

# Evaluatie of effectmeting van nascholing: waar doen we het voor?

J.B.M. BOINK

**Boink JBM. Evaluatie of effectmeting van nascholing: waar doen we het voor? Huisarts Wet 1998;41(1):30-2.**

In deze beschouwing wordt ingegaan op de noodzaak van het evalueren van nascholing. Gepleit wordt voor meer efficiency, zeker nu nascholing verplicht is en de beschikbare hoeveelheid tijd knelt. Toch scholen we het meest na op die gebieden waar we al het meest in thuis zijn. Selectie- of screeningsonderzoek voorafgaande aan een nascholing is noodzakelijk om het uitgangsniveau vast te stellen. Er wordt een overzicht gegeven van de evaluatiemethoden die momenteel beschikbaar zijn met de voor- en nadelen die eraan vastzitten en welke methode de voorkeur geniet in bepaalde situaties. De toenemende automatiseringsgraad biedt mogelijkheden om lacunes op te sporen, voorafgaand aan de nascholing. Dit verhoogt de kansen van een efficiënt, professioneel kwaliteitsbeleid.

Dr. J.B.M. Boink, huisarts, Punter 32-05, 8242 EG Lelystad.

## Inleiding

Effectmetingen van na- en bijscholing blijven vaak beperkt tot het uitdelen van evaluatieformulieren die vervolgens direct na de cursus worden ingevuld. Een eenvoudige, goedkope methode die in de regel ook weinig uitvallers kent. In het algemeen zitten de leerpunten nog vers in het geheugen, maar de kans is groot dat de uitkomst vooral sociaal wenselijke antwoorden oplevert. Oordelen als 'nuttig', 'praktisch', 'inspirerend' en 'origineel' geven aan dat de na- en bijscholing goed was en dat stemt tot ieders tevredenheid.

Aan deze subjectieve gegevens mag slechts een beperkte waarde worden toegekend. Het is de vraag of positieve voornemens ook werkelijk tot gedragsverandering leiden. In mijn onderzoek naar het effect van nascholing in consultvoering bij ervaren huisartsen bleek zelfs het tegendeel. Deelnemers die aangaven dat zij veel geleerd hadden en veel zouden veranderen, bleken in de praktijk niet zoveel veranderd, en sommige deelnemers die niet zoveel goede voornemens uitten, lieten een grotere vooruitgang zien.<sup>1</sup> Bij de evaluatie van deze training gaven de deelnemers unaniem te kennen, dat zij een dergelijke nascholing wel vaker wilden. Men vond het uitermate nuttig en relevant voor de dagelijkse praktijk. Desondanks vindt er weinig nascholing plaats op het gebied van consultvoering. De grootste vooruitgang zagen we bij de deelnemers met het laagste uitgangsniveau. Dat klinkt heel logisch, maar waarom scholen we dan toch het meeste na op die gebieden waar we al het meeste in thuis zijn? Blijven we hobbyisten of proberen we toch meer rendement te halen uit de nascholing?

Het is uit het oogpunt van efficiency interessant na te gaan welke huisarts het meeste baat heeft bij welk soort nascholing. Hiervoor is selectie- of screeningsonderzoek noodzakelijk. Bij een laag uitgangsniveau kan de betrokken huisarts het meeste effect bereiken, als er op dat specifieke terrein wordt nageschoold. Het is ook een vorm van interne kwaliteitsbewaking, die rechtstreeks is gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg.<sup>2</sup> Hierbij

doemen nieuwe problemen op, want hoe moet of kun je kennis en vaardigheden meten, en het effect van nascholing evalueren? Welke methoden staan ons ter beschikking?

Er zijn vele evaluatiemethoden. Ik heb hieruit een selectie gemaakt en zal per methode bespreken welke voor- en nadelen eraan vastzitten, welke methode de voorkeur geniet in bepaalde situaties en wat de valkuilen zijn.

