

# Het vaststellen van de behoefte aan nascholing voor huisartsen

J. B. DE GROOT EN L. R. KOOIJ\*

Nascholing voor huisartsen behoort aan te sluiten bij hun werksituatie en bij hun behoefte aan nascholing. Vooral met dit laatste wordt nog onvoldoende rekening gehouden. In deze bijdrage wordt onderzocht welke praktisch hanteerbare methoden daarvoor beschikbaar zijn. Op dit moment lijken dat vooral onderlinge toetsing en de zogenaamde FSP-methode. Door anderen vastgestelde tekortkomingen in het werk van de huisarts zullen veelal niet als zodanig door hem worden (h)erkend. Het is dan ook van belang dat het vaststellen van de behoefte aan nascholing door of in samenwerking met die huisartsen gebeurt.

## Inleiding

*No one, for years, has believed that the qualified doctor knows enough at qualification to practice for the rest of a lifetime without further learning.  
But learning what?*

David Metcalfe<sup>1</sup>

Nascholing voor huisartsen heeft als doel de kwaliteit van de zorg die huisartsen verlenen, te handhaven en te verbeteren, en moet worden beschouwd als een van de instrumenten waarmee de gezondheidszorg kan worden verbeterd.<sup>2</sup>

De Leeuwenhorst-groep stelt dat dit doel alleen kan worden bereikt, indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- nascholing dient uit te gaan van de behoefte aan zorg van de bevolking;
- nascholing dient gebaseerd te zijn op de geëigende toepassing van biologische, sociale en klinische wetenschappen;
- bij nascholing dient rekening te worden gehouden met de leef- en werksituatie van de huisarts, en zijn persoonlijkheid en belangstelling.<sup>3</sup>

Nascholing leidt niet op voor een examen of beroep, maar betekent verdere vorming en scholing van volwaardige beoefenaren van een beroep en kan

worden beschouwd als een vorm van volwasseneducatie. Van Trotzenburg zegt dat het bij volwasseneducatie van belang is, dat deze aansluit op de eigen ervaringen en de werksituatie, en dat de verkregen informatie praktisch toepasbaar moet zijn.<sup>4</sup> Ook Kooij en De Graaf hebben hierop gewezen.<sup>5 6</sup>

In het verleden werd de georganiseerde nascholing voor huisartsen voornamelijk bepaald door specialisten: huisartsen werden beleerd. Een van de oorzaken daarvan was de afwezigheid van een duidelijke omschrijving van wat huisartsgeneeskunde is.<sup>7</sup> Naarmate huisartsen zich meer bewust werden van de discrepantie tussen hun dagelijks werk en de aangeboden nascholing, zijn zij zich meer zelf gaan bezighouden met nascholing. Onderwerpen voor nascholingscursussen voor huisartsen worden meestal gekozen door cursusorganisatoren en/of door functionarissen van onderwijsinstellingen. Het nascholingsaanbod dat aldus tot stand komt, gaat niet uit van vastgestelde tekortkomingen in kennis of vaardigheden en houdt geen rekening met de behoefte aan nascholing zoals huisartsen die ervaren. Inventarisatie van onderzoek naar de effectiviteit van nascholingscursussen zoals Bertram en Brooks-Bertram en later Lloyd en Abrahamson hebben verricht, maakte duidelijk dat het rendement van nascholingscursussen gering is;<sup>8 9</sup> ook Sibley wees daarop.<sup>10</sup> Laxdal noemt als belangrijkste redenen ontoereikende evaluatiemethoden en het na-

laten de leerbehoeften van huisartsen en de behoefte aan zorg van patiënten vast te stellen.<sup>11</sup> Samways zegt daarentoe: „Consequently, courses appear to be based on ideas and opinions and not on facts”.<sup>12</sup> Duidelijk wordt dat onderwerpkeuze in de nascholing niet langer kan steunen op vooronderstellingen – wat Osborne de impressionistische methode noemt<sup>13</sup> – maar gebaseerd dient te worden op de leerbehoeften van huisartsen. Het WHO-rapport vermeldt hierover: „The inevitable consequence of not identifying needs is that unnecessary and unwanted (and therefore wasteful and expensive) education is likely to be offered”.<sup>2</sup>

Het is derhalve nodig methoden te vinden met behulp waarvan kan worden vastgesteld welke nascholing huisartsen nodig hebben om hun werk naar behoren te vervullen. Dit artikel wil een bijdrage leveren aan de discussie over deze *behoeftebepaling*.

Onze vraagstelling bestaat uit drie delen:

- Levert literatuuronderzoek praktisch hanteerbare methoden op waarmee de behoefte aan nascholing kan worden vastgesteld?
- Bestaan er verschillende methoden van behoeftebepaling voor de verschillende groeperingen die invloed kunnen of willen uitoefenen op de inhoud van de nascholing voor huisartsen?
- Aan welke voorwaarden moet behoeftebepaling voldoen?

