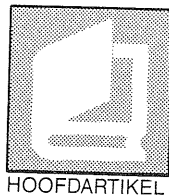


* R. GROL
** P. MESKER
*** F. SCHELLEVIS



HOOFDARTIKEL

ONDERLINGE TOETSING DOOR HUISARTSEN



Onderlinge toetsing door huisartsen is het evalueren van elkaars wijze van hulpverleners aan de hand van criteria, met als doel het huisartsgeneeskundige handelen daardoor meer in overeenstemming te brengen.

Aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut heeft men ruime ervaring opgedaan met onderlinge toetsing, waarbij een anderhalf jaar durend programma is ontwikkeld.

In deze tekst vindt U een beschrijving van toetsing zoals er in Nijmegen mee gewerkt wordt. In het volgende nummer hopen wij U een artikel te brengen dat specifiek handelt over toetsing in Vlaanderen.

Ter illustratie van het thema *onderlinge toetsing* laten we een huisarts aan het woord, die gedurende 1,5 jaar in een groep bezig is geweest met toetsing:

«Toen ik voor het eerst van onderlinge toetsing hoorde, wees ik het af. Het leek me nogal bedreigend als een ander opmerkingen over mijn manier van werken zou maken. Van de andere kant had ik vaak het gevoel: hou ik dat zo nog lang vol? Ik werk al 20 jaar als huisarts en niemand vertelt je ooit of je het goed doet of niet. Ik liep vaak

met de gedachte rond om er als huisarts mee op te houden. Toen ik besloot toch mee te doen aan een toetsingsgroep van huisartsen heb ik in het begin erg de kat uit de boom gekeken. Ik keek vooral hoe anderen reageerden als ze kritiek kregen op hun wijze van werken als huisarts. Dan blijkt dat je de anderen goed leert kennen. Ook mensen waarvan je dacht «dat zijn geweldige huisartsen», blijken zwakke momenten te hebben. Dat gaf mij een grote rust. Toen mijn werkwijze getoetst werd, was ik erg gespannen. Het was een geweldige ervaring dat de kritiek best meeviel en ik de kritiek ook best kon hebben. Waar ik soms nog moeite mee heb, zijn de normen die bij toetsing worden gebruikt. Min of meer vormen ze toch een ideaal-beeld van het vak. Ze geven me soms het gevoel te falen, omdat ik er niet helemaal aan voldoe. Maar tegelijkertijd zie ik dat iedereen moeizaam stap voor stap bezig is iets te verbeteren aan zijn wijze van werken. Ik ben me vooral bewuster geworden van: wat doe ik precies, hoe doe ik het en waarom doe ik het zo? De normen zijn langzamerhand een soort geweten voor me geworden. Je merkt het onmiddellijk als je er van afwijkt. Als je terugvalt op je oude routines bijvoorbeeld omdat de wachtkamer vol zit. Maar de sleur waarin ik eerst werkte, is grotendeels weg. Ik kijk echt weer met plezier uit naar patiënten.»

* R. GROL, psycholoog, werkzaam bij de beroepsopleiding voor huisartsen en projectleider van het onderzoeksproject «Onderlinge Toetsing in de huisartsgeneeskunde».

** P. MESKER, huisarts te Nijmegen, part-time medewerker van de basisopleiding aan de Faculteit der Geneeskunde.

*** F. SCHELLEVIS, huisarts te Gemonde, part-time medewerker aan het onderzoeksproject «Onderlinge Toetsing in de huisartsgeneeskunde».

Allen medewerkers aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

In het verhaal van deze huisarts vindt men in vogelvlucht de kern van wat er gebeurt bij onderlinge kwaliteitscontrole of liever *onderlinge toetsing*. In dit artikel wordt informatie gegeven over wat onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde kan inhouden en wat er op dit moment in Nederland aan wordt gedaan. Hierbij wordt uitgegaan van ervaringen met toetsing aan *het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut*.

Het artikel wordt besloten met enkele praktische raadgevingen voor het opzetten van een groep huisartsen die onderlinge toetsing in praktijk willen brengen.

WAT IS ONDERLINGE TOETSING?

