

Terug naar de Ardennen

Een evaluatie van twee nascholingscursussen volgens het Warffum-model

J. F. M. METSEMAKERS, P. A. J. BOUHUIJS EN
G. M. H. I. BEUSMANS*

Nascholingscursussen volgens het Warffum-model zijn in de loop der jaren door verscheidene onderzoekers geëvalueerd.¹⁻⁵ In alle gevallen bleef dergelijk onderzoek echter grotendeels beperkt tot zaken als directe kennisoverdracht en satisfactie van de deelnemers, terwijl de effecten op lange termijn buiten beschouwing bleven. En juist om die effecten gaat het uiteindelijk in de gezondheidszorg.⁶⁻⁸ In dit onderzoek wordt een poging gedaan greep te krijgen op de lange termijn-effecten. Daartoe vulden de deelnemers tijdens de cursus een formulier in, waarop zij aangaven wat zij geleerd hadden, en werden zij een half jaar later geïnterviewd over deze „leerpunten”.

Inleiding

Het ontbreken van onderzoek naar de lange termijn-effecten van Warffum-cursussen hangt samen met verschillende omstandigheden.

- Om eenduidig te kunnen vaststellen of een nascholingscursus leidt tot een betere praktijkvoering, is omvangrijk en kostbaar onderzoek noodzakelijk, waarbij de praktijkvoering voor en na het volgen van de cursus wordt onderzocht. In een Canadees onderzoek van beperkte opzet bleek dat getrainde paramedici ongeveer 300 uur per praktijk nodig hadden om de geleverde zorg met betrekking tot zes onderwerpen vast te stellen aan de hand van de verslaglegging van de huisarts.⁹ In de huidige structuur van de eerstelijns gezondheidszorg in Nederland is het vrijwel onmogelijk dergelijk onderzoek uit te voeren. Hierbij wordt zowel bedoeld op het psychologisch klimaat (geen pottekijkers in de praktijk), als op technische tekortkomingen, zoals het veelal ontbreken van een betrouwbaar en gedetailleerd verslagleggingssysteem.

- Een tweede probleem heeft te maken met de aard van het onderwijsprogramma. De doelstellingen van de Warffum-

cursus zijn breed: behalve aan kennis wordt veel aandacht besteed aan zaken als opvattingen over de wijze van praktijkvoering en het zicht krijgen op de taak van de huisarts.

De Groot heeft een tweetal typen leereffecten onderscheiden, die in dit opzicht relevant zijn: *inzicht krijgen in het bestaan van iets en leerervaringen met betrekking tot het eigen functioneren*. Ten aanzien van beide typen merkt hij op, dat ze strikt genomen noch meetbaar, noch duidelijk demonstreerbaar zijn. In de meeste gevallen zal men zich dienen te beperken tot de rapportage door de lerende zelf over het optreden van dergelijke leereffecten.¹⁰ Met andere woorden: het is niet mogelijk op een objectieve wijze vast te stellen of dergelijke leereffecten optreden.

- Een derde probleem bij de evaluatie van Warffum-cursussen is het open karakter van deze onderwijsvorm. De schriftelijke patiëntproblemen vormen de leidraad voor de discussies van de deelnemers, maar de richting en de diepgang van die besprekingen worden in de onderlinge interactie bepaald. Dit betekent dat de deelnemers tijdens de cursus binnen de grenzen van de aangeboden problematiek hun doelstellingen bepalen. Bij de evaluatie van een cursus zal dan ook rekening gehouden moeten worden met het open karakter van de opzet en de gevarieerdheid van de leereffecten, die daaruit voortvloeit. Vooraf

samengestelde kennistoetsen zullen tegenover deze gevarieerdheid meestal te kort schieten.

Ondanks deze problemen wilde de Commissie Nascholing Limburg een onderzoek instellen naar de effecten op de praktijkvoering van twee nascholingscursussen volgens het Warffum-model, die in het voorjaar van 1981 in de Ardennen werden gehouden.