## Behoeftes en behoeftebepaling

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten behoefte: de behoefte aan nascholing zoals huisartsen die ervaren (subjectieve behoefte), en de behoefte aan nascholing zoals die voortkomt uit de behoefte aan zorg van de bevolking (objectieve behoefte). Laxdal maakt onderscheid tussen *perceived needs* (eigen behoeften van artsen) en *true/real needs* (behoefte gebaseerd op gegevens uit onafhankelijk onderzoek).<sup>11</sup>

In het *Rapport post academisch onderwijs geneeskunde* wordt ook onderscheid gemaakt tussen subjectieve en objectieve behoeftebepaling. Tevens wordt het woord *behoeftenschatting* gebruikt, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen kwalitatieve (aan welke kwaliteiten moet nascholing voldoen) en kwantitatieve (hoeveel tijd moet aan nascholing worden besteed) *behoeftenschatting*.<sup>14</sup>

\* Respectievelijk arts, hoofd afdeling Nascholing en Training van het Nederlands Huisartsen Instituut, en huisarts te Zwammerdam. Beide auteurs zijn lid van de Commissie Nascholing van het NHG.

Met behoeftebepaling bedoelen wij het vaststellen van de behoefte aan nascholing voor huisartsen, waarbij het woord behoefte wordt gebruikt in de betekenis van „datgene wat men nodig acht”.

Omdat de hierboven aangehaalde adjectieven aanleiding kunnen geven tot misverstanden, maken wij onderscheid tussen *interne* en *externe* behoeftebepaling. Onder interne behoeftebepaling verstaan wij het vaststellen van de behoefte aan nascholing door een individu of groep ten dienste van de nascholing van datzelfde individu of dezelfde groep. Onder externe behoeftebepaling verstaan wij het vaststellen van de behoefte aan nascholing door anderen dan degene(n) voor wie de nascholing is bestemd.

### Methoden van behoeftebepaling

Miller heeft het proces vanaf het vaststellen van de behoefte aan nascholing tot en met de aangetoonde verbetering in de wijze van uitvoering van taken in de gezondheidszorg in schema gezet en beschreven. Hij geeft echter geen oplossing voor het probleem hoe behoeftebepaling moet plaatsvinden.<sup>15</sup> Ook andere auteurs die de gedachte onderschrijven dat nascholing gebaseerd moet zijn op behoeftebepaling, geven vaak niet aan volgens welke methode dat dient te geschieden.<sup>8-13 16</sup>

Bouhuys stelt dat er vier mogelijkheden bestaan om onderwerpen voor nascholingsprogramma's vast te stellen.<sup>17</sup> Het vaststellen van onderwerpen is weliswaar wat anders dan het vaststellen van de behoefte aan nascholing, maar deze indeling werd door ons niettemin bruikbaar geacht om ordening aan te brengen in de verschillende methoden die wij bij ons literatuuronderzoek hebben aange troffen. Daarbij is de vijfde categorie door ons zelf toegevoegd.

Behoeftbepaling is in principe mogelijk door:

1. onderzoek en toetsing van diensten geleverd in de gezondheidszorg;
2. zich te richten op door huisartsen aangegeven onderwerpen;
3. raadpleging van andere deskundigen op het gebied van de gezondheidszorg;
4. raadpleging van consumenten van diensten in de gezondheidszorg;
5. consequenties te trekken uit maatschappelijke veranderingen.

Wij beperken ons tot de onderzoeken die tot doel hadden gegevens te leveren met betrekking tot het vaststellen van de behoefte aan nascholing.

**1. Onderzoek en toetsing van diensten geleverd in de gezondheidszorg.** De meest directe vorm voor het vaststellen van tekorten in de werkwijze van huisartsen, is het individueel vastleggen van ideeën over eigen tekortkomingen naar aanleiding van het contact met patiënten.

Storey en Castle deden in 1965 een onderzoek waarbij aan individuele artsen werd gevraagd gedurende 48 uur aangeboden problemen te registreren en aan te geven wat hun eigen idee was ten aanzien van hun tekortkomingen in termen van *educational needs*.<sup>18</sup> Miller noemt in een artikel soortgelijke analyses, deels bij specialisten, deels bij huisartsen uitgevoerd.<sup>19</sup>

Een andere methode om tekortkomingen in kennis en vaardigheden vast te stellen, is wat in de Engelse literatuur *self-assessment* wordt genoemd: een zelftoets waarbij huisartsen aan de hand van een vragenlijst kennis en gedrag kunnen toetsen. In verschillende buitenlandse tijdschriften staan dergelijke toetsen – soms zelfs quiz genoemd – afgedrukt. In Engeland en Canada bestaan mogelijkheden om dergelijke zelfevaluatie-programma's te volgen, waarbij huisartsen hun huiswerk opsturen naar een (meestal universitair) centrum waar hun antwoorden worden vergeleken met die van andere huisartsen. De inzenders krijgen persoonlijke feedback in de vorm van een vergelijkend overzicht.