Het geven van een sluitende definitie van onderlinge toetsing is niet eenvoudig. Er bestaat weinig overeenstemming over wat men nu precies onder toetsing dient te verstaan. Bovendien is er zowel in het Engelse als Nederlandse taalgebruik een nogal verwarrend jargon ontstaan van termen, die alle min of meer met toetsing te maken hebben: medical audit, interne vs. externe toetsing, quality assesment, intercollegiale toetsing, structuur-vs. procestoetsing, enzovoort.

Kort omschreven komt *toetsing* neer op: «het beoordelen aan de hand van maatstaven of normen» (1).

Onderlinge toetsing door huisartsen zou men dan kunnen definiëren als «een systematische en kritische evaluatie van elkaars en de eigen wijze van hulpverlening door een aantal huisartsen met behulp van daartoe opgestelde expliciete criteria of normen en met de bedoeling om de huisartsgeneeskundige zorg meer in overeenstemming te brengen met die normen (2-3).

Onderlinge toetsing is dus een vorm van deskundigheidsbevordering, maar wijkt af van nascholing omdat bij toetsing gebruik gemaakt wordt van normen om de kwaliteit van de zorg te bepalen.

Een proces van onderling toetsen is circulair van aard (zie figuur 1) en bevat een aantal wezenlijke stappen die achtereenvolgens moeten worden doorlopen (2, 4, 5).

1) Stellen van prioriteiten, keuze van onderwerp

Het terrein van te toetsen onderwerpen op het gebied van de huisartsgeneeskundige zorg is zeer breed. Men moet derhalve prioriteiten stellen en onderwerpen kiezen, die binnen de huisartsgeneeskunde belangrijk zijn en die toetsbaar zijn. Een veel gehanteerd globaal onderscheid is dan (6):

- toetsing van de structuur: toetsing van de praktijkvoering, de organisatie van de praktijk, het

registratiesysteem, het instrumentarium, de samenwerking met anderen, enzovoort.

- toetsing van het proces: toetsing van de wijze van hulpverlening, van het medische en niet-medische handelen.
- toetsing van het resultaat: toetsing van de effecten van de zorg op de gezondheidstoestand en het welbevinden van de objecten van zorg: de patiënten.

2) Formuleren van normen t.a.v. de huisartsgeneeskundige zorg

De meeste auteurs over toetsing zijn het erover eens, dat concreet geformuleerde criteria of normen voor het beoordelen van de kwaliteit van het huisartsgeneeskundige hande-