Doel en opzet

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een methode waarbij de in het voorafgaande geschetste problemen grotendeels worden ondervangen. Kernpunt van die methode is, dat wordt geïnventariseerd welke leereffecten er *volgens de deelnemers* zijn opgetreden. Door middel van vragenlijsten en interviews wordt het perspectief van de deelnemers zoveel mogelijk in kaart gebracht. Kenmerkend voor deze wijze van evalueren – *illuminative evaluation*¹¹ – is, dat steeds getracht wordt instrumenten te gebruiken, die de veranderbaarheid en gevarieerdheid van de leereffecten kunnen weergeven.

Het ging in dit onderzoek vooral om twee vragen:

- wat vonden de deelnemers zelf dat ze geleerd hadden?
- hebben de deelnemers voorgenomen veranderingen in hun werkwijze ook uitgevoerd, en zo niet, welke reden gaven ze daarvoor dan op?

Daarnaast interesseerde ons natuurlijk, of de gehanteerde onderzoeksmethode bruikbaar is voor het evalueren van nascholingscursussen volgens het Warffum-model.

Het onderzoek vond plaats in twee fasen. De eerste fase vond plaats tijdens een tweetal cursussen in de Ardennen in het voorjaar van 1981; een globaal overzicht van het programma wordt in *tabel 1* gegeven.

Tabel 1. Het programma van de twee geëvalueerde Ardennen-cursussen.

Schriftelijk spreekuur
Inwendige geneeskunde
Reumatologie
Röntgenologie
Gynaecologie/obstetrie
Somatische fixatie: patiëntprobleem
Somatische fixatie: gespreksmodellen
Farmacologie
Chirurgie
Specifieke huisartsproblemen
Huisartsgeneeskunde en toetsing

* Respectievelijk huisarts, onderwijskundige en huisarts; de auteurs zijn allen verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Aan alle deelnemers werd tijdens de cursus een evaluatieformulier uitgereikt waarop per dagdeel de vraag werd gesteld: „Welke dingen hebt u geleerd, die van belang zijn voor uw praktijksituatie?”. De toelichting bij het evaluatieformulier vermeldde dat geen uitgebreid exposé verwacht werd, maar een beknopte aanduiding in enkele woorden. Bovendien werd aangekondigd dat het de bedoeling was na een half jaar alle deelnemers te interviewen over de op het evaluatieformulier genoemde leerpunten.

De tweede fase startte eind september 1981 en omvatte het interviewen van de deelnemers om inzicht te verkrijgen in de effecten van de cursus op langere termijn.

Aan de beide cursussen hadden in totaal tweeënveertig artsen deelgenomen. Aangezien de vraagstelling direct betrekking had op het medisch handelen in de praktijk, werden alleen huisartsen in de onderzoeksgroep opgenomen, die op het moment van het interview minstens 50 procent van hun tijd in de praktijk werkten. Gespreksleiders en cursusmakers werden buiten de onderzoeksgroep gehouden. De totale onderzoeksgroep werd hierdoor gereduceerd tot drieëndertig personen, tweeëndertig mannen en een vrouw. Al deze huisartsen werden per brief herinnerd aan hun deelname aan de Ardennen-cursus en het toen ingevulde evaluatieformulier. In de brief werd verder uitgelegd dat het de bedoeling was met elke deelnemer een gestructureerd interview van onge-

veer dertig minuten te houden. Alle huisartsen reageerden positief op het verzoek tot deelname.

Besloten werd de interviews niet volledig te structureren, maar de huisartsen te vragen naar hun „leerpunten” van de cursussen en hen daarover te laten vertellen. Alle interviews werden in een *at random* volgorde door dezelfde interviewer (J. M.) binnen een tijdsbestek van zes weken gehouden. De algemene vraagstelling luidde: „U hebt een half jaar geleden meegedaan aan de Ardennen-cursus, u hebt toen een aantal voor u belangrijke leerpunten opgeschreven. Kunt u nu iets meer vertellen over wat u met zo’n leerpunt bedoelde? Waren die leerpunten zaken die u wilde veranderen en hebt u die verandering ook uitgevoerd, of waren er leerpunten die een bevestiging inhielden van uw beleid?”. De cursus werd per dagdeel doorgenomen, waarbij telkens de discipline en de referent werden genoemd. De huisarts kreeg eerst de gelegenheid om „spontaan” leerpunten naar voren te brengen. Daarna werd een kaartje aan hem voorgelegd waarop in de vorm van trefwoorden de leerpunten van zijn evaluatieformulier voor het dagdeel waren samengevat. De reacties van de huisartsen daarop werden als „niet spontaan” beoordeeld.