In 1976 is in Nederland een soortgelijk programma aangeboden: „de zelfevaluatiecyclus Huisartsen 1976/1977, Nascholing Thuis”. Het experiment was geen succes.<sup>20</sup>

Analyse van het werk van de huisarts is een essentiële voorwaarde om de behoefte aan nascholing vast te stellen. Een diepgaande analyse is echter niet altijd nodig of mogelijk.<sup>21</sup> Het onderzoeken van deelaspecten, zoals acute opnamen, verwijspatronen, gebruik van diagnostische faciliteiten en informatie over het voorschrijfgedrag, kan het beleid van huisartsen ten aanzien van een gegeven onderwerp ook zichtbaar maken en aanleiding geven tot nascholing. Op enkele plaatsen worden ziekenfondsgegevens (Lisz) gebruikt om na te gaan of nascholing wenselijk is en of onder invloed daarvan wijzigingen in verwijs- of voorschrijfgedrag plaatsvinden.<sup>22</sup> Ook het monitoringproject, waarbij tienduizenden arts-patiënt contacten zijn geanalyseerd, levert gegevens op die kunnen worden gebruikt voor het vaststellen van de behoefte aan nascholing.<sup>23</sup>

Toetsing – hier bedoeld als het vergelijken van de werkelijkheid met expliciete normen op zodanige wijze dat de werkelijkheid (meer) in overeenstemming met de normen kan worden gebracht<sup>24</sup> – lijkt een belangrijke methode voor het vaststellen van tekortkomingen in de verleende zorg. Over toetsing is een aparte bibliografie te schrijven. Kortheidshalve verwijzen wij naar de literatuurstudie van Zwanikken en latere publicaties in Nederland.<sup>25-31</sup>

De experimenten met toetsing in ons land lijken te bevestigen, dat intercollegiale toetsing bij uitstek geschikt is om tekortkomingen in het werk van huisartsen vast te stellen en dat de uitkomsten daarvan aanleiding kunnen zijn tot specifieke nascholing.<sup>32 33</sup>

**2. Analyse van door huisartsen aangegeven onderwerpen.** Tot deze categorie behoren methoden waarbij de behoefte aan nascholing wordt vastgesteld aan de hand van de belangstelling van huisartsen voor bepaalde onderwerpen.

De enquête waarbij huisartsen uit een gegeven lijst van onderwerpen uitsluitend aangeven welk onderwerp hun belangstelling geniet, is vooral een methode om onderwerpen vast te stellen en minder geschikt voor het bepalen van behoeften. Een meer verfijnde methode is de zogenaamde FSP/FGP-methode (F: frequency/fréquence, S/G: seriousness/gravidité P: problems/problems)<sup>34-36</sup> Aan een groep huisartsen wordt gevraagd op een lijst met nascholingsonderwerpen een score toe te kennen aan de volgende variabelen: de frequentie binnen de eigen praktijk, de ernst van de aandoening of het belang van het onderwerp in de huisartspraktijk en de onderkende problemen ten aanzien van het onderwerp, uitgesplitst naar eigen kennis, vaardigheid op dit gebied en eigen houding ten opzichte van patiënten met deze problematiek. Bouhuys heeft de FSP-methode zodanig bewerkt, dat er een lijst van onderwerpen ontstaat, die gebaseerd is op leerbehoeften van huisartsen. In zijn versie levert de methode bovendien een indicatie op voor de vorm waarin de betreffende nascholing het beste tot zijn recht komt.<sup>17</sup>

De Leeuwenhorst-groep noemt deze methode in haar verklaring over nascholing. Zij acht de FSP/FGP-methode bruikbaar voor het vaststellen van de behoefte aan nascholing voor huisartsen.<sup>3</sup>

In Nederland wordt deze methode onder andere door de Stichting Nascholing Huisartsen gebruikt.

**3. Raadpleging van andere deskundigen.** De meeste auteurs zijn het er over eens dat huisartsen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hun handelen, het vaststellen van hun nascholingsbehoeften en de organisatie van nascholing. Andere disciplines kunnen echter ook een bijdrage leveren. Van Trotzenburg stelt dat „das ärztliche Handeln des Allgemeinmediziners nur in der Interdependenz von Medizin, Philosophie, Psychologie und Soziologie erklärt werden kann”.<sup>37</sup>

Juist de huisartsgeneeskunde zal, door zijn optie op een geïntegreerde hulpverlening, gebruik maken van de verworvenheden van andere disciplines. Aansluitend kan worden gesteld dat deze disciplines een functie hebben bij het vaststellen van de behoefte aan nascholing van huisartsen.

Natuurlijk gebeurt dat al. Binnen ieder samenwerkingsverband van huisartsen met andere disciplines uit de eerste en/of tweede lijn is impliciet of expliciet een dergelijke invloed aanwezig. In de literatuur zijn echter geen aanwijzingen te vinden dat dit soort bijeenkomsten expliciet het vaststellen van de behoefte aan nascholing tot doel hadden.

Een andere vorm van behoeftebepaling ligt in het werk van de zogenaamde *expert-committees*: een groep deskundigen tracht ten aanzien van een bepaald onderwerp aan de hand van literatuur, onderzoek en eigen ervaringen de kwaliteit van de geleverde zorg vast te leggen, normen op te stellen en aanbevelingen te doen voor nascholing. In Nederland is de door het NHI in de jaren 1978-1980 georganiseerde nascholing op het gebied van hypertensie en diabetes mellitus hiervan een voorbeeld.