## Schriftelijke enquête

Een schriftelijke enquête is een eenvoudige methode, goed uitvoerbaar en geschikt om achtergrondkenmerken te inventariseren. Nadeel is dat de respons op schriftelijke enquêtes soms tegenvalt. Huisartsen krijgen al veel enquêtes in te vullen, waardoor een zekere enquêtemoeheid is ontstaan. Interesse in het onderwerp en de personen die erbij betrokken zijn, verhoogt de respons. Wanneer de gebruikte vragenlijsten wetenschappelijk getoetst zijn op betrouwbaarheid en validiteit, is in ieder geval bekend welke waarde eraan mag worden toegekend.

Kennis is goed schriftelijk vast te stellen. *Pollemans* heeft verschillende soorten algemene en onderwerpgebonden kennistoetsen op hun waarde onderzocht.<sup>3</sup> De algemene kennis van huisartsen neemt af met het stijgen van de leeftijd. Kennisontwikkeling van huisartsen houdt verband met het soort patiënten, klachten en aandoeningen dat zij in de praktijk tegenkomen. Op groepsniveau maken onderwerpgebonden toetsen duidelijk dat nascholingsprogramma's wel leiden tot een onmiddellijke kennistoename, maar dat deze na verloop van tijd weer afneemt. Daarnaast is een samenhang aangetoond tussen scores op schriftelijke toetsinstrumenten en het handelen in de praktijk.<sup>4</sup> Dit betekent dat voortdurend opvijzelen van kennis nodig is en dat dit het handelen in de praktijk ten goede komt.

## Productiecijfers

'Productiecijfers' als prescriptie- en verwijscijfers, en laboratorium- en röntgen-

gegevens zijn tegenwoordig relatief gemakkelijk beschikbaar via het regionale ziekenfonds, het ziekenhuis, het huisartsenlaboratorium, de apotheek en de geautomatiseerde huisartsengroep. Het zijn geschikte effectvariabelen die onder andere worden gebruikt ten behoeve van het farmacotherapeutisch overleg (FTO).

Als een interventie niet specifiek gericht is op bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag, kunnen van deze gegevens alleen hypothesegenererende inzichten worden verwacht. De interdoktervariatie van deze gegevens is erg groot.<sup>5</sup> Als er veranderingen optreden, is het de vraag of ze in alle praktijken in gelijke mate optreden, of moeten worden toegeschreven aan het veranderde gedrag van slechts enkele huisartsen. We moeten ons dus vooral richten op huisarts- of praktijkgebonden gegevens.

Wanneer in een huisartsengroep of toetsgroep afspraken zijn gemaakt over de behandeling bij een specifieke aandoening, dan is het effect van het FTO aantoonbaar aan de hand van verandering van de prescriptiecijfers.<sup>6</sup> Deze positieve feedback werkt stimulerend. Zonder evaluatie van gemaakte afspraken had het FTO overleg in onze eigen Hagro nauwelijks tot geen effect; mét terugkoppeling van de prescriptiecijfers was het effect evident.

Bij de verwijscijfers doet zich het probleem voor dat een groot deel van de verwijzingen sterk beïnvloed worden door specialisten en patiënten. Op herhaal- en verlengingsverwijzingen en verwijzingen naar de oogarts en superspecialisten heeft de huisarts betrekkelijk weinig invloed.<sup>7</sup> Wanneer een bepaalde nascholing is gericht op een specifiek aspect van de verwijzingen, kan echter goed gebruik gemaakt worden van de verwijscijfers. Hierbij geldt hetzelfde als voor de prescriptiecijfers: we moeten ons dan vooral richten op de huisarts- en praktijkgebonden gegevens.

Laboratorium- en röntgenfaciliteiten bieden eveneens mogelijkheden tot feedback en/of toetsing. Diagnostische centra, die als paddestoelen uit de grond rijzen, kunnen zonder veel moeite ook gegevens leveren die gebruikt kunnen worden voor

evaluatie. Overleg over het gebruik van diagnostische tests – een ‘diagnostisch toets overleg’ (DTO) – in de Hagro’s of toetsgroepen met behulp van het diagnostisch kompas<sup>8</sup> als ‘standaard’ biedt nieuwe nascholingsmogelijkheden.

