

Evaluatie van een nascholingscursus voor huisartsen (I)*

DOOR DR. R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT EN DRS. W. J. NEEFS, SOCIOLOOG**

„De meeste mensen zijn, als ze eenmaal een uiteenzetting over een onderwerp gehoord hebben, niet meer geneigd te luisteren naar degenen die er verder over discussiëren. Het is hen blijkbaar niet duidelijk, dat het tot een en hetzelfde verstandelijk proces behoort exacte uitspraken te kennen en te ontdekken wat nog niet gezegd is”.

Uit de pre-ambuul van het didactisch geschrift „Peri Diaites” van het Corpus Hippocraticum.

Heeft huisartsen-nascholing effect? Het is genoegzaam bekend dat vele huisartsen twifelen aan het nuttig effect van gebruikelijke nascholingscursussen. Bovendien blijkt slechts een betrekkelijk kleine groep huisartsen aan nascholingscursussen en dergelijke deel te nemen. Het is opvallend dat een discrepantie bestaat tussen de vele activiteiten die op nascholingsgebied worden ontplooid en de ontwikkeling van onderzoek op dit gebied. Naar het rendement van verschillende nascholingsactiviteiten en naar de inhoud welke de huisartsen zelf eraan zouden willen en kunnen geven, is nauwelijks onderzoek verricht. Bij nadere beschouwing ontkomt men niet aan de indruk dat van bovenaf door commissies en besturen veel besproken, casu quo wordt gerapporteerd en georganiseerd, terwijl men nauwelijks weet wat de huisartsen zelf ervan denken. Aan de andere kant ligt het voor de hand dat men veel eerder zou moeten trachten een antwoord te vinden op essentiële vragen als: wat wil men, wat is gewenst, wat voor belemmerende factoren zijn er om aan nascholing deel te nemen? *Oeberius Kapteijn* stelt terecht dat opgedrongen voedsel de eetlust ontnemt.

In het rapport van de Commissie Huisartsen (*Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid*) werd reeds om wetenschappelijk verantwoord onderzoek gevraagd naar behoeften en succes van de bestaande nascholingsmethodieken. *Brouwer* vraagt zich af of nascholing in Nederland effectief kan worden genoemd en pleit voor meer actieve nascholingsvormen. *Horder* vermeldt een aantal

Amerikaanse onderzoeken over nascholingsprogramma's, waarbij geen verandering in het gedrag van de huisartsen — na deelneming aan de cursus — kon worden aangetoond. Deze auteur stelt de relevante vraag of hier wellicht verkeerde evaluatiemethoden worden toegepast, waardoor werkelijke gedragsveranderingen niet aan het licht kwamen. Ofwel, zijn deze veranderingen niet opgetreden, bijvoorbeeld als gevolg van de directieve onderwijsmethodiek?

Men kan zich inderdaad afvragen of, evenals in de arts-patiënt-relatie, een non-directieve benadering niet effectiever zou zijn. Er zijn aanwijzingen dat nascholingsvormen, waarbij de deelnemers zelf actief zijn betrokken, een groter succes lijken op te leveren. De zogeheten Breedenburgcursussen, die zich na een initiatief van Middelbeek en Saan vanuit Groningen over ons land hebben verspreid, blijken overal een groot succes te zijn. Zo vond *Van Trommel* bij een onderzoek een half jaar na de eerste Breedenburg-cursus dat globaal gesproken eenderde van de behandelde onderwerpen tot een andere praktijkvoering had geleid, terwijl het ongevoond hoge opkomstpercentage van 50 procent van de plaatselijke huisartsen bij deze cursus aantoonde dat een relatief groot aantal huisartsen in deze nascholingsvorm is geïnteresseerd.

Voor de opzet van deze cursus moge worden verwezen naar *Van der Meer* en *Saan*. *Pel* en *Van der Kooij* beschrijven een aantal positieve ervaringen met dergelijke cursussen elders in den lande. Op de verschillen tussen de Breedenburg-cursus en de klassieke nascholingsvormen wordt bij de evaluatie nader ingegaan.