**4. Raadplegen van consumenten.** Voor zover ons bekend, zijn er geen systematische pogingen ondernomen om consumenten te betrekken bij het vaststellen van de behoefte aan nascholing voor huisartsen. Indirect hebben patiënten en patiëntenverenigingen wel invloed op nascholingsprogramma's door mee te denken over aspecten van optimale zorg ten aanzien van (categorale) groepen patiënten, of door een directe inbreng in nascholingsprogramma's.

**5. Invloed van maatschappelijke veranderingen.** Demografische, culturele en maatschappelijke veranderingen hebben in het verleden geleid tot een veranderde behoefte aan nascholing en zullen dat ook in de toekomst doen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de consequenties van de veroudering van de bevolking, de

toeneming van werkloosheid en arbeidsongeschiktheid en het grote aantal buitenlandse werknemers. De in de jaren '70 door het NHG geïnitieerde cursussen Man-Vrouw-Anticonceptie en later de cursus Helpen bij Seksuele Moeilijkheden waren een duidelijke respons op maatschappelijke veranderingen. Ook de cursus Methodisch Werken is een cursus die is geënt op de veranderde opvatting over de plaats en de functie van de huisarts.

Tot slot moet worden vermeld dat ook de overheid haar invloed zal aanwenden, niet zozeer op de inhoud van de nascholing, maar door middel van regulering en wetgeving ten aanzien van de organisatie. De wet op het postacademisch onderwijs is hiervan een duidelijk voorbeeld.

**Bespreking.** Bezien we de gevonden methoden, dan valt te constateren dat er veelal sprake is van externe behoeftebepaling: de behoefte wordt niet vastgesteld door degenen voor wie de nascholing is bestemd. De methoden in de categorie 3 t/m 5 zijn per definitie vormen van externe behoeftebepaling. De in de eerste twee categorieën genoemde methoden kunnen zowel interne als externe vormen zijn. Bepalend hiervoor is of de doelgroep van de te organiseren nascholing zelf betrokken is bij het vaststellen van de behoefte.

Bij een aantal methoden zijn nog enige kanttekeningen te plaatsen.

- Het registreren van problemen in de huisartspraktijk is op zichzelf een goede methode, die direct aansluit bij de werksituatie. Daarbij is het de vraag of echte tekortkomingen wel worden ontdekt. Men ziet immers zijn eigen blinde vlekken niet. Vaak zal dus toch toetsing aan andere referentiekaders noodzakelijk zijn.

- De bezwaren tegen de verschillende methoden van zelfevaluatie zijn, dat in het algemeen slechts kennis of probleem-oplossend vermogen wordt getoetst en persoonlijke feedback meestal ontbreekt. De vraag rijst of deze methoden voldoende motivatie opleveren om in vastgestelde tekortkomingen ook te voorzien. Bij de registratie van praktijkgedrag, zoals het aantal verwijzingen en prescriptiegedrag, doet zich de vraag voor hoe deze gegevens verzameld en bewerkt moeten worden om aangewend te kunnen worden ten dienste van de nascholing.

- Analyse van gegevens uit morbiditeitsregistraties kunnen in principe aanwijzingen geven voor (veranderingen

in) de gegeven zorg en aanleiding zijn voor interventies, waaronder nascholing. De grootschaligheid daarvan is echter een beperkende factor in die zin dat huisartsen de gevonden gegevens niet zonder meer als eigen zullen herkennen. Mogelijk dat *expert-committees* hier van dienst kunnen zijn.

- Onderlinge toetsing lijkt een goede methode om de behoefte aan nascholing vast te stellen. De betrokkenheid van de deelnemende huisarts is groot en er is een directe aansluiting met het dagelijks werk. Behoeftebepaling en nascholing zijn binnen toetsing onlosmakelijk met elkaar verbonden.<sup>38</sup>

- De FSP-methode is zeker bruikbaar voor perifere nascholingswerkgroepen, zij geeft aanzienlijk meer informatie dan een enquête over onderwerpen alleen en is op eenvoudige wijze te gebruiken.

- De andere methoden zijn of onvoldoende onderzocht of minder geschikt voor behoeftebepaling. Zij leveren onvoldoende betrouwbare gegevens op om nascholing op te baseren. Overigens worden deze methoden vaak wel gebruikt. Wij willen pleiten voor meer onderzoek naar methoden van behoeftebepaling en het beproeven van deze methoden in de praktijk.