### Gezondheidsparameters van patiënten

De uiteindelijke effectiviteit van nascholingsprogramma’s moet blijken uit gedragsverandering in de praktijk, verbetering van zorg en verandering in patiënt-outcomematen.<sup>9,10</sup> Bij patiënten kan onder andere worden nagegaan in hoeverre zij zich gezond voelen, klachten ervaren, zich depressief voelen of afhankelijk zijn van de zorgverleners. Dit is nog mogelijk met een schriftelijke enquête. Objectieve en bruikbare effectmaten zijn de effecten op bijvoorbeeld bloeddruk, serumglucose- of cholesterolspiegel. Deze gegevens zijn nu nog moeilijk te verkrijgen, maar met de toenemende automatiseringsgraad zal hierin wel verandering komen.

### Observatie-onderzoek

Waarom het eigenlijk gaat, is natuurlijk het gedrag van de huisarts ten opzichte van de patiënt in de spreekkamer. Voor het scoren van video-observaties van consulten zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar.<sup>11-14</sup> Videobeelden zijn zeer geschikt voor onderlinge toetsing en nascholing in consultvoering. Het is mogelijk na te gaan wat er precies gebeurt met een specifieke klacht of probleem tijdens een consult, eventueel met behulp van simulatiepatiënten.<sup>15</sup> Echt evaluatie-onderzoek naar gedrag van huisartsen is lastig, geeft vaak logistieke problemen, en is tijdrovend en kostbaar.

Huisarts(praktijk)gebonden onderzoek naar het proces van hulpverlening en de bijbehorende uitkomstmaten zijn alleen geïndiceerd als opstap naar patiëntgebonden uitkomsten.<sup>16</sup> Behandeling of begeleiding van patiënten met een somatisatiestoornis of een depressie is te objectiveren door middel van observatie-onderzoek. Het is mogelijk, maar er is misschien een

simpeler alternatief. Onderzoek van *Smith* liet een duidelijke daling van de kosten voor gezondheidszorg zien na interventie bij een groep artsen die patiënten met een somatisatiestoornis begeleidden. Terwijl de gezondheidsbeleving van deze patiënten onveranderd was.<sup>17</sup> Willen we het gedrag van artsen evalueren, dan kunnen indirecte metingen bij patiënten en gegevens van de zorgverzekeraars dus een goed alternatief zijn.

In mijn onderzoek werd de consultvoering gemeten met behulp van het observatie-instrument Laconto van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH).<sup>14</sup> We hadden kunnen volstaan met het meten van attitudes en bevindingen van patiënten. Het gaat tenslotte toch om de patiënten. Als er bij huisartsen wel iets verandert, maar bij patiënten geen effect valt te constateren, welke waarde mag dan aan een interventie worden toegekend? Het omgekeerde was ook mogelijk: huisartsen veranderen niet en patiënten wel. Dan zou het meetinstrument niet deugen. Voor de wetenschap goed om te weten, maar weinig bruikbaar voor de medicus practicus.

Wanneer een bepaalde interventiemethode op adequate wijze wetenschappelijk is getoetst en zijn waarde heeft bewezen, is het niet zinvol bij een herhaling van deze interventie de effecten even uitvoerig te evalueren. De keuze voor het soort effectmeting blijft een kwestie van prioriteiten. Beschikbare (patiënten)gegevens moeten zoveel mogelijk worden benut. Zo behoeft een effectmeting niet altijd duur of ‘wetenschappelijk verantwoord’ te zijn.

### Moment van follow-up

Nascholing vindt niet plaats in laboratoriumomstandigheden en gedragsveranderingen hangen samen met allerlei factoren, zoals de specifieke werksituatie, persoonlijke omstandigheden en de factor tijd.<sup>18-21</sup> Regelmatig evaluatie-onderzoek naar de effecten van nascholing, met name op langere termijn, kan meer inzicht verschaffen in de eventuele gedragsveranderingen en de gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

Wanneer we de effecten bij patiënten willen nagaan, moet er eerst een aantal patiëntencontacten zijn geweest. Dat betekent dat op korte termijn – minder dan een halfjaar – bij patiënten nog geen veranderingen te verwachten zijn. Het veranderen van attitudes en pas later, als alles beklijft en men de voordelen ziet van een ander gedrag, zien we mogelijk gedragsveranderingen, liefst in de gewenste richting. Na een periode van een tot twee jaar kunnen metingen gedaan worden om zicht te krijgen op de effecten bij patiënten van een nascholing voor huisartsen. Goede voornemens bij de evaluatie van een cursus zeggen dus niet genoeg.