Een variant op het Breedenburg-model. Vanuit de ervaring van een onzer werd in 1970 besloten dat het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut zelf een dergelijke cursus zou organiseren, die zou openstaan voor deelnemers uit de gehele regio van onze universiteit. In dit opzicht week de cursus af van andere Breedenburg-cursussen, die immers steeds meer plaatselijk waren georiënteerd. Deze opzet was een gevolg van een andere doelstelling van deze cursus. Naar onze mening hebben de universitaire huisartseninstituten een overwegend stimulerende en adviserende taak ten aanzien van de huisartsen-nascholing in de regio. Daarnaast zijn zij

* De literatuurverwijzingen vindt men aan het einde van het tweede artikel.

** Wetenschappelijk hoofdmedewerkers Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut; hoofd: Prof. Dr F. J. A. Huygen.

in de gelegenheid onderzoek op dit gebied te verrichten. Organisatie en uitvoering van nascholingscursussen hoort echter naar deze mening tot de taak van de professionele organisaties van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging en van de centra van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Uit een

Samenvatting. Gepoogd is via onderzoek na te gaan in hoeverre een experimentele nascholingscursus voor huisartsen tot feitelijke gedragsveranderingen heeft geleid en inzicht te krijgen in het nuttig rendement van tijd, geld en energie, hieraan besteed. In het eerste artikel wordt gewezen op de verschillen tussen een „teachingmodel” en een „learning model” van huisartsen-nascholing. Voorts wordt aangegeven op welke wijze is getracht de effecten van de Plasmolennascholingscursus (een variant op het Breedenburg-model) te meten.

De resultaten van deze evaluatie gaven aanleiding tot een aantal algemene en specifieke conclusies. De algemene conclusies betroffen gedragsveranderingen in een gewenste richting, acht maanden na de cursus door de cursisten gerapporteerd. Meer dan de helft van de cursisten gaf te kennen dat zij in de afgelopen periode een maatschappelijk werkster hebben ingeschakeld voor gevallen, waarin dit voorheen niet gebeurde. Meer dan de helft besteedde meer aandacht aan probleem-patiënten dan voorheen. Voorts werd gewezen op de plaats van de echtgenote, zowel in de solo-praktijk als in de groepspraktijk, speciaal op de consequenties voor haar plaats bij overgang van solo- naar groepspraktijk. De specifieke conclusies betroffen een aantal onderdelen van het programma en de gemeten effecten, zowel onmiddellijk na de cursus als acht maanden later.

Hoewel enige reserve moet worden betracht ten aanzien van de formele en materiële nauwkeurigheid van de onderzoeksresultaten (betrouwbaarheid en geldigheid), kan toch worden geconstateerd dat de cursisten de cursus op essentiële punten — informatieve waarde, bruikbaarheid en presentatie — genuanceerd hebben beoordeeld. Dit laatste bleek uit een clusteranalyse, toegepast op de thema- en groepsbesprekingen, en voorts uit objectieve criteria. Voor de minder gunstige beoordeling van het onderwerp chirurgie was een duidelijk aanwijsbare verklaring te vinden.

Ziekenfondscijfers toonden aan de andere kant voor een aantal deelnemers een daling aan in het voorschrijven van antibiotica: een gewenste gedragsverandering met het oog op de behandeling van tonsillitis.

De belangrijkste verschuivingen in positieve richting bleken zich, behalve bij bovengenoemd onderwerp, ook te hebben voorgedaan bij fluor-diagnostiek, het regelmatig verrichten van gewichtscontrole en de behandeling van commotio cerebri.

Gesteld werd dat deze nascholingscursus bij de daaraan deelnemende huisartsen een aantal aanwijsbare reële en blijvende gedragsveranderingen heeft bewerkstelligd.

enquête van *Nepropharm* blijkt ook dat huisartsen dienaangaande activiteiten verwachten van de universitaire centra.