Hoewel het gesprek werd opgenomen, hanteerde de interviewer in gedachten al een viertal antwoordcategorieën waarbinnen elk antwoord geplaatst zou moeten kunnen worden bij de uitwerking van de interviews. Als een huisarts meldde een voorgenomen verandering

niet te hebben uitgevoerd, werd ook naar de reden of redenen daarvoor gevraagd.

Het scoren van de antwoorden werd door de interviewer gedaan. Daarnaast werden vier interviews ook gescoord door een andere onderzoeker; de verschillen in scoring bleken zeer klein en konden worden opgelost door een verfijning van de definities en afspraken. De enkele antwoorden waaruit bleek dat de voorgenomen verandering weliswaar was uitgevoerd, maar later weer ongedaan gemaakt, werden gescoord als uitgevoerde aanpassing.

Uit de evaluatieformulieren en later ook uit de interviews bleek dat de dagdelen *Somatische fixatie*, *Specifieke huisartsproblemen* en *Huisartsgeneeskunde en toetsing* qua inhoud en beleving erg hadden verschild van de andere dagdelen, en dat met name de persoonlijke beleving zo op de voorgrond had gestaan, dat indeling van de antwoorden in gehanteerde categorieën niet zinnig was. Over deze dagdelen zal in dit artikel niet worden gerapporteerd.

Resultaten

Door de drieëndertig huisartsen werden over de zes dagdelen in totaal 454 leerpunten genoemd. Dat gebeurde 173 maal „spontaan” (38 procent) en 281 maal „niet spontaan” (62 procent). Slechts bij uitzondering noemden de deelnemers ook andere leerpunten dan op het evaluatieformulier waren vermeld.

Uit tabel 2 blijkt dat de deelnemers in 189 gevallen (42 procent) een leerpunt als een bevestiging van hun gedragslijn beschouwden. Iets meer dan de helft (235) van de leerpunten heeft betrekking op voorgenomen veranderingen; 32 (14 procent) van deze voornemens worden echter niet uitgevoerd. In deze laatste categorie gaat het in de meeste gevallen om „niet spontaan” genoemde leerpunten; de deelnemers die iets van plan waren geweest, maar dat niet hadden uitgevoerd, brachten dit dus meestal niet zelf ter sprake.

Resteert de kleine groep van 30 gevallen (7 procent), waarbij de deelnemer een ander beleid had, maar zich geen aanpassing had voorgenomen.

Aangezien de deelnemers zelf konden aangeven wat zij met hun leerpunten hadden bedoeld, is er geen reden om aan te nemen dat zij een bepaalde categorie hebben gekozen om de cursusleiding te behagen.

Tabel 2. De vier antwoordcategorieën en het aantal malen dat ze genoemd werden.

Categorie	Betekenis	Aantal malen genoemd
Bevestiging gedragslijn	Na wat er over dat onderwerp gezegd is, vond ik dat ik een goed beleid had en ik ben hetzelfde beleid blijven volgen	189
Aanpassing gedragslijn voorgenomen en ook uitgevoerd	Ik heb nieuwe dingen gehoord en geleerd, ik had een ander beleid, maar ik heb mijn voornemen om mijn beleid te wijzigen ook uitgevoerd	203
Aanpassing gedragslijn voorgenomen en niet uitgevoerd	Ik heb nieuwe dingen gehoord en geleerd, ik had een ander beleid, maar ik heb mijn voornemen om mijn beleid te wijzigen (nog) niet uitgevoerd	32
Had andere gedragslijn en had geen aanpassing voorgenomen	Ik heb andere dingen gehoord dan ik zelf deed, maar ik was niet van plan mijn beleid te herzien en heb dat ook niet gedaan	30

In totaal werden 32 voornemens niet uitgevoerd, terwijl drie maal een wel uitgevoerde aanpassing kort daarna weer vervangen werd door de oude gedragslijn. Daarvoor werden, zoals *tabel 3* aangeeft, verschillende redenen genoemd.