### Wie bepaalt de behoefte?

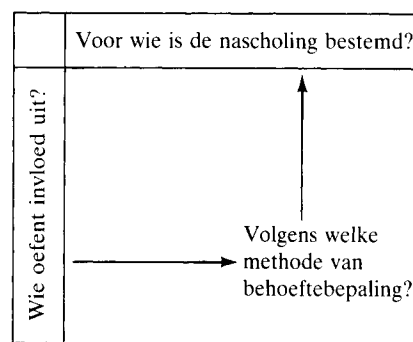
Het tweede deel van onze vraagstelling moet op grond van het literatuuronderzoek bevestigend worden beantwoord. Diverse personen, groepen en instanties kunnen op verschillende niveaus invloed uitoefenen op de nascholing voor huisartsen. Zij doen dit vanuit hun eigen plaats in of ten opzichte van de gezondheidszorg. In feite trachten al deze personen, groepen en instanties deze invloed uit te oefenen op grond van hun eigen overtuiging of belang. In het WHO-rapport staat hierover vermeld: „The nature of the perceived need or problem will depend on where you are looking from, or who you are”.<sup>2</sup>

Om ordening aan te brengen in dit ogenschijnlijk wat onoverzichtelijke terrein, hebben wij een matrix ontworpen (*figuren 1 en 2*). Deze matrix is een schema, een denkraam om zichtbaar te maken wie invloed kan uitoefenen op de inhoud van de nascholing van huisartsen, op welk niveau en met behulp van welke methoden van behoeftebepaling. Het is niet onze bedoeling een compleet beeld te scheppen van alle lijnen van beïnvloeding die denkbaar zijn; de matrix is een momentopname, waaruit blijkt welke

methoden van behoeftebepaling door verschillende groeperingen kunnen worden gehanteerd om invloed uit te oefenen op de inhoud van de nascholing van huisartsen.

Deze invloed vindt ook werkelijk plaats, zij het niet altijd expliciet met het uitoefenen van invloed als doel. Een aantal in de matrix vermelde methoden van behoeftebepaling zijn in feite overleg- of nascholingsmethoden die tevens bruikbaar zijn als methode van behoeftebepaling of impliciet als zodanig fun-

Figuur 1. De opzet van de matrix.



geren. Voorbeelden daarvan zijn de werkbespreking in de eerste en de casuïstiekbespreking in de tweede kolom. Het is ook mogelijk deze methoden expliciet ten dienste van behoeftebepaling te gaan hanteren.

### Voorwaarden

Aan welke voorwaarden moet behoeftebepaling voldoen?

Behoeftbepaling is een proces, dat zich richt op de werkwijze van een bepaalde

Figuur 2. De bepalers van de nascholing en de doelgroep.

De „bepalers”	Individuele huisarts	Peergroep huisartsen	Beroepsgroep huisartsen
1. Individuele huisarts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contact ha-patiënt</li> <li>- vakliteratuur</li> <li>- zelftoetsing</li> <li>- analyse geregistreerde gegevens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analyse geregistreerde gegevens</li> <li>- taakanalyse</li> <li>- onderzoek in eigen praktijk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wetenschappelijk onderzoek</li> </ul>
2. Peergroep huisartsen (studiegroep, waarneemgroep)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Werkbespreking</li> <li>- analyse geregistreerde gegevens</li> <li>- praktijkobservatie</li> <li>- toetsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- waarneembesprekingen</li> <li>- analyse geregistreerde gegevens</li> <li>- toetsing</li> <li>- intervisie</li> <li>- FSP/FGP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wetenschappelijk onderzoek</li> </ul>
3. Andere hulpverleners in 1e en/of 2e lijn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werkoverleg</li> <li>- rapportage na verwijzing</li> <li>- consultatie</li> <li>- toetsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- casuïstiekbespreking</li> <li>- signalering bedside teaching</li> </ul>	
4. Beroepsgroep huisartsen (NHG-LHV; SNH-STH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toetsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toetsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- takenpakket</li> <li>- signaleren/vertalen maatschappelijke ontwikkelingen</li> <li>- epidemiologisch onderzoek</li> <li>- expert committees</li> </ul>
5. Wetenschappelijke instituten (huisartsen; medisch; niet-medisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- visitatie UHI (= toetsing)</li> <li>- intervisie</li> <li>- supervisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- intervisie</li> <li>- supervisie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wetenschappelijk onderzoek</li> <li>- expert committees</li> </ul>
6. Overheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- examens (= toetsing)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- expert committees (bv. Gezondheidsraad)</li> <li>- epidemiologische gegevens/peilstations</li> <li>- sterftestatistiek</li> </ul>
7. Ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terugkoppeling medisch-statistische gegevens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terugkoppeling medisch-statistische gegevens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terugkoppeling medisch-statistische gegevens</li> </ul>
8. Belangengroepen (patiëntenverenigingen, consumentenorganisaties)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mailing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- overleg met patiëntengroepen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- publiciteit</li> <li>- pressiegroepen</li> </ul>

Toelichting: In de vakken met een grijs raster staan de methoden voor interne behoeftebepaling, alle andere vakken vermelden methoden voor externe behoeftebepaling.

doelgroep (i.c. huisartsen) en een bepaald doel nastreeft (i.c. het vaststellen van behoeften). Daarbij wordt gebruik gemaakt van een methode die – overeenkomstig het gestelde doel – relevante gegevens oplevert voor de doelgroep. Binnen het proces van behoeftebepaling dienen, conform Miller en Tayler, altijd in- of expliciet de volgende fasen herkenbaar te zijn:

- Het analyseren van de taak van de huisarts.

- Het vaststellen van onvolkomenheden in het werk van de huisarts, berustend op:

gebleken tekortkomingen in kennis, vaardigheden en/of attitude;

de noodzaak van het verkrijgen van nieuwe kennis of het aanleren van nieuwe technieken;

– veranderde eisen ten gevolge van maatschappelijke ontwikkelingen.