De redenen waarom wij ditmaal zelf een cursus organiseerden, waren de volgende:

1 In onze regio was nog nimmer een dergelijke cursus gehouden. Wij dienden dus enthousiaste huisartsen uit verschillende centra te stimuleren aan een dergelijke cursus deel te nemen om te zijner tijd de organisatie ervan in de eigen afdelingen op zich te kunnen nemen.

2 Een dergelijke cursus kon ons evaluatie-onderzoek op gang brengen.

3 Eigen ervaring zouden wij in toekomstige cursussen kunnen benutten voor onze adviserende taak. Anderzijds zouden wij deze ervaring kunnen gebruiken voor andere onderwijsdoeleinden, bijvoorbeeld het zevende jaar, opleiding van huisartsen-opleiders enzovoort.

4 Nascholing tenslotte wordt door ons nadrukkelijk geplaatst in het kader van de *éducation permanente* (*De Melker*).

Dit betekent onder meer dat, veel meer dan in het verleden het geval was, de samenhang naar voren komt tussen inhoud en vorm van nascholing enerzijds en die van het universitaire curriculum anderzijds. Ten opzichte van dit laatste geldt die samenhang in zeer bijzondere mate voor het zevende jaar en de daarmee verbonden opleiding van huisartsen-opleiders.

De door ons georganiseerde cursus week nog in een ander dan genoemde opzichten af van de oorspronkelijke Breedenburg-cursus in die zin, dat ook aandacht werd besteed aan attitude-vorming, in dit geval door middel van oefening in gespreksvoering en rollenspel.

Opzet van de Plasmolen-cursus. Er werden twee identieke cursussen gehouden in hotel „De Plasmolen” te Mook van 1 - 6 maart 1971 en van 22 - 27 maart 1971, dit om onderlinge waarneming door de deelnemende artsen mogelijk te maken. De deelnemers verbleven dag en nacht in het hotel, waardoor veel informeel contact ontstond en de groepsvorming werd bevorderd, hetgeen de onderlinge discussie stimuleerde.

Op de eerste morgen werden vijftientig zeer alledaagse praktijkproblemen aan de deelnemers voorgelegd. Deze diende men in spreekuurtempo te „behandelen”. Door een strikt tijdschema aan te houden werd men gedwongen snel te „handelen”, dit ter voorkoming van een te theoretische benadering van de gestelde problematiek. Op van carbonpapier voorziene formulieren diende men de gewenste uitbreiding van anamnese, onderzoek, laboratoriumbepaling, verwijzingen aan te geven, be-

nevens een voorlopige differentiële diagnose. Bovendien moest men de verstrekte medicatie op receptenpapier vastleggen. Deze formulieren werden aan de verschillende consultants ter hand gesteld, zodat deze een indruk konden krijgen van de benadering van de problemen, respectievelijk van de receptuur van de verschillende deelnemers. De consultants, veelal universitaire specialisten, traden uitsluitend consultatief op en waren tevoren uitvoerig op hun nieuwe rol voorbereid.

Naast deze medische specialisten trad een maatschappelijk werkster op als consulente en vervulde bovendien enkele patiëntenrollen in het reeds vermelde rollenspel. Een aantal deelnemers vervulde hierbij de rol van huisarts. De gesprekken werden op een tape opgenomen en na afloop onderling vergeleken en geanalyseerd.

Op de zaterdagochtend werd het programma afgesloten met een nabespreking, waarin de deelnemers en de cursusleiding in een vrije evaluatie hun aan- en opmerkingen konden spuien. Enige maanden later werd een verslag van beide cursussen aan alle deelnemers toegezonden. Ruim een jaar nadien werd opnieuw een bijeenkomst georganiseerd, waarbij ditmaal ook de echtgenoten van de deelnemers werden uitgenodigd.

Cursus-evaluatie. Wij willen thans verder ingaan op het eigenlijke evaluatie-onderzoek en enkele onderwijskundige aspecten van de cursus. Achtereenvolgens komen aan de orde het doel van de evaluatie, de cursusopzet en de evaluatieprocedure. In een volgend artikel zullen wij nader ingaan op de resultaten van het onderzoek en enkele conclusies formuleren.