Men is geneigd een aantal van 35 niet uitgevoerde voornemens op het totaal van 454 leerpunten gering te vinden. Het is echter heel aannemelijk dat een aantal deelnemers veranderingen die ze wel zouden hebben willen doorvoeren, niet als leerpunt hebben genoteerd, omdat ze bij voorbaat wisten of vermoedden dat de verwezenlijking van dat voornemen uiterst moeizaam of onmogelijk zou zijn. We zouden dan nu alleen het topje van de ijsberg zien en eventuele andere belangrijke redenen om iets niet te veranderen, nog niet opgespoord hebben.

Bij de bestudering van de redenen blijkt dat „tijd” alleen genoemd wordt bij het voornemen om fluorpreparaatjes te maken, en dat drie van de vijf gevallen dat als reden „toch oude routine gehouden” gegeven wordt, betrekking hebben op het maken van deze preparaatjes.

Bij de opgegeven reden „nog in overleg” zou men vermoeden dat het om een belangrijk probleem gaat, als het na een half jaar nog niet tot een oplossing is gebracht. Het betreft echter een overleg met een apotheker over het gebruik van paracetamol zetpillen bij kinderen.

Alle vier de keren dat „durf” als reden wordt opgegeven, blijkt dat bij de behandeling van het ganglion te zijn. Mogelijk waren enkele deelnemers iets van plan waar ze later weer van terugschrokken, waarschijnlijk wegens gebrek aan vaardigheid.

De genoemde leerpunten hebben natuurlijk niet betrekking op 454 verschillende onderwerpen; er bestaat een aan-

Tabel 3. Redenen om de voorgenomen aanpassing niet uit te voeren; n = 35.

Redenen	Aantal
Tijd	3
Outillage	2
Geen geschikte patiënt	3
Durf	4
Twijfel over nut	2
Nog in overleg	1
Toch oude routine gehouden	5
Niet meer duidelijk	1
Vergeten	8
Geen reden	2
Andere	4

zienlijke overlap. Voor onderwerpen die vijf maal of vaker genoemd werden, is een bredere benaming geformuleerd. *Tabel 4* geeft aan welke onderwerpen frequent genoemd zijn. Opgemerkt moet worden dat een frequentie van bijvoorbeeld 10 niet wil zeggen dat dan ook 10 deelnemers een leerpunt over dat onderwerp geformuleerd hebben. Soms heeft een deelnemer twee of meer leerpunten ten aanzien van één onderwerp genoemd. Niettemin is er een relatie tussen de frequentie waarmee een onderwerp is genoemd, en het aantal deelnemers dat het belangrijk vond

voor hun praktijkvoering. Verder is duidelijk dat de cursisten veelal over dezelfde onderwerpen hun leerpunten formuleren. De onderwerpen die onder „overige” zijn opgenomen, verschillen qua karakter niet wezenlijk van de wel vermelde onderwerpen. Het betreft hier zaken als erysipelas, bobbel in hals, ouderdomsdiabetes, jicht, punctie gewricht, thoraxfoto, oestrogeensubstitutie, gebruik tampons, speculumonderzoek, pijnstilling, gebruik corticosteroiden, atheroomcyste en hiatus hernia. Ze werden echter minder dan vijf maal als leerpunt genoemd.

Tabel 4. Onderwerpen die vijf maal of vaker als leerpunt zijn genoemd.