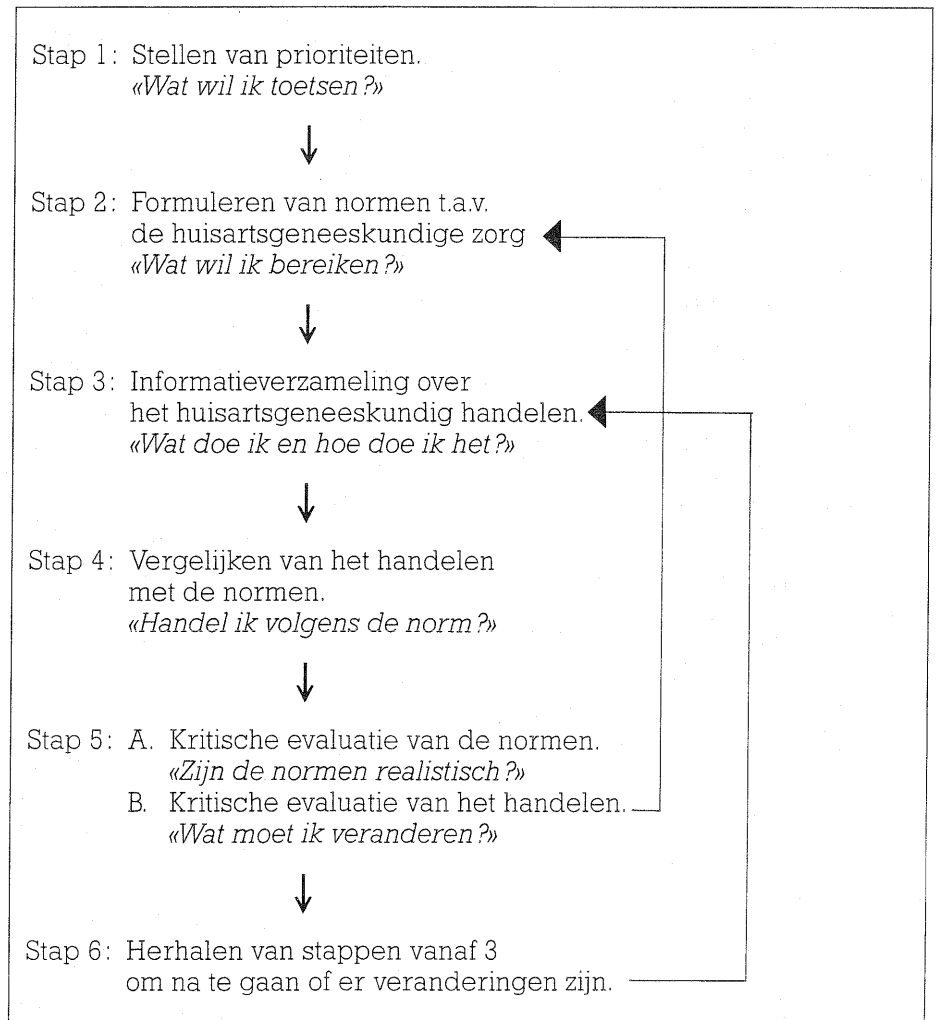


FIG. 1: Stappen in het proces van onderlinge toetsing.

len essentieel zijn bij onderlinge toetsing. Spreekt men bij onderlinge toetsing over normen of criteria, dan gaat het in het algemeen om expliciete maatstaven, die in een brede kring van huisartsen zijn besproken en waarover op dat moment een zekere mate van consensus bestaat. Sommigen zijn van mening dat de toetsende huisartsen zelf die normen moeten formuleren (2, 7), anderen denken dat dit weinig zinvol is (8, 9, 10, 11).

Meningsverschillen bestaan er ook over de keuze tussen optimale criteria (wat is de ideale wijze van hulpverlening?) en empirische of realistische criteria (wat is de *gemiddelde* werkwijze?). Ideale normen kunnen worden ervaren als elitair of niet realistisch (12, 13). Haalbare doorsneenormen brengen het gevaar met zich mee dat men kiest voor de status quo of voor normen die bij rationele beschouwing eigenlijk niet acceptabel zijn.

3) Informatieverzameling over het huisartsgeneeskundige handelen

Nauwkeurig vastleggen wat er precies door de huisarts wordt gedaan, is de volgende stap in het toetsingsproces. Allerlei methoden zijn hiervoor beschikbaar: registratie van het handelen met behulp van speciaal ontworpen *checklists* (5, 7), observatie bij een collega in de praktijk (5, 14, 15), opname van spreekuurcontacten op audioband, die door collega's kunnen worden beoordeeld (5, 16), kopies maken van verwijsbrieven of recepten (17, 18, 19, 20), of gebruik maken van geaggregeerde gegevens uit een registratiesysteem (21).

4) Vergelijken van het handelen met de normen

Het vergelijken van de werkelijkheid van de verleende zorg met expliciete normen, daarbij geholpen door collega's, vormt de kern van onderlinge toetsing. Dit brengt

de huisarts op het spoor van lacunes in zijn wijze van werken en van inadequate routines waarvan hij zich wel of niet bewust was. Tevens toont het de huisarts op welke punten zijn werkwijze wel adequaat is. Een en ander zet een persoonlijk bewustwordings- en leerproces in gang (22).

5) Evaluatie van de normen en het afwijken van de norm

Discrepantie tussen het handelen en de normen kan een aanzet geven tot een kritische beschouwing en mogelijk herformulering van de normen (cirkel A in figuur 1). De vraag is of de normen juist geformuleerd en in de praktijk haalbaar zijn. Normontwikkeling, het herformuleren van de normen, levert een bijdrage aan een betere onderbouwing van en een grotere uniformiteit in het huisartsgeneeskundig handelen.

Maar normontwikkeling brengt ook een innerlijk proces bij de getoetste op gang. Bepaalde normen worden als juist geaccepteerd en gaan een soort geweten vormen. Als de normen als juist geaccepteerd worden stelt een discrepantie tussen het handelen en de normen de getoetste voor de vraag welke veranderingen aangebracht moeten worden in de eigen werkwijze. Onderlinge toetsing heeft niet alleen het vaststellen van lacunes, tot doel maar evenzeer het corrigeren daarvan. Met andere woorden, intercollegiale toetsing is ook een educatief proces (23).