Het doel van de evaluatie en de cursusopzet. Evaluatie is het systematisch meten van succes en mislukking (*Hesseling*). Daartoe zijn drie zaken vereist:

a Procedures van „fact finding”: er moeten relevante feiten worden verzameld. Evaluatie is een realiteitstoetsing. Feiten moeten aan feiten worden getoetst. Het analyseschema is cybernetisch van aard. Opleidingsfeiten, zoveel mogelijk te kwantificeren (inhoud, vorm, opleidingsmethode, enzovoort), vormen de „input”. Het bij de deelnemers teweeggebrachte resultaat vormt de „output”. Dit resultaat moet worden getoetst aan een norm (specifieke doeleinden van de opleiding). Beantwoordt dit resultaat niet aan deze norm, dan moet via terugkoppeling de uitgangssituatie (input) worden gecorrigeerd.

b Onderscheid tussen beoogde en niet-beoogde resultaten: de feitenverzameling moet ook veranderingen aan het licht brengen die niet door de oplei-

ding waren beoogd. Dit kunnen positieve veranderingen zijn, te weten resultaten die weliswaar niet zijn bedoeld, maar toch meegenomen. Het kunnen ook negatieve veranderingen zijn: resultaten die niet zijn bedoeld maar ook niet gewenst, ergo schadelijke neveneffecten.

c Opsporing van factoren die het veranderingsproces belemmeren of bevorderen: ook deze factoren moeten via de feitenverzameling aan het licht komen. Het kan gaan om factoren gelegen bij de deelnemers zelf, bij de consultants, bij de cursusleiding of bij de gehele opleidingssituatie en gekozen methoden.

Het antwoord op de vraag welke feiten relevant zijn in het kader van een nascholingscursus voor huisartsen, is uiteraard een cruciale uitgangstelling. In dit antwoord is de onderwijsfilosofie verdisconteerd van degenen die een nascholingscursus voor huisartsen organiseren. Het onderzoek van *De Zeeuw* naar het gedrag van docenten bij hoorcolleges, gaat uit van de premisse dat dit gedrag voor verbetering vatbaar is en aldus kan bijdragen tot verbetering van dit type onderwijs: de hoorcolleges. De hierin vervatte filosofie is een pragmatische: waar de vorm van groepsdiscussie-onderwijs niet realiseerbaar is, om welke reden dan ook, is het zinvol bestaande vormen van onderwijs, waaronder het hoorcollege, te perfectioneren, ondanks alle reserves welke men eventueel tegen deze onderwijsvorm kan koesteren. Hier geldt in omgekeerde richting wat *Brouwer* stelde ten aanzien van massacolleges: wat pleit tegen massacolleges, pleit ook tegen nascholingsvoordrachten. Men kan eveneens zeggen: hetgeen aan hoorcolleges te verbeteren valt (het docentengedrag), kan ook tot voordeel strekken bij nascholingsvoordrachten, zolang niet alle Nederlandse huisartsen op de Breedenburgtoer gaan.

In deze richting wijst het evaluatie-onderzoek van *Van Leeuwen*. Ook deze analyse had primair betrekking op een gangbare vorm van nascholing voor algemene artsen in een bepaalde regio van het land. Relevante feiten voor de evaluatie van deze nascholing waren de frequentie van het bezoek aan klinische bijeenkomsten, de mate van samenwerking in deze met anderen, mogelijke behoeften aan bijstand in de vorm van leermiddelen of planning en de mate van bereidheid sociaal-geneeskundige voorlichting in het programma op te nemen.

