartoe is aandacht besteed aan vier onderwerpen:

- *Bruikbaarheid en toepasbaarheid van de normen*: is het gelukt de deelnemers op de hoogte te brengen van de normen en ze te leren de normen toe te passen bij de beoordeling van elkaars werkwijze en van de eigen werkwijze?
- *Acceptatie van de normen*: in hoeverre werden de normen geaccepteerd, in hoeverre stuitten zij op weerstand?
- *Normontwikkeling*: kwam er een

proces van normontwikkeling tot stand, werden de normen bijgesteld?

- *Status van de normen*: werden de normen geaccepteerd als richtsnoer voor veranderingen in de eigen werkwijze; in hoeverre werden ze als verplichtend ervaren?

### Methoden

De evaluatiegegevens zijn verzameld door middel van schriftelijke vragenlijsten die aan deelnemers en begeleiders zijn voorgelegd op drie tijdstippen: na de introductiefase (vierde bijeenkomst), tijdens de laatste (dertiende) bijeenkomst en ongeveer een half jaar na afloop van het programma. Deze gegevens zijn aangevuld met mondelinge evaluaties in de groepen, interviews bij een beperkt aantal deelnemers en verslagen van trainingsbijeenkomsten van de begeleiders. Het wisselend aantal respondenten in de tabellen is een gevolg van het ontbreken van de gegevens uit een aantal toetsingsgroepen die het programma nog niet hebben afgerond.

### Resultaten

#### Bruikbaarheid en toepasbaarheid van de normen

In de loop van het programma nam het aantal deelnemers dat zich goed op de hoogte achtte van de normen toe (tabel 1). Aangezien slechts 20 procent van de deelnemers zei tussen de bijeenkomsten veel tijd in studie te hebben gestoken, lijkt deze toename vooral te danken aan de toelichting door de begeleiders en aan het toepassen van de normen bij de onderlinge toetsing.

De vaardigheid in het toepassen van de normen op het huisartsgeneeskundig handelen nam, naar de mening van de deelnemers (tabel 2) en de begeleiders, tijdens het programma sterk toe.

#### Acceptatie van de normen

De meeste deelnemers zeiden weinig moeite te hebben met de vooraf opgestelde normen (tabel 3). Dit gold zowel kort na de introductie van de normen als

na afloop van het programma. Een logisch en duidelijk kader van normen werd als houvast ervaren bij onderlinge toetsing.

De normen bleken in het algemeen redelijk tot goed aan te sluiten bij de opvattingen van de deelnemers zelf over adequate huisartsgeneeskundige zorg. Niettemin nam in de loop van het programma het percentage deelnemers dat moeite zei te hebben met de normen niet af. Ook de begeleiders constateerden bij een deel van de deelnemers een zekere weerstand. Uit nadere analyse bleek dat dit met name gold voor het accepteren van de normen als richtlijn voor verandering van het eigen handelen. Men onderschreef de normen wel als criterium voor het beoordelen van *elkaars* werkwijze, maar ervoer frustraties, omdat het moeilijk bleek *zelf* aan de normen te voldoen.

#### Normontwikkeling en -bijstelling

De discussie over de 'algemene normen' werd als zeer zinvol ervaren. Deze discussie heeft ook geleid tot verschillende aanvullingen en aanpassingen en pas na diverse concepten is een meer definitieve versie tot stand gekomen.<sup>2</sup>

Ten aanzien van de normen in de 'medische protocollen' bleken de opvattingen van de deelnemers vaak ver uiteen te lopen en was het niet altijd mogelijk tot een consensus te komen. Hoewel in de 'protocollen' al een 'optimale' werkwijze is geformuleerd, bestond toch vaak de neiging de protocollen nog op allerlei onderdelen aan te vullen. De meeste deelnemers vonden deze manier om de normen te bespreken overigens goed voldoen (tabel 4). Kritische kanttekeningen werden vooral geplaatst bij discussies over de 'medische protocollen', vanwege de uiteenlopende inzichten en het ontbreken van wetenschappelijk onderbouwde gegevens.