6) Herhalen van de stappen, nagaan van de veranderingen

Tenslotte wordt opnieuw informatie verzameld over het handelen om te zien of de huisarts erin geslaagd is veranderingen aan te brengen in de zorg voor de patiënten (cirkel B in figuur 1). Eventueel wordt ook nagegaan of en welke effecten die veranderingen hebben op het welbevinden van de patiënten.

HET DOEL VAN TOETSING

Een vraag waar weinig overeenstemming over bestaat, is: wat wil men bereiken met onderlinge toetsing, waar is het goed voor?

Algemene verwachtingen, die bestaan ten aanzien van onderlinge toetsing, zijn, dat het de kwaliteit van het huisartsgeneeskundige handelen zal verhogen, inadequate routines zal doorbreken en de vrijblijvendheid, die er nu vaak heerst, zal kunnen opheffen (24, 25).

In de Verenigde Staten is toetsing al geruime tijd *a way of life*, met name in ziekenhuizen, waar voor de financiering van bepaalde gezondheidsprogramma's externe toetsing verplicht is (26). In Engeland zijn er de laatste tien jaar allerlei discussies over toetsing gevoerd en kleinschalige experimenten uitgevoerd. De indruk bestaat dat maar een klein deel van de huisartsen bereid is tot deelname (27, 28).

Wat betreft toetsing in de huisartsgeneeskunde in Nederland hebben zowel de Landelijke Huisartsen Vereniging als het Nederlands Huisartsen Genootschap initiatieven genomen om toetsing onder huisartsen op gang te brengen door de instelling (in 1983) van de Stichting Toetsing Huisartsen, die tot doel heeft het coördineren, ondersteunen en begeleiden van toetsingsexperimenten in het veld.

De overheid subsidieerde twee grootschalige experimenten rond de invoering van toetsing: een project van het Nederlands Huisartsen Instituut en een project van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (NUHI). Tesaamen zijn hierin meer dan 400 praktizerende huisartsen betrokken bij onderlinge toetsing. Op de ervaringen van dit laatstgenoemde project zal dieper worden ingegaan.

ONDERLINGE TOETSING OP HET NUHI

Het Nijmeegse toetsingsproject is vooral gericht op huisartsen die een band met het NUHI hebben: huisartsopleiders (uit de beroepsopleiding) en huisartsgastheren (uit de basisopleiding). Hiermee wordt een neven-doel van het project nagestreefd nl. de afstemming van het onderwijs op het instituut, met name in de opleidingspraktijken voor co-assistenten en huisartsen in opleiding middels intercollegiale toetsing.