Deze feiten kunnen globale informatie verschaffen over de nascholingsbereidheid bij artsen in dit gebied, de mate van samenwerking en vooral ook over de positie van de ziekenhuizen in het nascholingsprogramma. Zeker is dat de huisartsen in Arnhem en omgeving, in samenwerking met specialisten, ziekenhuizen en sociaal-medische instanties

erin zijn geslaagd hun nascholingsactiviteiten aanzienlijk te perfectioneren en zulks binnen een traditionele vorm van nascholing. Men hoeft zich niet uit te spreken over de vraag of deze traditionele vorm van nascholing beter of slechter is dan de nascholing die is gebaseerd op het Breedenburg-model. Wel is er zeker een verschil, met name in de doelstellingen. Hieraan moet worden ontleend welke feiten relevant zijn bij evaluatie.

Cursussen, zoals georganiseerd in de „Breedenburg” te Warfum, in „De Plasmolen” te Mook (L), in Apeldoorn, Oisterwijk (N.Br.) en elders in den lande, impliceren een andere onderwijsfilosofie en vereisen dus ook een andere evaluatie-aanpak. Relevante feiten in deze context hebben te maken met de mate van zelfwerkzaamheid van de groep, de consequent volgehouden „probleemoriëntering”, de wederzijdse informatie, het leerproces zelf en met de behoefte-identificatie. Al deze factoren passen in wat heden ten dage heet de „*éducation permanente*” of „*the art so long to learn*” (*Mc Knight*). Education permanente betekent in de eerste plaats zelf-educatie. Het betekent zeker niet permanente instructie. Vandaar dat belangrijke verschillen bestaan tussen traditionele typen van huisartsennascholing en nascholingscursussen van het Breedenburg-type.

a. In het traditionele type staat de instructie op de voorgrond (teaching); in het Breedenburg-type staat het leerproces op de voorgrond (learning).

b. In het gangbare model valt het accent op de kwaliteiten van de docent en op het doceren. Perfectionering van het onderwijs wordt nagestreefd via verbetering van didactiek en gebruikmaking van audiovisuele hulpmiddelen. In het Breedenburg-model staan de deelnemers op de voorgrond. Perfectionering wordt hier primair verkregen via de verbetering van de zelfwerkzaamheid, dat wil zeggen door kritische bezinning op datgene wat men dagelijks doet, door identificatie van de eigen onderwijsbehoefte en door uitwisseling van ervaringen met andere leden van de groep.

c. In het traditionele model is het onderwijs individueel georiënteerd. Ieder pikt naar gelang behoefte en mogelijkheden zijn graantje mee uit de grote onderwijsruif: *qui potest capere, capiat*. Het initiatief ligt bij de docent, de cursus-deelnemer is luisteraar, eventueel vrager. De communicatie verloopt verticaal: van docent naar leerling en, via vragen en opmerkingen, van leerling naar docent.

Het Breedenburg-model is groepsgeoriënteerd. De communicatie verloopt circulair: van deelnemers naar deelnemer, waarbij de docent mededeelnemer is, desnoods als consulent fungeert met deskundigheid op specifieke terreinen, die aan bod

komen wanneer de groep erom vraagt. Het initiatief ligt bij de groep, de cursus-deelnemers zijn niet primair vragers en luisteraars, maar participanten en medebeslissers. De „leraar” (consulent) zal hier een aandachtig luisteraar moeten zijn.

d. Het traditionele model heeft een discipline-oriëntering. De inleider of docent brengt zijn vak-kennis te berde en laat het aan de leerling over deze kennis of gedeelten ervan in de context van zijn dagelijks werk te integreren. „Dit zijn de meest recente verworvenheden in de cardiologie. Kijkt u zelf maar waar, wanneer en hoe u hiervan gebruik kunt maken in het werk van alledag”. Het Breedenburg-model is probleem-georiënteerd. De groep legt het probleem op tafel en zoekt samen met een of meer deskundigen naar de oplossing.