- Het stellen van prioriteiten.<sup>15 21</sup>

Deze fasering van het proces van behoeftebepaling is juist vanuit het gezichtspunt van degene die de behoefte aan nascholing vaststelt. Het is echter de vraag of deze behoefte overeenkomt met de behoefte van degenen voor wie de nascholing is bestemd.

In het algemeen zal dit het geval zijn, wanneer de doelgroep zelf zijn behoefte aan nascholing vaststelt; in het andere geval zullen huisartsen de noodzaak moeten inzien van het volgen van nascholing over een door anderen aangedragen onderwerp. Hiervoor is het nodig dat huisartsen zich de door anderen vastgestelde behoefte aan nascholing eigen maken.

Het zich eigen maken van de door anderen vastgestelde behoefte aan nascholing noemen wij, in navolging van Laxdal, *adoptie*.<sup>11</sup> Deze adoptie verloopt in fasen: van het in contact komen met de thematiek, het ontstaan van een attitude ten opzichte daarvan tot en met het besluit een verandering al dan niet in de eigen situatie over te nemen.<sup>39</sup>

Uit het voorgaande zijn voorwaarden af te leiden waaraan het proces van behoeftebepaling dient te voldoen:

- *Aansluiting bij het werkveld (i.c. de huisartsgeneeskunde)*. Het vaststellen van de behoefte aan nascholing dient gebaseerd te zijn op een analyse van het werk van huisartsen en het vaststellen van tekortkomingen daarin.

- *Betrokkenheid van de doelgroep*. Om aansluiting te vinden bij de huisartsgeneeskunde is het noodzakelijk dat huisartsen betrokken zijn bij het vaststellen van de behoefte aan nascholing. Ook Laxdal onderschrijft de noodzaak daar-

toe. Deze voorwaarde sluit logisch aan bij de mening dat huisartsen betrokken dienen te zijn bij alle fasen van hun nascholing. Het was de internist Groen, die al aan het begin van de ontwikkeling van de nascholing van huisartsen – in 1958 – deze mening uitte,<sup>40</sup> en nadien werd dit door vele auteurs onderschreven.<sup>1 5 6 41</sup> Alleen op deze wijze mag verwacht worden dat de motivatie tot het volgen van nascholing wordt vergroot en dat de effectiviteit daarvan toeneemt.<sup>11 41 42</sup>

- *Verband met nascholing*. Niet iedere lacune die wordt ontdekt in de beroepsuitoefening, zal aanleiding zijn om nascholing te organiseren. Soms zal dit zelfs niet mogelijk of wenselijk zijn. Indien onvolkomenheden bijvoorbeeld het gevolg zijn van financiële of structureel-organisatorische knelpunten in het systeem van de gezondheidszorg, valt niet te verwachten dat nascholing de problemen oplost.

- *Adoptie*. De gevonden onvolkomenheden dienen voor huisartsen zo herkenbaar te zijn, dat zij als eigen worden ervaren en zo een prikkel kunnen vormen om nascholing te gaan volgen.

- *Passende methode*. De methoden die in het proces van behoeftebepaling wordt gebruikt, dienen praktisch uitvoerbaar te zijn, op de juiste wijze te worden gehanteerd, en aan te sluiten bij de mogelijkheden van degene die de methode hanteert.

Met dit laatste wordt bedoeld dat de methode moet passen bij het niveau en de aard van de gebruiker. Enkele voorbeelden mogen dit verduidelijken.

Zelftoetsing is een goede methode om de behoefte aan nascholing vast te stellen voor individuele huisartsen. Het is echter niet gemakkelijk uitvoerbaar om met deze methode de behoefte te bepalen van de beroepsgroep als geheel; daarvoor is soms epidemiologisch onderzoek meer geschikt. Een ander voorbeeld: een huisarts alleen kan de FSP-methode niet hanteren en een universitair instituut voor huisartsgeneeskunde zal geen wetenschappelijk onderzoek opzetten ten dienste van het vaststellen van de behoefte aan nascholing van iedere huisarts afzonderlijk.

Daarnaast zullen factoren zoals beschikbare tijd, mankracht en financiële mogelijkheden, de keuze tussen verschillende methoden beïnvloeden.

### Gebruik van de voorwaarden

Afhankelijk van wie de behoefte aan nascholing vaststelt, is er sprake van interne of externe behoeftebepaling. In

hoeveer is er verschil in de mate waarin interne en externe behoeftebepaling aan de voorwaarden voldoen?

Bij externe behoeftebepaling wordt de behoefte aan nascholing vastgesteld door de doelgroep zelf. Het is waarschijnlijk dat interne behoeftebepaling voldoet aan de voorwaarden „aansluiting bij het werkveld”, „betrokkenheid van de doelgroep” en „adoptie”. Ook de voorwaarde „verband met nascholing” zal doorgaans geen problemen opleveren.