#### Status van de normen

Men noemde de normen bruikbaar, acceptabel en goed aansluitend bij het dagelijkse werk. Ongeveer 75 procent van de deelnemers noemde de normen en de toelichting erop een (zeer) belangrijke steun bij het veranderen van de eigen wijze van werken en ruim 20 procent noemde ze de belangrijkste bron en/of invloed op aangebrachte veranderingen (tabel 5). Ongeveer 65 procent van de deelnemers gaf aan zich veel meer bewust te zijn geworden van het

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen. F. Schellevis, huisarts; Dr. R. Grol, psycholoog.  
Correspondentie: F. Schellevis.

**Tabel 1.** De mening van de deelnemers over hun bekendheid met de normen tijdens de 4<sup>e</sup> en de 13<sup>e</sup> bijeenkomst. Afgeronde kolompercentages.

Mening	Opleiders		Niet-opleiders		Totaal	
	4 n=64	13 n=92	4 n=87	13 n=64	4 n=151	13 n=156
+ / + +	31	72	26	64	29	69
±	66	27	69	36	68	31
- / - -	3	1	5	—	4	1

+ / + + (zeer) goed bekend; ± noch goed, noch slecht bekend; - / - - (zeer) slecht bekend.

**Tabel 2.** De mening van de deelnemers over hun vaardigheid in het beoordelen van elkaars werkwijze aan de hand van de normen tijdens de 4<sup>e</sup> en de 13<sup>e</sup> bijeenkomst. Afgeronde kolompercentages.

Mening	Opleiders		Niet-opleiders		Totaal	
	4 n=63	13 n=92	4 n=87	13 n=64	4 n=150	13 n=156
+ / + +	18	54	10	52	13	53
±	76	40	67	44	71	42
- / - -	6	6	23	5	16	5

+ / + + (zeer) groot; ± noch groot, noch klein; - / - - (zeer) klein.

**Tabel 3.** De mening van de deelnemers over de ervaren bedreiging door presentatie van de normen tijdens de 4<sup>e</sup> en de 13<sup>e</sup> bijeenkomst. Afgeronde kolompercentages.

Mening	Opleiders		Niet-opleiders		Totaal	
	4 n=64	13 n=91	4 n=88	13 n=65	4 n=152	13 n=156
+ / + +	3	8	6	8	5	8
±	22	22	22	26	22	24
- / - -	75	71	73	66	74	69

+ / + + (zeer) veel; ± noch veel, noch weinig; - / - - (zeer) weinig.

**Tabel 4.** Oordeel van de deelnemers over de wijze van bespreken van de normen en protocollen, bij de laatste bijeenkomst. Afgeronde percentages (N=157).

Werkwijze	Opleiders	Niet-opleiders	Totaal
Voldoet (zeer) goed	54	55	54
Voldoet noch goed, noch slecht	32	38	34
Voldoet (zeer) slecht	14	8	12
(Zeer) prettig	55	43	50
Noch prettig, noch vervelend	31	43	36
(Zeer) vervelend	14	14	14

**Tabel 5.** Oordeel van de deelnemers over de belangrijkste invloed op het veranderen van eigen praktijkroutines, 4-6 maanden na afloop van het programma. Afgeronde percentages (N=131).

Samen met collega's van gedachten wisselen over het vak	25
Bewustwording van eigen zwakke plekken en foute werkwijzen	24
Inzicht in de theorie van de vier vaardigheden en het leren van normen hiervoor	22
Overige aspecten van toetsing	30

eigen handelen. Op tal van punten werden duidelijke veranderingen in de eigen werkwijze gemeld.

Anderzijds had een deel van de deelnemers ook grote moeite om consequenties te trekken uit het constateren van afwijkingen van de normen (tabel 6). Dit gold met name het medisch-technisch gebied. Als belangrijkste hindernissen werden genoemd: het moeilijk haalbaar vinden van het 'ideaal', het uitlopen van het spreekuur als volgens de normen werd gewerkt en de hardnekkigheid van vaste routines. Men was echter niet van mening dat de normen niet realistisch zouden zijn.

## Beschouwing

In het NUHI-toetsingsproject is gekozen voor één bepaalde vorm van (gebruik van) normen bij onderlinge toetsing. Men mag concluderen dat deze werkwijze goed voldoet, mits een aantal voorwaarden in acht wordt genomen:

- de normen moeten relevant zijn voor de praktijk en acceptabel voor de deelnemers;
- de normen moeten niet worden gepresenteerd als 'zo moet het', maar als spiegel om kritisch naar het eigen handelen te kijken en individuele, op de persoon toegesneden lacunes op te sporen;
- de normen moeten voortdurend worden bijgesteld op basis van nieuwe inzichten.