In het verlengde van deze tegenstelling ligt ook die van de „academische” uitgangsstelling die principes poneert en afdaalt naar de praktijk van alledag enerzijds en de pragmatische uitgangsstelling van waaruit wordt gezocht naar informatie die in de eerste plaats nuttig en toepasbaar is.

e. Tenslotte is in de traditionele nascholing sprake van een accent op het specialistenmodel in die zin, dat het op peil houden van eigen professionele deskundigheid, communicatieverbetering met collegae en andere werkers binnen en buiten de gezondheidszorg op de voorgrond staan, uiteraard met het oog op verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Die verbetering wordt dan echter primair geconcipeerd vanuit de eigen positie, vanuit de eigen opvattingen en vanuit de eigen gehanteerde normen. In het Breedenburgmodel staat juist de verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg voorop in die zin, dat het primair de behoefte aan gezondheidszorg in het eerste echelon is, die moet worden geanalyseerd en gedifferentieerd en waarop de dienstverlening moet worden geënt. Dit betekent enerzijds een grotere flexibiliteit van de dienstverlening, anderzijds de noodzaak van teamwork en overleg.

Bovengenoemde typologie is bedoeld om verschillen aan te duiden, niet om voorkeur uit te spreken. Integendeel, het zal van de omstandigheden afhangen of men voor het eerste dan wel voor het tweede model kiest. Men kan zich voorstellen dat het zeker in de situatie van de universitaire opleiding tot arts zinvol is om in eerste instantie voor studenten met hoorcolleges en voordrachten te werken. Het zal ook afhangen van de onderwerpen die aan de orde komen. Kiest men voor de voordracht of het hoorcollege, dan is het nuttig de mogelijkheden, welke deze vorm van onderwijs biedt, uit te buiten met gebruikmaking van alle daartoe dienstige middelen.

De nascholingscursus voor huisartsen, gegeven in „De Plasmolen”, was geënt op het Breedenburg-

model. Kenmerken en doelstellingen ervan fungeren dan ook als norm bij de evaluatie.

Evaluatie-procedure. De evaluatie van de beide nagenoeg identieke cursussen heeft plaatsgevonden op vier onderdelen:

Evaluatie „belang vooraf”: aan de cursusdeelnemers werd gevraagd op een vijfpuntsschaal (1 = zeer weinig tot 5 = zeer veel) aan te geven of men behandeling van een aantal onderwerpen belangrijk vond voor het dagelijks werk. Dit gebeurde na bestudering van de spreekuurpatiënten en voorafgaand aan de eerste onderwerp-bespreking. Indirect werd met deze vraag beoogd iets van de verwachtingen te meten.

Evaluatie themabespreking: vervolgens werd na bespreking van een onderwerp een evaluatie-formulier voorgelegd, waarin aan de orde kwamen de subjectieve schattingen van: 1 het leereffect; 2 het belang voor het dagelijks werk (nu, achteraf, dus na behandeling); 3 toepasbaarheid in het dagelijks werk; 4 gecompliceerdheid van de stof; 5 aansluiting bij aanwezige kennis; 6 het boeiend zijn van het onderwerp; 7 het voornemen tot toepassing in het dagelijks werk.

Met dit gedeelte van de evaluatie is beoogd enige onderdelen te meten van het cognitieve domein. (*Bloom en medewerkers*). Dit domein heeft te maken met het verstandelijk functioneren, het zich herinneren of herkennen van kennis en de ontwikkeling van intellectuele vaardigheden en capaciteiten. Een bijzondere plaats wordt hierbij ingenomen door de mening over de toepasbaarheid van de geboden informatie enerzijds en de bereidheid tot toepassing in het dagelijks werk anderzijds. Hiertussen kan een zeer grote discrepantie bestaan.

Uit onderzoek (*Hermans*), ook op het terrein van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (*Stewart*), blijkt steeds duidelijker dat meer kennis niet automatisch leidt tot meer of betere prestaties. De stap van het kennen en kunnen naar metterdaad doen is afhankelijk van een groot aantal persoonlijke factoren, dat op zich weer door sociale waarden en normen is gekleurd. Het is van belang te noteren dat in het professionele handelen het algemeen menselijke interfereert. Is de stap van kennis naar prestatie geen vanzelfsprekende, wel moet worden gezegd dat een goede prestatie altijd goede kennis, goede vaardigheden en een goede grondhouding veronderstelt.