Bij externe behoeftebepaling wordt de behoefte aan nascholing door anderen vastgesteld. Uitkomsten van onderzoek naar tekortkomingen in het werk van huisartsen leiden echter niet automatisch tot motivatie bij huisartsen om nascholing over het betreffende onderwerp te gaan volgen. Huisartsen zullen eerder gemotiveerd zijn nascholing te gaan volgen en hun handelwijze te veranderen, wanneer zij daarvan de zin inzien. Daarvoor is nodig dat de uitkomsten van de behoeftebepaling ook werkelijk betrekking hebben op het werk van de huisartsen („aansluiting bij het werkveld”). Bovendien zullen de tekortkomingen op zodanige wijze voor huisartsen herkenbaar moeten zijn, dat zij deze als eigen aanvaarden („adoptie”) en daardoor gemotiveerd worden om nascholing over het betreffende onderwerp te gaan volgen.

Wanneer huisartsen niet betrokken zijn bij het proces van behoeftebepaling, krijgt de adoptie-voorwaarde een extra dimensie. Het vaststellen van de tekortkomingen in het werk van huisartsen door anderen kan weleens leiden tot niet-adoptie. Dat geldt vooral wanneer de gevonden tekortkomingen door de doelgroep niet relevant worden geacht voor de huisartsgeneeskunde, dan wel niet passen bij de prioriteiten die huisartsen stellen met betrekking tot hun nascholing.

Externe behoeftebepaling kan dus problemen opleveren; het knelpunt is adoptie. Het is de vraag of hiermee in voldoende mate rekening wordt gehouden.

Eerder in dit artikel hebben wij gesteld dat er op dit moment eigenlijk slechts twee methoden van behoeftebepaling bruikbaar zijn: onderlinge toetsing en de FSP-methode. Beide kunnen worden beschouwd als methoden van interne behoeftebepaling (tenminste wanneer de FSP-methode wordt gehanteerd door dezelfde groep als waarvoor de nascholing is bestemd) en beide voldoen aan de voorwaarden.

De door ons geformuleerde voorwaarden moeten niet worden beschouwd als een dogma. Voorwaarden en criteria hebben slechts zin wanneer zij worden toegepast. In de praktijk zal moeten blijken of deze voorwaarden een bruikbaar instrument zijn om deze behoeftebepaling op zijn waarde te schatten. Behoeftebepaling is, zoals gezegd, een proces. De eerste stap van dit proces is „not to tell them what they need to know, it is to help them to want what they require”.<sup>10</sup> Het is naar onze mening van groot belang dat het vaststellen van de behoefte aan nascholing daarom door of in samenwerking met huisartsen plaatsvindt.

### Dankbetuiging

De auteurs zijn bijzondere dank verschuldigd aan Z. A. de Jong en Dr. J. P. C. Moors, huisartsen, alsmede aan Drs. R. Voorneman-Hammelburg, onderwijskundige, voor hun bijdrage aan het ontwerp van de matrix en het kritisch becommentariëren van het manuscript.

- <sup>1</sup> Metcalfe D. Problems of provision of continuing education for primary care doctors. In: Conference proceedings, SIMG-seminar Methods of Continuing Education (Noordwijkerhout 1980). Utrecht: NHG, 1980.
- <sup>2</sup> World Health Organisation. Continuing the education of health workers. Guiding principles for the development of a system. Geneva: WHO, 1982.
- <sup>3</sup> Leeuwenhorst werkgroep: Kontinue opleiding en huisarts. Huisarts Nu 1982; 10: 223-5.
- <sup>4</sup> Trotzenburg EA van. Didaktik und Fortbildung. Allgemeinmedizin International General Practice 1980; 31: 383-90.
- <sup>5</sup> Kooij LR. De inhoud van nascholing. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 62-7.
- <sup>6</sup> Graaf WJ de. Nascholing vóór en dóór huisartsen. Med Contact 1982; 37: 795-8.
- <sup>7</sup> Anoniem. Education in the Northern Region [Editorial]. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 700-1.
- <sup>8</sup> Bertram DA, Brooks-Bertram PA. The evaluation of continuing medical education; a literature review. Health Education Monographs 1977; 5(4): 330-62.
- <sup>9</sup> Lloyd JS, Abrahamsen S. Effectiveness of continuing medical education. A review of the evidence. Evaluation and the Health Professions 1979; 2(3): 251-80.
- <sup>10</sup> Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, et al. A randomized trial of continuing medical education. N Engl J Med 1982; 306: 511-41.
- <sup>11</sup> Laxdal OE. Needs assessment in continuing medical education: a practical guide. J Med Educ 1982; 57: 827-34.
- <sup>12</sup> Samways LR. The opinions of postgraduate tutors on continuing education for general practitioners. J R Coll Gen Pract 1977; 27: 145-52.