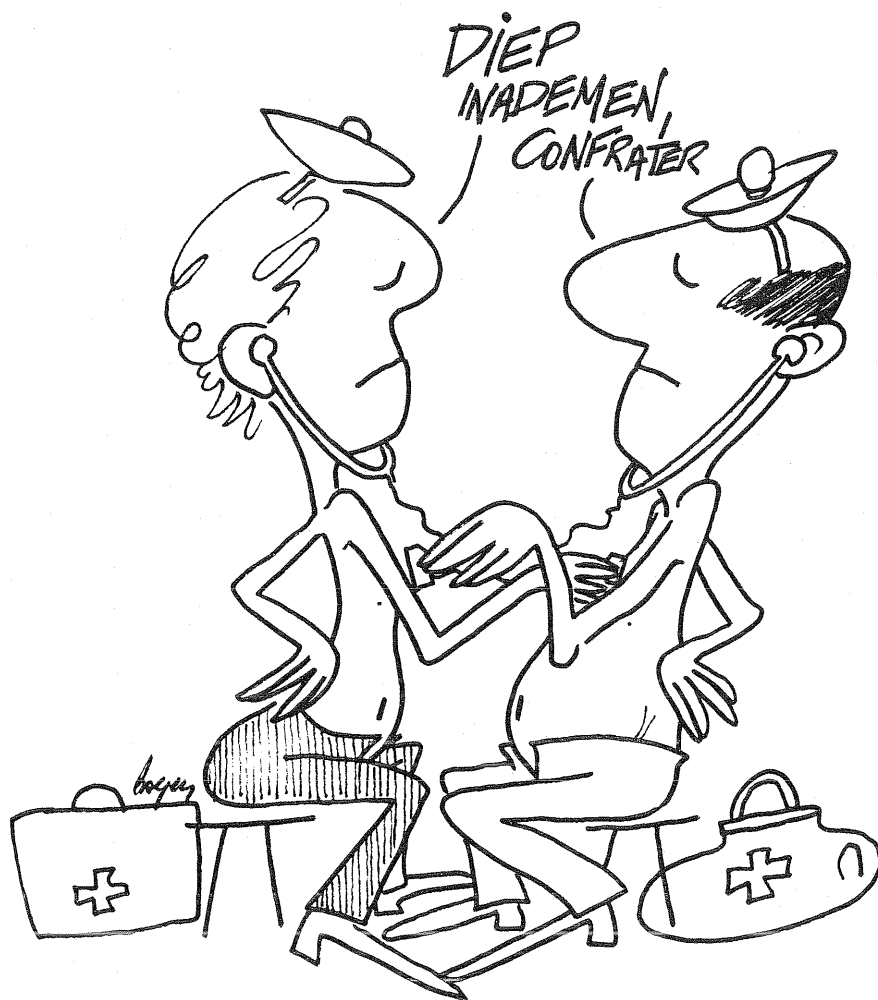
Het toetsingsprogramma omvat in totaal dertien bijeenkomsten (hele dagen), in de loop van een periode van anderhalf jaar. Enkele kenmerkende aspecten van dit programma zijn:

- *Structurering in een aantal fasen.*
- *Veel aandacht voor het eigenlijke proces van toetsen, kritiek geven en ontvangen en leerpunten leren formuleren.*
- *Gebruik van vooraf opgestelde normen voor een adequate hulpverlening door de huisarts, geformuleerd als ideale criteria. Deze normen worden tijdens een introductiefase geïntroduceerd, toegelicht en ter discussie gesteld.*
- *Intensieve begeleiding door een huisarts en een gedragswetenschapper. Deze begeleiding wordt langzamerhand vermindert tot de groep in staat is zonder begeleiding verder te gaan en de deelnemers in staat zijn toetsing in hun dagelijks werk in*

te bouwen. Toetsing blijft na afloop van dit programma een onderdeel van de activiteiten van de opleiders — c.q. gastherengroepen.

- *Werken in een groep van ± 10 huisartsen (in totaal 22 groepen, ruim 230 huisartsen).*

Een gedegen *introductiefase* vervult een essentiële rol in het programma. Ze is nodig om elkaar te leren kennen, om warm te lopen, om een open en veilig groepsklimaat te doen ontstaan, om verwachtingen te peilen en om weerstanden en vooroordelen tegenover toetsing op te sporen en weg te nemen. Voorts wordt kennis genomen van de normen en leert men deze toepassen op spreekuurcontacten. Tenslotte, niet het minst



belangrijk, doet men ervaring op met onderlinge toetsing zelf: beoordelen, kritiek geven en kritiek ontvangen. Tijdens deze introductiefase wordt nog niet met materiaal van de deelnemers zelf getoetst, men leert aan de hand van spreekuurcontacten op audioband van onbekende huisartsen.

Pas in de daaropvolgende *fase van eigenlijke toetsing* brengen de deelnemers eigen spreekuurmateriaal in. Hierbij wordt gebruik gemaakt van twee basismethodieken.

— Toetsing met audiobandopnames. Centraal in deze vorm staan

de normen voor de vier basisvaardigheden voor het huisartsgeneeskundig handelen (gericht en systematisch werken, hantieren van de huisarts-patiënt relatie, adequaat somatisch handelen en adequaat psychosociaal handelen (29). Elke deelnemer brengt op zijn beurt een drietal doorsnee spreekuurcontacten in. Door vergelijken van de werkwijze van de getoetste huisarts met deze normen worden lacunes daarin opgespoord. Aan de hand van geconstateerde lacunes worden leerpunten voor de getoetste geformuleerd.