Dagdeel/onderwerp	Aantal
<i>Inwendige Geneeskunde</i>	
– de bejaarde en hypertensie (diagnostiek; therapie; complicaties)	5
– erythema nodosum (diagnostiek; therapie)	18
– schildklierdiagnostiek (soort; volgorde; beoordeling)	21
– overige	21
<i>Reumatologie</i>	
– reumatoïde arthritis (laboratorium; foto's; therapie; beleid)	29
– Bechterew (diagnostiek; therapie)	26
– gewrichtsontsteking	7
– overige	8
<i>Röntgenologie</i>	
– röntgenfoto's algemeen (indicaties; instructies/ interpretaties; relevantie; relativeren)	8
– foto lumbale wervelkolom (aantal aanvragen; functiefoto)	26
– röntgendiagnostiek bij knobbeltje in de mamma (beleid t.a.v. mammografie; t.a.v. echografie; t.a.v. uitslag diagnostiek)	25
– röntgendiagnostiek bij maag/dunne darm/galblaasaandoeningen (beleid t.a.v. maagfoto's; t.a.v. gastroscopie; t.a.v. galblaasfoto's; t.a.v. echografie van de galblaas)	10
– overige	5
<i>Gynaecologie/Obstetrie</i>	
– zwangerschapstoxicose (criteria; therapie)	29
– bloedverlies na menopauze (beleid)	21
– fluor vaginalis-diagnostiek	28
– fluor vaginalis-beleid (uitleg; voorlichting; medicatie)	9
– overige	12
<i>Farmacologie</i>	
– urineweginfectie-therapie (medicatie; lengte kuur)	21
– migraine (therapie; beleid)	17
– overige	25
<i>Chirurgie</i>	
– galblaaspathologie (diagnostiek; indicatie tot operatie)	21
– enkel trauma (beleid t.a.v. diagnostiek; t.a.v. therapie)	14
– CCCS/scalenussyndroom (beleid t.a.v. diagnostiek; t.a.v. therapie)	14
– ganglionbehandeling	17
– carpaal tunnelsyndroom (fysisch diagnostisch onderzoek; diagnostiek; behandeling)	8
– overige	9

Beschouwing

De in dit onderzoek toegepaste techniek van een evaluatieformulier gevolgd door een interview na een half jaar, heeft een grote hoeveelheid materiaal opgeleverd, waarvan slechts een deel in deze rapportage is gebruikt. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar het volledig onderzoeksrapport.¹²

Het materiaal maakt het mogelijk een beeld te schetsen van wat de deelnemers geleerd hebben en wat zij na een half jaar met die kennis doen. Bij beschouwing van de leerpunten valt op dat bijna 40 procent door de deelnemers zelf, „spontaan” ter sprake wordt gebracht. Dat mag een fors percentage genoemd worden. Klaarblijkelijk worden veel leerpunten duidelijk geassocieerd met de Ardennen-cursus. De actieve vorm van kennisverwerving die ten grondslag ligt aan de Warffum-cursus, speelt hierbij zeker een rol. Onderwijskundig onderzoek heeft uitgewezen, dat een dergelijke vorm van actieve kennisverwerving ertoe leidt, dat het geleerde beter onthouden wordt.¹³

Ongeveer de helft van de genoemde leerpunten geeft aanleiding tot het voornemen de gedragslijn te veranderen. Het merendeel van deze voornemens is na een half jaar, volgens zeggen van de deelnemers, ook uitgevoerd.

Zoals in de opzet van het onderzoek al werd aangegeven, zijn de uitspraken van de huisartsen niet gecontroleerd door onderzoek naar de feitelijke praktijkvoering. Men kan zich dan ook afvragen, wat de waarde van deze uitspraken is: hebben de huisartsen niet een te rooskleurig beeld geschetst? Uit sociaal-psychologisch onderzoek is het fenomeen bekend, dat proefpersonen zich bij de beantwoording van vragen tijdens een onderzoek laten beïnvloeden door de veronderstelde bedoelingen van de onderzoeker.

Er zijn twee argumenten aan te voeren, waarom de hier verzamelde resultaten als een betrouwbare indicator voor het feitelijk gedrag kunnen worden beschouwd.