Evaluatie groepsbespreking: tenslotte werd aan de cursusdeelnemers hun mening gevraagd over elke ochtend, middag- en avondzitting betreffende het groepsgebeuren zelf. Hierbij kwamen de volgende schattingen aan de orde: 1 het geslaagd zijn

van de bijeenkomst; 2 de eigen bijdrage aan het groepsgebeuren; 3 het genoeglijk zijn van de bijeenkomst; 4 het leereffect van de discussie; 5 de behoefte tot deelnemen aan discussie; 6 verhouding informatie-discussie.

Met dit onderdeel van de evaluatie is gepoogd andere dimensies te meten dan die van het cognitieve domein. In de evaluatie van het groepsgebeuren komen enkele dimensies van het affectieve domein tot uitdrukking, waaronder gevoelswaarden en de mate van aanvaarding of verwerping van groepsstandpunten. Ook komen hierin enigszins affectief gekleurde relaties tot de inleider casu quo de consulent tot uitdrukking, blijkend uit de waardering die wordt gegeven voor punt 6, de verhouding informatiediscussie. Het oordeel: teveel informatie, impliceert kritiek op de consulent, die er blijkbaar moeite mee heeft zijn leraarsrol af te leggen. Anderzijds is het oordeel: teveel discussie, een vorm van zelfkritiek van de groep en/of kritiek aan het adres van de cursusleiding casu quo gespreksleider, die niet bij machte blijkt de discussie in de hand te houden.

Follow-up effect-evaluatie: circa acht maanden na afloop van de cursus is via een schriftelijke enquête nagegaan in hoeverre veranderingen waren opgetreden in: 1 de beoordeling van het leereffect van de cursus qua onderwerp; 2 het belang dat werd gehecht aan behandeling van de thema's voor het dagelijks werk; 3 de mate waarin de in de cursus verstrekte richtlijnen werden toegepast, dit laatste in het algemeen per onderwerp en in concreto per specialisme ten aanzien van specifieke procedures, technieken en medicamenten.

Beperkingen van deze evaluatie-opzet. Het zal duidelijk zijn dat wij op deze wijze hebben getracht te meten welke effecten de cursus had op lange termijn. Men dient echter te bedenken dat vanuit de hier omschreven opzet een dergelijke meting slechts partieel mogelijk is, zodat de resultaten met enige reserve moeten worden bekeken. De reserve geldt in het bijzonder de volgende punten:

Wij hadden niet de beschikking over persoonlijke gegevens van de cursus-deelnemers. Toch mag worden aangenomen dat bij de totale beoordeling persoonlijke en situationele kenmerken mede een belangrijke rol spelen: leeftijd, ervaring, persoonlijke voorkeur, motivatie (niet alleen om aan een dergelijke cursus deel te nemen, maar ook bij het werk van alledag en in het eigen praktijkbeleid en de praktijkstijl) (*Raupp*), praktijkgrootte, samenwerkingsverbanden met collegae en anderen, enzovoort.

Voorts hadden wij geen controlegroepen van aan deze cursus niet-deelnemende artsen, noch beoorde-

lingsgegevens van artsen die aan traditionele nascholingsprogramma's hadden deelgenomen. Niettemin leek het zinvol met dit feitenmateriaal op de volgende vragen een antwoord te vinden:

1 Is er een verschil in de beoordeling van het belang voor het dagelijks werk vóór en onmiddellijk na behandeling van het onderwerp?

2 Ter controle: is er eventueel verschil in deze tussen het oordeel van alle cursusdeelnemers en degenen die naderhand op de follow-up hebben gerepsondeerd (80 procent van de groep)?

3 Is er verschil in de beoordeling van het belang voor het dagelijks werk onmiddellijk na behandeling van het onderwerp en acht maanden na dato?

4 Is er verschil in de beoordeling van het leer-effect onmiddellijk na behandeling van de thema's en acht maanden na dato?