— Toetsing met medisch-technische protocellen. De deelnemers registreren hun medisch-technisch handelen bij één bepaalde klacht met een *checklist*, en vergelijken hun daaruit af te leiden routines in het handelen met het protocol voor die klacht. Protocellen voor 24 van de meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk zijn beschikbaar (29). In de groep worden deze verschillen geïnventariseerd en besproken. Via deze discussie wordt over het protocol, al of niet met veranderingen, een consensus bereikt. Na een periode van

ANAMNESE	
A.Obl.	<p>ORIENTATIE</p> <ul style="list-style-type: none"> — Aard van de klacht zoals pijn bij slikken, ademen. — Hoe lang bestaat de klacht? — Vragen naar begeleidende symptomen zoals koorts, malaise. — Omstandigheden waaronder klachten toenemen, zoals spreken, hoesten e.d.
A.Fa. C.Obl/Fa	<p>— Vragen naar vóórkomen in omgeving.</p> <p>In geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> 13 — Globusklachten. 10,11,13,17 — Atypische klachten. <p>Dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Vragen naar relatie klacht en psycho-sociale omstandigheden. — Vragen naar levensomstandigheden (roken, psycho-sociale factoren). — Stemgebruik.
LICHAMELIJK ONDERZOEK	
A.Obl. C.Obl/Fa	<p>— Inspectie van mond en keel.</p> <p>— Palpatie van de halsklieren.</p> <p>In geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5,6,7 — Acute tonsillitis met beslag. 14-16 — Oorpijn. <p>Dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Medicatie nagaan. — Otoscopie.
C.Fa/Ov	<p>In geval van:</p> <ul style="list-style-type: none"> 13 — Globusgevoel. 10-12 — Larynxklachten. 1-7,12,15 — Koorts, hoogte temperatuur onbekend. 5,6 — Klierzwellen, lang bestaande klachten bij patiënten van 10-30 jaar oud. 5 — Epidemiologische aanwijzingen voor mononucleosis infectiosa. <p>Dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Indirecte laryngoscopie. — Temperatuur. — Palpatie lever, milt. — Palpatie oksel-, liesklieren.

FIG. 2: ANAMNESE EN ONDERZOEK — Protocol keelpijn (14)

Anamnese en lichamenlijk onderzoek zoals geformuleerd voor de klacht keelpijn. Voor elk item van onderzoek is aangegeven of deze altijd (A.) of onder gespecificeerde omstandigheden (condities) (C.), obligaat c.q. nodig (Obl.) of facultatief (Fac.) geacht worden. Tevens is aangegeven of bij ontbreken van die conditie de handeling facultatief (Fac.) of overbodig (Ov.) geacht wordt.

werken volgens het nieuwe protocol wordt de procedure opnieuw doorlopen teneinde ervaringen op te doen en problemen met de nieuwe werkwijze op te sporen.

Aan de hand van figuur 2 kan men zich een indruk vormen over de wijze waarop deze protocollen opgesteld zijn.

Al doende hebben de deelnemers aan het einde van deze fase voldoende de normen leren beheersen en zijn zij goed in staat deze toe te passen bij het beoordelen van elkaars werkwijze. Het ontvangen van kritiek en formuleren van leerpunten stelt de deelnemers in staat te reflecteren op het eigen handelen en lacunes daarin op te sporen. Dit brengt een persoonlijk bewustwordings- en leerproces op gang waaruit men leerpunten kan selecteren. Het geeft een aanzet tot het veranderen van de eigen werkwijze.

Tijdens de volgende ronde komen ieders bandjes opnieuw aan de beurt. Men zou deze fase de *verdiepingsfase* kunnen noemen. Nu wordt de onderlinge toetsing inhoudelijk verdiept door een variatie van methodieken toe te passen. Anderzijds wordt het persoonlijke leerproces verdiept. Door het opnieuw reflecteren op ieders werkwijze ontstaat een continuïteit, men ervaart of men vorderingen maakt en men kan naar aanleiding van leerpunten elders gericht nascholen. De groepsleden ondersteunen elkaar daarin.