## De geldigheid van de normen

Het hanteren van normen is geen huisarts vreemd. In het dagelijks werk neemt iedere huisarts zijn toevlucht tot vaste routines, die zijn gebaseerd op (impliciete) normen en waarden, ontstaan tijdens de opleiding, praktijkervaring en nascholing.<sup>9</sup> Er bestaat echter nogal wat scepsis ten aanzien van de zin van het *expliciet* formuleren van normen c.q. het beoordelen van kwaliteit: of een arts goed of slecht handelt, is afhankelijk van de beoordelaar, het tijdstip van de beoordeling, de reden voor de beoordeling, de patiënt en het gepresenteerde probleem.<sup>10-13</sup> Sommige auteurs zijn verder van mening dat de kwaliteit van de zorg alleen afgemeten kan worden aan aantoonbare verbeteringen in de gezondheid van de patiënt.<sup>14</sup> Aan dergelijke 'outcome'-metingen zijn echter grote problemen verbonden.<sup>15-17</sup> Wij zijn van mening dat het, ondanks het

ontbreken van informatie over de 'effecten' van het handelen, toch zinnig en mogelijk is allerlei aspecten van het professionele handelen te toetsen.<sup>13 18 19</sup>

Omdat kennis en inzichten voortdurend veranderen, kunnen normen voor gebruik bij onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde (voorlopig) niet meer zijn dan expliciete maatstaven die in een bredere kring van huisartsen zijn besproken en waarover op een bepaald moment een zekere mate van consensus bestaat. Zodra de normen door meer huisartsen worden geaccepteerd, kunnen ze een vastere richtlijn voor het handelen gaan vormen.

Dit laatste was de bedoeling in ons project. Het bleek echter dat nogal wat huisartsen moeite hadden met zulke vastere richtlijnen en elkaar daar niet gemakkelijk aan hielden. Deze attitude is een van de belangrijkste barrières die genomen moeten worden bij de implementatie van intercollegiale toetsing.<sup>20</sup>

#### Opstellers van normen

De vraag wie het beste normen voor gebruik bij onderlinge toetsing kan opstellen, wordt uiteenlopend beantwoord. Het opstellen van normen door de toetsende huisartsen zelf wordt bepleit op grond van de educatieve waarde die uitgaat van het proces van de normontwikkeling (literatuurstudie, ge-

#### Het gebruik van normen bij onderlinge toetsing

In het kader van het project 'Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI) is aan ongeveer 250 huisartsen de mogelijkheid geboden deel te nemen aan een intensief en gestructureerd toetsingsprogramma.<sup>1,3</sup> Elke toetsingsgroep bestond uit ongeveer tien huisartsen die gedurende anderhalf jaar maandelijks een hele dag bijeen kwamen om zich bezig te houden met het eigen functioneren als huisarts en het aanleren van allerlei toetsingsmethoden. Bij de evaluatie van dit project is onder meer aandacht besteed aan 'het gebruik van tevoren opgestelde, expliciete normen of criteria bij onderlinge toetsing'. Deze normen werden in de groepen uitgebreid toegelicht en ter discussie gesteld en waar nodig werden zij aangepast aan de commentaren van de deelnemers. Vervolgens werd door de deelnemers uitvoerig geoefend in het beoordelen van huisartsgeneeskundig handelen aan de hand van deze normen.

Gekozen is dus voor het gebruik van expliciete normen, die vooraf – dus niet door de deelnemers zelf – zijn opgesteld op basis van onderzoek, literatuurstudie en paneldiscussies van een grote groep praktiserende huisartsen.<sup>2</sup> Deze normen hebben betrekking op het proces van

zorg en omschrijven een 'optimale' werkwijze, dus het *gewenste* handelen in de praktijk. Er wordt onderscheid gemaakt in twee soorten normen. Dit onderscheid sluit aan bij *Donabedians'* indeling in interpersoonlijke en technische zorg:

- Algemene normen voor een huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossen en hulpverlening; deze hebben betrekking op:

- een systematisch verloop van het consult;
- de omgang met de patiënt;
- adequaat somatisch handelen;
- adequaat psychosociaal handelen.