Ten eerste werd in het interview de nadruk gelegd op het expliciteren van wat de huisarts bedoelde met de leerpunten die hij had opgeschreven. Het ging derhalve niet om het controleren of een bepaald aantal veranderingen ingevoerd was, maar om een exploratie van de conclusies die de huisarts uit de deelname aan de cursus getrokken had. Een dergelijke vraagstelling roept minder

het gevaar op van overschatting van veranderingstendenties.

Het tweede argument betreft de wijze van interviewen. De deelnemers werden geïnterviewd door een huisarts die in staat was relevante aanvullende vragen te stellen om de aard van de gerapporteerde verandering vast te stellen (wat deed u daarvoor, wat is er veranderd, hoe werkt dat nu, wat is het verschil, etcetera). De wijze waarop huisartsen ingingen op dergelijke vragen, geeft de onderzoekers de overtuiging dat een realistisch beeld is geschetst.

Zekerheid over de effecten van een nascholingscursus kan men echter alleen verkrijgen, wanneer men inderdaad de praktijkvoering direct kan onderzoeken. Dan kan ook vastgesteld worden hoe de resultaten van het hier gerapporteerde, betrekkelijk goedkope onderzoek zich verhouden tot de resultaten uit het zeer dure praktijkonderzoek. Die vergelijking is zeker van belang, aangezien routinematige evaluatie van nascholing alleen haalbaar is, wanneer betrouwbare en betaalbare methoden beschikbaar zijn.

Het aantal niet uitgevoerde voornemens is niet groot en de redenen die de deelnemers opgeven, zijn van velerlei aard. Een aantal redenen zal door een andere cursusopzet niet ondervangen worden; anderzijds zou het in de cursus oefenen van vaardigheden waarschijnlijk de redenen: „durf” en „oude routine gehouden” doen verminderen.

In de categorie „bevestiging gedragslijn” kunnen 189 leerpunten ingedeeld worden, dat is 42 procent. Aangezien de vraagstelling op het evaluatieformulier meer uitnodigde tot het noemen van nieuwe leerpunten, moet dat als een aanzienlijk aantal beschouwd worden. Men zou ze „herhalingsleerpunten” kunnen noemen, waarbij de huisarts heeft gedacht „ik doe het goed, zo blijf ik het doen”. Dat te kunnen constateren, blijkt voor deelnemers een belangrijke functie van een nascholingscursus. Voor de huisarts is een dergelijke cursus een goede gelegenheid om met anderen over zijn vak te praten en de accu weer op te laden; zijn onzekerheid kan een schouderklopje best gebruiken. Dit blijkt ook uit de motieven tot deelname die deelnemers noemen. Zeven deelnemers aan de cursus blijken „leren” als motief te noemen, terwijl alle anderen hun motieven formuleren in termen van: samen bezig zijn, contact houden met collegae en weer enthousiast worden.

Cursusmakers echter zullen bij het opzetten van een cursus in de eerste plaats denken aan de doelstellingen van de huisartsennascholing, zoals geformuleerd in het *Tweede interimrapport PAOG huisartsgeneeskunde*,¹⁴ die in wezen beogen de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren door de huisarts bij te laten leren, door de huisarts zijn gedrag te laten veranderen. Het is belangrijk dat cursusmakers zich bewust zijn van dat spanningsveld tussen de cursusdoelen en de motieven tot deelname van de deelnemers. De open evaluatiemethode die in dit onderzoek is gehanteerd, heeft dit spanningsveld duidelijk zichtbaar gemaakt.

Uit eerder onderzoek was gebleken dat deelnemers tijdens de cursus iets leerden en ook onthielden; uit dit evaluatieonderzoek blijkt dat de deelnemers zeggen dat ze het merendeel van de voorgenomen aanpassingen in hun gedragslijn na een half jaar ook hebben uitgevoerd. Het zou interessant geweest zijn om de door de deelnemers genoemde leerpunten te vergelijken met de verwachtingen van de cursusmakers. Door het ontbreken van goed uitgewerkte verwachtingen kon deze vergelijking in dit onderzoek niet uitgevoerd worden. Niettemin biedt het overzicht van wat deelnemers gezegd hebben, een goed aanknopingspunt voor bezinning op vorm en inhoud van de cursus.