De *eindfase* kenmerkt zich door afname van de activiteiten van de begeleiders. Afhankelijk van het niveau van de groep is dit al gestart in de verdiepingsfase. De begeleiding besteedt nu vooral aandacht aan het aankweken van een attitude om ook in de toekomst verder te gaan met toetsing en maakt de groep klaar om zelfstandig verder te gaan en zelf het proces in de groep te onderhouden. Dit gebeurt onder meer door de groepsleden zelf op

toerbeurt de bijeenkomst te laten voorzitten en het proces te bewaken.

HET OPZETTEN VAN EEN TOETSINGSGROEP

Zoals uit het voorafgaande blijkt, moet voor het goed verlopen van onderlinge toetsing door huisartsen aan een aantal voorwaarden voldaan worden. In het kort zullen de belangrijkste punten worden besproken. Deze komen voornamelijk voort uit onze eigen ervaringen met ruim twintig groepen.

Samenstelling van de groep

Er zijn vele mogelijkheden om een toetsingsgroep samen te stellen. Zowel met groepen die zijn georganiseerd via een huisartseninstituut als met plaatselijke waarnemings-, samenwerkings- of nascholingsgroepen zijn zeer positieve ervaringen opgedaan. Beide vormen hebben voor- en nadelen waarmee men rekening dient te houden. Als men toetst in bestaande groepen is bijvoorbeeld de onderlinge binding groot, maar het kan ook zijn dat samenwerkingsproblemen de toetsing gaan belemmeren. Voor welke samenstelling men ook kiest, een paar punten zijn steeds van belang bij de samenstelling:

- voldoende motivatie bij de hele groep;
 - een vergelijkbaar aanvangsniveau;
 - voldoende diversiteit in leeftijd, praktijkervaring, soort praktijk en dergelijke;
 - onderling vertrouwen en respect;
 - overeenstemming over het doel.
- Vooraf dit laatste aspect is van groot belang gebleken: verschillen in verwachtingen, motivatie en weerstanden tegenover onderlinge toetsing kunnen, zolang deze niet besproken zijn, het verloop negatief beïnvloeden.

Vaste afspraken

Bij de start van een toetsingsgroep is

het belangrijk een aantal afspraken vast te leggen. Dit betreft enerzijds afspraken over data, frequentie en duur van de bijeenkomsten, anderzijds over aanwezigheid van de deelnemers en inhoudelijke voorbereiding. Belangrijk is dat er in het begin sprake is van een vaste regelmaat en dat de periode tussen de bijeenkomsten niet te lang duurt (hooguit een maand). Anders is het bijzonder moeilijk enige continuïteit in het toetsings- en leerproces te brengen. Later kan men overgaan op een andere frequentie.

Indien mogelijk kan men beter geen bijeenkomsten plannen aansluitend op een hele werkdag. Het lukt dan moeilijk op tijd te beginnen en vermoeidheid belemmert de concentratie.

Zeer positieve ervaringen hebben wij opgedaan met bijeenkomsten van hele dagen. Men raakt dan gemakkelijk los van de beslommingen van de praktijk en het is mogelijk de beschikbare tijd optimaal te benutten. Met een waarnemingsgroep zal zo iets echter niet eenvoudig te realiseren zijn. Voor een toetsingsbijeenkomst dient men minimaal tweeënhalf tot drie uur uit te trekken.

Regelmatige afwezigheid van deelnemers verstoort het groepsklimaat en het gevoel van veiligheid. Hetzelfde geldt voor het niet nakomen van afspraken over het voorbereiden van de bijeenkomsten of het niet voldoen aan registratie-opdrachten. Naar behoefte kunnen bovendien afspraken gemaakt worden over het maken van verslagen, herinnering aan gemaakte afspraken, voorzitterschap, enzovoort. De plaats van de bijeenkomsten is bij voorkeur een ruimte waar ongestoord gewerkt kan worden.

Begeleiding

Onze ervaring is dat enige begeleiding, vooral in de beginfase van de toetsing, noodzakelijk is. Die begeleiding bestaat dan uit de introduc-

tie van een aantal toetsingsmethodieken, uit hulp bij het maken van keuzen en uit aanwijzingen voor het goed verlopen van het groepsproces.

Wil men zonder begeleiding gaan toetsen, dan dienen over de volgende aspecten met de groep afspraken gemaakt te worden:

- een goede voorbereiding op wat men precies wil gaan doen: welke keuzen maakt men?
- aanwijzen van één of meerdere personen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie en voor het voorzitterschap (niet iedereen is daarvoor even geschikt).