### Conclusie

Opvijzelen van kennis door regelmatige nascholing blijft noodzakelijk. Zonder evaluaties en afspraken over het te voeren beleid is het effect zeer gering. Een positieve evaluatie werkt stimulerend, zowel voor de nascholers als de nageschoolden. De toenemende automatiseringsgraad van huisartsen die de medische module toepassen en de komst van de diagnostische centra bieden mogelijkheden om te evalueren en te onderzoeken waar, bij wie en op welk terrein de meeste 'winst' behaald kan worden.

Dit betekent dat er in de toekomst vooral nageschoold moet worden op die gebieden waar lacunes liggen. Het opsporen

van deze lacunes is tegenwoordig goed mogelijk. Voor hobbyisme blijft uiteraard nog wel een plekje over, maar het streven blijft een efficiënt, professioneel kwaliteitsbeleid.

### Literatuur

- 1 Boink JBM. Effect van nascholing in consultvoering bij ervaren huisartsen [dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit 1996.
- 2 Downing SM, English DC, Dean RE. Resident ratings of surgical faculty. Improved teaching effectiveness through feedback. *Am Surg* 1983; 49: 329-32.
- 3 Pollemans M. Kennistoetsing bij huisartsen [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.
- 4 Norman G. Can an examination predict competence? The role of recertification in maintenance of competence. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1991; 24: 121-4.
- 5 Marinus AMF. Interdoktervariatie in de huisartspraktijk [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 6 Zijlstra IF. De regionaal klinisch farmacoloog. Farmacotherapie overleg met huisarts en apotheker [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1991.
- 7 Mokkink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 8 Den Ottolander GJH, et al. Diagnostisch kompas. Stuurgroep Aanvullende Diagnostiek van de Ziekenfondsraad. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1997.
- 9 Langsley DG. Recredentialing [editorial]. *JAMA* 1991; 265: 772.
- 10 Grol RPTM, Van Everdingen JJE, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 11 Grol RPTM, Mokkink H, Tielens V. PREVARA-SETH. Scoringslijst voor evaluatie en (onderlinge) toetsing van het huisartsgeneeskundig handelen. Deel I: algemene aspecten van consultvoering. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1988.
- 12 Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht history taking and advice checklist [dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Amsterdam, 1990.
- 13 Pieters HM. De Utrechtse Consult Evaluatie Methode [dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1991.
- 14 Tan LHC, Foolen CGM, Van der Vleuten CPM. Ontwikkeling van de landelijke consultvoeringstoets voor de beroepsopleiding tot huisarts. *Bull Med Onderwijs* 1992; 11: 22-33.
- 15 Rethans JJ, Drop R, Sturmans F, Van Leeuwen Y. Simulatiepatiënten in onderwijs en praktijk. *Huisarts Wet* 1989; 366.
- 16 Meijman FJ. Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997; 40: 261-4.
- 17 Smith G, Monson R, Ray D. Psychiatric consultation in somatization disorder. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-13.
- 18 Avorn J, Soumerai SB. Improving drug therapy decisions through educational outreach: a randomized controlled trial of academically based 'detailing'. *N Engl J Med* 1983; 308: 1457-63.
- 19 Anderson CM, Chambers, Clamp M, et al. Can audit improve patient care? Effects of studying use of digoxin in general practice. *BMJ* 1988; 297: 113-4.
- 20 Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, et al. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321: 1306-11.
- 21 Wergin JF, Mazmanian PE, Miller WW, et al. Assessing the impact of continuing medical education through structured physician diagnosis. Bethesda: *Am Coll Cardiol*, 1986. ■