De normen voor deze vier vaardigheden sluiten nauw aan bij andere omschrijvingen van de taak van en de gewenste zorg door (onder anderen) de huisarts.<sup>5,7</sup>

- Specifieke normen voor het medisch-technisch handelen bij 24 veel voorkomende klachten en problemen in de huisartspraktijk. Deze richtlijnen zijn door ons aangeduid als 'protocollen'.\* Deze 'protocollen' beschrijven zeer gedetailleerd welke handelingen de huisarts, gegeven de verkregen informatie, wel of niet dient te verrichten.

\* Inmiddels is duidelijk dat deze term verwarring schept en strikt genomen niet geheel juist is.<sup>8</sup>

**Tabel 6.** Mening van de deelnemers over het veranderen van de eigen werkwijze, 4-6 maanden na afloop van het toetsingsprogramma. Afgeronde percentages (N=131).

Uitspraken	+ / + +	±	- / - -
Door meer volgens de normen te gaan werken, verlies ik het plezier in mijn werk	8	17	75
Door volgens de normen te gaan werken loopt mijn spreekuur onaanvaardbaar uit	34	24	42
De bij toetsing gegeven normen vormen een ideaal waaraan ik onmogelijk kan voldoen	45	30	25
De bij toetsing gepresenteerde normen zijn niet realistisch en sluiten niet aan bij de dagelijkse praktijk van de huisarts	8	24	68
Door meer volgens de bij toetsing gepresenteerde normen te gaan werken kom ik in conflict met collega-huisartsen	5	7	89
Door op een andere wijze te gaan werken worden patiënten ontevreden	6	22	72
Hoe ik ook probeer veranderingen in mijn handelen te brengen, ik merk dat mijn oude routines te sterk zijn	31	32	37
Ik mis de stimulans en de energie om steeds opnieuw te proberen om mijn handelen te corrigeren en te verbeteren	13	24	63
De werklast in mijn praktijk is te groot om echt veranderingen aan te brengen in mijn wijze van werken	16	18	66
Het is mij onvoldoende duidelijk hoe ik bepaalde veranderingen in mijn wijze van werken als huisarts kan realiseren	7	16	77

+ / + + (zeer) mee eens; ± noch mee eens, noch mee oneens; - / - - (zeer) mee oneens.

**Summary**

**Schellevis F, Grol R. Criteria and peer review. Huisarts Wet 1987; 30: 212-5.**

In the context of the project 'Peer review in general practice' of the Nijmegen University Department of General Practice (NUHI) some 250 general practitioners were given an opportunity to participate in an intensive and structured review programme. One of the points considered in the evaluation of this project was 'the use of explicit criteria of peer review formulated in advance'. These criteria concern the care provision process and define an 'optimal' performance. A distinction is made between 'general criteria' of problem-solving and care provision in general practice (systematic behaviour in encounters; management of the doctor-patient relationship; adequate somatic behaviour; adequate psychosocial behaviour), and 'specific criteria' of medical-technical performance in the approach to 24 common complaints and problems ('protocols').

Most evaluation data were collected by means of questionnaires presented to participants and group supervisors at three points of time: after the phase of introduction (fourth meeting), during the final (thirteenth) meeting and about six months after completion of the programme.

In the course of the programme the number of participants who considered themselves well-informed about the criteria, increased. Both participants and supervisors thought that skills in applying the criteria to general practice behaviour increased markedly during the programme.

Most participants stated that they had

little difficulty with the pre-defined criteria. This was the case both shortly after introduction of the criteria and after completion of the programme. The criteria generally proved to correspond well with the participants' views on adequate general practice care. However, the percentage of participants stating that they had difficulties with the criteria did not diminish in the course of the programme. This applied in particular to acceptance of the criteria as a guideline in changing their own behaviour in the practice.

The discussion about the 'general criteria' was experienced as highly valuable. This discussion in fact led to various additions and modifications, and a definitive version was accepted only after several drafts had been made. Views of participants proved to be widely diverse regarding the criteria in the 'medical protocols', and a consensus was not always attained.