Programma en groepsproces

Bij het opstellen van een programma met een groep huisartsen die onderlinge toetsing gaan bedrijven, moet men in het oog houden dat men de methodiek van het toetsen zal leren.

Dit betreft met name de elementen:

- in staat zijn normen toe te passen op het geregistreerde handelen van de huisarts;
- in staat zijn genuanceerd en onderbouwd kritiek te leveren;
- in staat zijn kritiek te ontvangen en deze om te zetten in leerdoelen.

Onze ervaring is dat deze punten aan het begin van het programma het best tot hun recht komen.

Het bedrijven van onderlinge toetsing in een groep met collega's wordt als wezenlijk en zeer stimulerend ervaren. Het herkennen van elkaars problemen, het zich kwetsbaar opstellen, het bij anderen zien wat je zelf ook fout doet zijn factoren die een veilige sfeer in de groep doen ontstaan, nodig voor het goed toetsen van elkaars werkwijze.

Methodieken

Onze ervaring met de groepen leert dat door het aanbrengen van variaties in methoden het proces van onderlinge toetsing stimulerend en aantrekkelijk blijft voor de deelnemers.

Bij onderlinge toetsing kan men op diverse punten variaties aanbrengen.

- *wijze van registratie van het handelen*: registratieschema's, kopies van voorgeschreven medicatie of verwijsbrieven, audio- of video-opnamen van het spreekuur, schriftelijke verslagen van gesprekken of een observatie in de praktijk, enzovoort.
- *aard van de normen*: normen voor algemene aspecten van het huisartsgeneeskundige handelen, voor het medisch-technische handelen, voor praktijkvoering en -organisatie. De normen kunnen opgesteld worden door de groepsleden zelf of uit bestaande bronnen gebruikt worden. De normen kunnen als «ideaal» of als «gemiddeld haalbaar» worden geformuleerd.
- *werkwijze in de groep*: ook de manier van werken in de groep kan gevarieerd worden door het in kleinere groepen werken af te wisselen met plenaire zittingen en door bv. gebruik te maken van rollenspelen om gewenste veranderingen in de handelwijze te oefenen.

LITERATUUR

Een opgave van de literatuurverwijzingen kan bij de auteurs/uitgever opgevraagd worden.

SCHRIFTELIJK MATERIAAL VOOR GEBRUIK BIJ ONDERLINGE TOETSING

- GROL, R. en MESKER P. (red.), *Huisarts en toetsing*, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984 (waarin opgenomen: normen en protocellen).
- GROL, R. en F. SCHELLEVIS, *Onderlinge toetsing: handleiding voor begeleiders*, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen, 1985 (in voorbereiding).

- GROL, R. e.a., *Onderlinge toetsing huisartsen*, Medisch Contact, 1984, blz. 945-949 (handreiking bij het starten van een toetsingsgroep).
- COMMISSIE TOETSING van het Nederlands Huisartsen Genootschap, *Onderlinge praktijkobservatie. Een draaiboek voor koppels*, Huisarts en Wetenschap 27 (1984), blz. 130-134.
- VOORT, H. van der, *Zelftoetsing. Een draaiboek met praktische oefeningen*, Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 1980.
- RIJDT, T. van der, en I. TOUW, *Werkboek van onderlinge toetsing (werkwijze A)*, Stichting O & O, Utrecht, 1985.

SUMMARY

Medical audit among general practitioners implies that the practitioners judge and appreciate each other's medical attendance behaviour critically according to well defined criteria. The aim is to obtain more conformity in the behaviour of the different practitioners.

It is a circular process of first formulating the criteria, then judging the behaviour by the standards agreed on, and finally impelling the others to change their attitude.

The Nijmegen University Institute Of General Practitioners has much experience with medical audit since they developed a 3,5 year program. Most attention was paid to the development of capabilities for testing, testing by means of audio-recorded consulting-hour contacts, and testing of skillfulness in dealing with the medical techniques.

Very important for the success of a medical audit program among general practitioners is the rigorous engagement of all the participants in following the arrangements agreed on: dates and frequency of meetings, supervision of the process, chairmanship, choice of the testing items and methods. ◇