Het lijkt nuttig nog aandacht te geven aan twee punten die voor cursusmakers van belang zijn.

Kooij stelt dat het mogelijk is dat de huisarts cursussen kiest waarvan de onderwerpen hem interesseren, anders gezegd waarvan hij iets weet en waarbij hij zichzelf een schouderklopje zal kunnen geven. Mogelijk gaat hij niet naar cursussen over onderwerpen waarin hij tekort schiet.⁷

In het eerder genoemde Canadese onderzoek werd aan een aantal huisartsen een lijst voorgelegd met achttien nascholingsonderwerpen en werd hun gevraagd vier voorkeuren aan te geven. Voor iedere huisarts werd een nascholingspakket samengesteld met daarin nascholing voor de onderwerpen van zijn eerste en tweede voorkeur en voor twee niet gekozen onderwerpen. Met betrekking tot deze vier onderwerpen en nog twee andere, niet aan de deelnemers bekende onderwerpen werd de kwaliteit van de zorg bepaald door een analyse van de verslaglegging door de huisartsen. Daarna kreeg de experimentele groep het nascholingspakket terwijl de controlegroep geen nascho-

lingspakket kreeg. Na anderhalf jaar werd opnieuw in alle praktijken de kwaliteit van zorg vastgesteld ten aanzien van de zes onderwerpen.

Bij analyse bleek dat de experimentele groep geen wezenlijk betere zorg was gaan verlenen dan de controlegroep met betrekking tot de twee voorkeursoronderwerpen. Ze waren wel duidelijk betere zorg gaan leveren met betrekking tot de twee toegewezen onderwerpen. De kwaliteit van hun zorg ten aanzien van de twee onderwerpen waarvoor ze geen nascholing hadden ontvangen, bleek ongeveer gelijk gebleven als bij de controlegroep.⁹

Hieruit blijkt dat de nascholing geen effect had gehad ten aanzien van zelf gekozen onderwerpen, wel effect ten aanzien van toegewezen onderwerpen en verder dat er geen uitstralingseffect optreedt. Cursusmakers doen er dan ook goed aan niet uitsluitend door deelnemers algemeen gewenste onderwerpen in de cursus op te nemen. Met name zelfevaluatie kan hiaten in kennis en vaardigheden aan het licht brengen, die als uitgangspunt voor nascholingsprogramma's kunnen dienen.

Het tweede punt werd tijdens het verzamelen van de gegevens geconstateerd. Meermalen bleek dat er ten aanzien van besproken onderwerpen geen consensus tot stand was gekomen. Sterker nog: in een aantal gevallen werd duidelijk dat huisarts A ná de cursus was gaan doen wat huisarts B vóór de cursus deed, maar ná de cursus niet meer deed. De huidige opzet van de Warffum-cursus richt zich ook niet op het tot stand brengen van een dergelijke consensus maar heeft meer tot doel al pratend van elkaar te leren.

Het zou de waarde van de cursus doen toenemen als de cursusmakers zouden streven naar een zekere consensus. Het gaat hier uitdrukkelijk niet om het puntsgewijs vaststellen van wat niet mag en wel moet, maar om het globaal beschrijven van datgene waarover men het eens is en datgene waarover verschillen van inzicht bestaan.

Ook voor een zo algemeen gewaardeerde nascholingsvorm als de Warffum-cursus blijkt voortdurende bezinning op het functioneren van de cursus noodzakelijk.

Samenvatting. In dit onderzoek wordt een poging gedaan greep te krijgen op de effecten op lange termijn van een nascholingscursus volgens het Warffum-model. Daartoe vulden de deelnemers tijdens de

cursus een formulier in, waarop zij aangaven wat zij geleerd hadden, en werden zij een half jaar later geïnterviewd over deze „leerpunten”.

Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de genoemde leerpunten een bevestiging vormde van de gevolgde gedragslijn; kennelijk is het voor de deelnemers aan een dergelijke cursus belangrijk te kunnen vaststellen dat zij bepaalde zaken goed aanpakken. Van de voorgenomen veranderingen in de gedragslijn was volgens de deelnemers het merendeel ook uitgevoerd; voor zover dat niet was gebeurd, werd geïnformeerd naar de redenen daarvoor.

Tot slot worden enkele suggesties voor toekomstige nascholingscursussen gedaan.

Summary. Back to the Ardennes. An evaluation of two post-graduate courses after the Warffum model.

An attempt was made to gain information on the long-term effects of a post-graduate course after the Warffum model. For this purpose participants completed a form during the course to indicate what they had learned; six months later they were questioned about these „learning points”.

The findings show that many of the learning points confirmed the procedure adopted; participants in such a course evidently consider it important to be able to confirm that they do certain things well. Of the planned changes in procedure, the majority had been executed according to the participants; questions were asked about reasons for non-execution.

Some suggestions for future post-graduate courses are formulated.

¹ Wijnen WHFM. Onderzoek naar de resultaten van een „Warffum”-cursus. Huisarts en Wetenschap 1974; 17: 181-5.

² Bender W, Middelbeek C. De Warffum-cursus: gezellig, maar steek je er ook wat van op? Med Contact 1979; 34: 1347-9.

³ Trommel MJ van. Evaluatie van de nascholingscursus „Breedenburg”. Huisarts en Wetenschap 1969; 12: 201-3.

⁴ Melker RA de, Neefs WJ. Evaluatie van een nascholingscursus voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1973; 16: 407-21.

⁵ Bouhuijs PAJ, Beusmans GMHI. Warffum-cursussen in Limburg. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 347-51.

⁶ Melker RA de. Weten is nog niet toepassen; over de nascholing van huisartsen. Med Contact 1976; 31: 69-74.

⁷ Voorneman-Hammelburg R, Duursma SA, Roelink H. PAO Geneeskunde I: Recente ontwikkelingen. Med Contact 1978; 33: 1295-9.

⁸ Kooij LR. De inhoud van de nascholing. Huisarts en Wetenschap 1972; 25: 62-7.

⁹ Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, et al. A randomized trial of continuing medical education. N Engl J Med 1982; 306: 511-5.

¹⁰ Groot AD de. Hoe stelt men eindtermen op? Tweede werkstuk. Handvatten voor concrete herprogrammering. Bijlage III. 's-Gravenhage: CVHWO, Academische Raad, 1974.

¹¹ Parlett M, Dearden G, eds. Introduction to illuminative evaluation: studies in higher education. Cardiff-by-the-Sea, Ca: Pacific Sounding Press, 1977.

¹² Metsemakers JFM, Bouhuijs PAJ, Beusmans GMHI. De Ardennen-cursus 1981 belicht. Onderzoek naar de leerpunten van een nascholingscursus voor huisartsen. Onderzoek van onderwijs, rapport nr 15. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

¹³ Schmidt HG. Activatie van voorkennis, intrinsieke motivatie en de verwerking van tekst [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1982.

¹⁴ Overlegorgaan Post Academisch Onderwijs Geneeskunde. Tweede interim rapport post academisch onderwijs geneeskunde. PAOG voor huisartsen. 1977.

Summary. Diagnostic facilities for the general practitioner: who benefits? (pp. 184-8)

Summary. Diagnostic facilities for the general practitioner: who benefits?

The use of diagnostic facilities by the general practitioner is discussed on the basis of five questions. Theoretical considerations and cost-effect analyses argue in favour of specific use of diagnostic facilities. Non-specific use often inconveniences the patient unnecessarily and, through misinterpretation, can lead to errors and to spurious certainty. The use of diagnostic facilities is regarded as a form of specialist consultation. Implications include adequate transfer of information, procedural agreements and discussion with the diagnostician. Under strict conditions the use of diagnostic facilities can improve the quality of performance in general practice. If used well, such facilities can benefit the patient. If not, they benefit nobody.