5 Wat is terechtgekomen van de feitelijke toepassing acht maanden na de cursus, vergeleken met de beoordeling van de mate van toepasbaarheid onmiddellijk na behandeling van het onderwerp?

6 Wat is terechtgekomen van de feitelijke toepassing acht maanden na de cursus, vergeleken met de bereidheid tot toepassing onmiddellijk na behandeling van de onderwerpen?

In het volgende artikel wordt nader op de resultaten ingegaan.

Evaluatie van een nascholingscursus voor huisartsen (II)

DOOR DR. R. A. DE MELKER, HUISARTS TE LENT EN DRS. W. J. NEEFS, SOCIOLOOG*

Uitgaande van de vraag of huisartsen-nascholing effect heeft, is in een voorgaand artikel (*De Melker en Neefs*) getracht aan te geven waarin het teaching model huisartsen-nascholing zich onderscheidt van het learning model, zoals toegepast in het Breedenburg-type en varianten daarop. Een van de varianten was een cursus, georganiseerd door het Nijmeegs Universitair Huisartsen-Instituut voor tweemaal 23 huisartsen in hotel „De Plasmolen” te Mook (Limburg). De evaluatie van deze cursus vond in drie fasen plaats: vooraf, dat wil zeggen bij het begin van de cursus met het oog op de verwachtingen van de deelnemers; onmiddellijk na de behandeling van de onderwerpen met het oog op het leereffect, gecombineerd met een beoordeling van het groepsgebeuren en — derde fase — tenslotte acht maanden later in een follow-up met de bedoeling te achterhalen in welke mate blijvende gedragsveranderingen waren opgetreden, overigens gemeten aan de subjectieve beoordeling van de respondenten zelf.

Thans, in aansluiting daarop, iets over de resultaten en resultatenbespreking van dit evaluatie-onderzoek, waarbij eerst een beeld wordt gegeven van de globale resultaten met daaraan verbonden conclusies en beschouwingen en daarop dat van de specifieke resultaten.

De globale resultaten van de follow-up evaluatie (N = 38)* leren dat zeven respondenten (18,4 procent) na de cursus lid zijn geworden van een gespreksgroep. Acht maanden na de cursus geeft meer dan de helft van de respondenten (58 procent) te kennen, dat zij in de afgelopen periode bij voorkomende gelegenheden een maatschappelijk werkster hebben ingeschakeld in gevallen, waarin zij dit vóór de cursus niet zouden hebben gedaan. Na de cursus had meer dan de helft van de respondenten ook meer aandacht besteed aan probleempatiënten dan voorheen het geval zou zijn geweest. Van 38 respondenten hebben zeventien het plan opgevat zelf met collegae een nascholingscursus van het type Plasmolen te organiseren van wie zes dit inmiddels hebben gerealiseerd.

Op de cursus aansluitende bespreking. Bij de nabespreking op de zaterdagmorgen van de cursus bleek het algemeen oordeel daarover positief. Tijdens de discussie kwam een aantal kritische opmerkingen en suggesties voor toekomstige cursussen naar voren. Er werd gepleit om meer tijd beschikbaar te stellen voor vrije discussie, dat wil zeggen

* Wetenschappelijk hoofdmedewerkers Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hoofd: Prof. Dr. F. J. A. Huygen. Aan het onderzoek hebben voorts in belangrijke mate medewerking verleend: J. Gubbels, statistisch analyst N.U.H.I. H. Spijkerman, cand. sociologie, student-assistent.

* Van de 46 cursusdeelnemers hebben 38 gerepsondeerd op de follow-up-enquête. Wij hebben geen reden om aan te nemen dat dit aantal niet representatief zou zijn voor de gehele groep. Bij navraag is gebleken, dat non-respons niets had te maken met positieve of negatieve cursusbeoordeling. Twee cursisten waren in de enquête-periode afwezig, vijf hadden door de besommeringen van alledag de papieren uit het oog verloren en één cursist kon zich met de evaluatie als zodanig niet verenigen.