- <sup>13</sup> Osborne CHE. Assessing needs for community hospital continuing medical education. Med Care 1982; 10: 967-71.
- <sup>14</sup> Anoniem. Rapport postacademisch onderwijs geneeskunde van het Overlegorgaan PAOG. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.
- <sup>15</sup> Miller GE. Needs and priorities for continuing medical education of health personnel. In: Continuing education of health personnel. Dublin: WHO Regional Office for Europe, 1976.
- <sup>16</sup> Ribble JG, Burkett GL, Escovitz GH. Priorities and practices of continuing medical education program directors. JAMA 1981; 245: 160-3.
- <sup>17</sup> Bouhuys PAJ. Nascholing huisartsen, onderwerpen voor regionale nascholingscursussen. Wat vindt de huisarts er zelf van? Med Contact 1981; 36: 599-602.
- <sup>18</sup> Storey PB, Castle P. National plan of the American medical association. Am J Cardiol 1966; 17: 893-8.
- <sup>19</sup> Miller GE. Continuing education for what? J Med Educ 1967; 42: 320-6.
- <sup>20</sup> Smal JA, Broekmans AW. Nascholing thuis, terugblik op een zelfevaluatiecyclus. Med Contact 1978; 33: 1604-12.
- <sup>21</sup> Taylor MP. Continuing education for general practice, a learning system. J R Coll Gen Pract 1977; 27: 137-42.
- <sup>22</sup> Dirks FGAM. Het gebruik van cijfermatige ziekenfonds gegevens bij de nascholing van huisartsen. Utrecht: Stichting Nascholing Huisartsen, 1982.
- <sup>23</sup> Lamberts H. Primary health care monitoring project. A year of practical experience with a computerized information system. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 293-305.
- <sup>24</sup> Kolthoff-Tan L. Toetsing en toetsingsonderzoek in de huisartsgeneeskunde: een nadere begripsbepaling. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 234-6.
- <sup>25</sup> Zwanikken W. Toetsing in de huisartspraktijk: een literatuuroverzicht. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1979.
- <sup>26</sup> Commissie Toetsing van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Toetsing in de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 127-49.
- <sup>27</sup> Cromme PVM. Toetst u mee? Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 318-9.
- <sup>28</sup> Eyck J van, Groot JB de. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Nijmegen/Utrecht: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut/Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.
- <sup>29</sup> Voort H van der. De invoering van toetsing. Een zaak van moed, beleid en trouw. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 150-9.
- <sup>30</sup> Nijhuis HJ. Intercollegiale toetsing. Med Contact 1981; 36: 875-7.
- <sup>31</sup> Kolthoff-Tan L, Amerongen HL van. Invoering van toetsing - een literatuurstudie. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 490-4.
- <sup>32</sup> Grol R, Mesker P. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Med Contact 1983; 38: 159-62.
- <sup>33</sup> Groot JB de, Rijdt-van de Ven AHJ van de, Touw AM. Onderlinge toetsing in de huisartsgeneeskunde. Tussentijdse rapportage februari 1982 - februari 1983. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.
- <sup>34</sup> Williamson JW. Assessing clinical judgement. J Med Educ 1965; 40: 180-7.
- <sup>35</sup> Leoni P. Le dossier FMC efficacité - animation et pédagogie. FMC efficacité 1979; juin: 13-24.
- <sup>36</sup> Ivernois JF d'. The detection of the needs for continuing medical education through the FGP method. Medicus Europaeus 1981; 3.
- <sup>37</sup> Trotzenburg EA van. Der praktische Arzt als Lehrer. Versuch einer Pädagogik der Allgemeinmedizin. Allgemeinmedizin International General Practice 1982; 11(1): 17-20.
- <sup>38</sup> Groot JB de. Quality assessment in peer groups of general practitioners, an audit experience. In: Goh Lee Gan, Kee Chin Wah P, eds. Tenth WONCA World Conference on Family Medicine. conference proceedings. Singapore: Host Organising Committee, 1983.
- <sup>39</sup> Lagerwey NAJ. De veranderbaarheid van onderwijs. In: Kemenade JA van, red. Onderwijs: bestel en beleid. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1981.
- <sup>40</sup> Groen J. De nascholing van de huisarts: enkele algemene principes. Huisarts en Wetenschap 1958; 1: 125-34.
- <sup>41</sup> Pennington FC. New directions for continuing education: assessing educational needs of adults. Vol. 7. San Francisco: Jossey Bass, 1980.
- <sup>42</sup> Groot JB de. Motivation for learning. Impressie van een conferentie. Med Contact 1983; 38: 381-2.

### Vervolg van p. 456

- <sup>5</sup> Thiecke B, Wigersma L. Huisarts en mannelijke homoseksualiteit. In: Kompas voor de huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1982.
- <sup>6</sup> Bazelmans J. Uitstelgedrag bij patiënten met (borst-)kanker. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 1793-9.
- <sup>7</sup> Mildvan D, Mathur K, Enlow R, et al. Persistent, generalized lymphadenopathy among homosexual males. MMWR 1982; 19: 249-51.
- <sup>8</sup> Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.
- <sup>9</sup> Baker RW, Peppercorn MA. Gastrointestinal ailments of homosexual men. Medicine 1982; 61: 390-405.
- <sup>10</sup> Reiss P, Rarenberg PPA, Geus JP de, Schellekens PThA. Een patiënt met een licht verlopende vorm van het immune deficiëntie syndroom (AIDS)? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 824-6.
- <sup>11</sup> Marmor M, Laubenstein L, Williams DC, et al. Risk factors for Kaposi sarcoma in homosexual men. Lancet 1982; i: 1083-7.