The criteria were described as useful, acceptable and quite compatible with day-to-day practice. On the other hand, some participants found it very difficult to accept consequences from observed deviations from the criteria. This applied in particular to medical-technical aspects. Major obstacles mentioned were: doubt about the feasibility of the 'ideal', extended surgery hours when the criteria were applied, and the tenacity of established routines. It was not thought, however, that the criteria were unrealistic.

**Key words:** Family practice; Peer review.

**Correspondence:** F. Schellevis, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

**Aard van de normen**

In de literatuur over toetsing bestaat geen overeenstemming over de vraag of de normen een ideale, optimale werkwijze dienen te beschrijven ('wat is wenselijk?') of een realistische, haalbare werkwijze ('wat is gebruikelijk?'). Ideale normen worden mogelijk als elitair ervaren, als 'te hoog gegrepen', als 'handboekgeneeskunde'.<sup>27</sup> Realistische normen zouden meer acceptabel zijn voor de deelnemers aan toetsing, maar dragen het gevaar in zich dat men, bij weinig verschil tussen het handelen en de normen, kiest voor de status quo. Het hanteren van een ideaal bij onderlinge toetsing hoeft ons inziens niet bezwaarlijk te zijn, mits men duidelijk maakt wat de functie van de normen is: een spiegel, een klankbord om het eigen handelen en dat van collega's kritisch te kunnen bekijken en eventuele lacunes te kunnen opsporen.

- <sup>1</sup> Grol R, Mesker P. Een programma voor onderlinge toetsing door huisartsen. Huisarts Wet 1984; 27: 198-204.
- <sup>2</sup> Grol R, Mesker P. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.
- <sup>3</sup> Grol R, Schellevis F. Een programma voor onderlinge toetsing door huisartsen: handleiding voor begeleiders. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
- <sup>4</sup> Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring II. The criteria and standards of quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.
- <sup>5</sup> Anonymous. What sort of doctor? Assessing quality of care in general practice. Report from general practice 23. London: Royal College of General Practitioners, 1985.
- <sup>6</sup> Van Es JC, De Melker R, Groosman F. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- <sup>7</sup> Fabb W, Marshall J. The assessment of clinical competence in general family practice. Lancaster: MTP-Press, 1983.
- <sup>8</sup> Meijman F. Interdokter-variantie en protocollen [Redactioneel commentaar]. Huisarts Wet 1986; 29: 131.
- <sup>9</sup> Lamberts H. Protocollen, normen en waarden. Huisarts Wet 1983; 26: 122-4.
- <sup>10</sup> Van Es J. Geen betere huisarts dan een goede arts. Med Contact 1984; 44: 1403.
- <sup>11</sup> Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. J Fam Pract 1979; 9: 277-84.
- <sup>12</sup> Van Weel C. Alledaagse ziekten en een gezond verstand. Huisarts Wet 1986; 29: 132-6.

Vervolg op pag. 227

sprekken met deskundigen, enz.).<sup>21-23</sup> In dat geval bestaat echter het risico dat men blijft steken in het opstellen van normen en niet toekomt aan onderlinge toetsing, en dat er veel 'overbodig' werk wordt gedaan, aangezien verschillende groepen normen opstellen voor dezelfde thema's.<sup>24</sup>

De door ons vooraf opgestelde normen riepen weinig verzet en bedreiging op. Dit komt in grote lijnen overeen met de uitkomsten van een project van de Royal College, waarbij criteria aan grote groepen huisartsen werden voorgelegd.<sup>5</sup> Juist het 'centraal' opstellen van normen, bijvoorbeeld door experts, biedt de mogelijkheid een meer samen-

hangend stelsel van normen te ontwikkelen, die – bij publikatie – bovendien beschikbaar zijn voor de gehele beroepsgroep.

Hoewel er tijd moet worden besteed aan introductie van en discussie over de normen, wordt er veel tijd gewonnen die anders zou moeten worden besteed aan literatuurstudie, groepsdiscussies of gesprekken met deskundigen. Mede op grond van dit soort overwegingen adviseren *Thompson et al.* normen niet door lokale groepjes te laten opstellen.<sup>25</sup> Eén onderzoek suggereert zelfs dat het opstellen van normen belemmerend kan werken bij het corrigeren van inadequaat routines.<sup>26</sup>