

# Behoeftenbepaling bij nascholing; een Haags vragenkaartje

ROB JAMIN

*Ieder schittert in, bijvert zich voor en be-steedt het grootste deel van zijn dag aan datgene waarbij hij zelf op zijn best is.*  
EURIPIDES

## Inleiding

Ondanks de plannen van NHG en LHV om tot een grotere samenhang in het kwaliteitsbeleid te komen, blijft het kiezen van nascholingsonderwerpen in de regio betrekkelijk willekeurig. Het aanbod lijkt tot nu toe weinig gericht op de lacunes in de kennis van de doelgroep. Professionals hebben de neiging om zich verder te bewaken op hun sterke fronten en hun zwakkere kanten te laten voor wat ze zijn.<sup>1</sup> Bovendien is het de vraag of lacunes die huisartsen bij zichzelf constateren, ook feitelijk de plekken zijn waar hun werk de meeste sleet vertoont.<sup>2</sup>

## Achtergrond

Om de nascholingsbehoefte van huisartsen in de regio te objectiveren wilden de plaatselijk coördinatoren in Den Haag mogelijke kennislacunes in kaart brengen en ideeën krijgen over de opvattingen van huisartsen over nascholing. Met dat doel voor ogen werd een 'floppenproject' opgezet.

De opzet was om de huisartsen in het district een kennistoets af te nemen over zes onderwerpen: angina pectoris, maagklachten, urine-incontinentie, otitis externa, fluor vaginalis, reumatoïde artritis. De doelgroep van de nascholing in Den Haag zijn alle bij de Districts Huisartsen Vereniging (DHV) bekende huisartsen (320 huisartsen in 33 hagro's).

## Interventie

De afdeling Deskundigheids Bevordering (DKB) van het NHG stelde de vragen uit haar DKB-pakketten ter beschikking. De kennistoets werd op een diskette verspreid, zodat ook de verwerking van de antwoorden eenvoudig zou zijn.

## Samenvatting

**Jamin R. Behoeftenbepaling bij nascholing; een Haags vragenkaartje. Huisarts Wet 2001;44 (8):361-3.**

**Achtergrond** Nascholing is niet altijd gericht op lacunes in kennis. Om regionale nascholing beter te kunnen plannen probeerden nascholingscoördinatoren in het district Den Haag de zwakke plekken in de kennis van Haagse huisartsen op te sporen.

**Interventie** Alle huisartsen in de regio kregen een diskette toegestuurd met daarop vragen over zes onderwerpen uit de huisartsgeneeskunde. De vragen waren afkomstig uit DKB-pakketten van het NHG. Een computerprogramma presenteerde de vragen een voor een. Alle vragen waren in de ja/nee/weet niet vorm gesteld.

**Effecten** Er kwamen totaal 102 volledig beantwoorde diskettes uit 29 hagro's terug. De gemiddelde score over alle deelnemers en alle vragen was 0,37. De scores op de onderwerpen fluor vaginalis en vooral reumatoïde artritis waren laag. De gemiddeld benodigde tijdsduur was 52 minuten. De deelnemers hechtten weinig belang aan nascholing beperkt tot medische onderwerpen, maar zagen graag praktijkvoering, ondersteuning, medisch recht, attitude, begeleiding van patiënten, e.d. behandeld. Bij een klein deel van de non-respondenten bestond twijfel over de anonimiteit en angst voor negatieve publiciteit.

**Leerpunten** Het blijkt mogelijk om op regionale schaal een kennistoets af te nemen bij huisartsen middels een computergestuurd programma.

R.H. Jamin, huisarts  
Valkenboskade 482  
2563 JL Den Haag  
e-mail: robbie@ision.nl

Na het opstarten presenteerde een computerprogramma de vragen één voor één. Een meelopend klokje ontmoedigde het gebruik van naslagwerken. Vóór de eerste vraag moesten de deelnemers aangeven op welke drie onderdelen zij verwachtten het laagst te scoren. Inclusief vragen over de demografische achtergronden en attitude waren er 161 vragen. Alle kennisvragen waren in de ja/nee/weet niet vorm gesteld. Een goed antwoord leverde één punt op, voor een fout antwoord werd één punt afgetrokken, en 'weet niet' was 0 punten. Deze scoringsmethode van de Stichting Verenigde Universitaire Huisartsopleidingen (SVUH) heeft een construct-validiteit. Een computerprogramma vergeleek de gegeven antwoorden met de juiste. Deelname was voor de huisartsen kosteloos. Een volledig ingevulde flop leverde één accreditatiepunt op.

## Belangrijkste kwaliteitsmaten

Van elke deelnemer werd over elk der zes onderwerpen een totaalscore berekend. Ook de gemiddelde score van alle deelnemers en de gemiddelden van elke hagro werden berekend.

## Effecten

### Toets

We ontvingen 102 (31,5%) volledig ingevulde diskettes uit 29 hagro's.

De gemiddelde score over alle deelnemers en alle vragen was 0,37 (tabel 1).

**Tabel 1** Gemiddelde score per onderwerp voor alle deelnemers

Onderwerp	Score
Angina pectoris	0,43
Maagklachten	0,41
Urine-incontinentie	0,38
Otitis externa	0,38
Fluor vaginalis	0,32
Reumatoïde artritis	0,29
Algemeen	0,37

**Tabel 2** Verschillende mogelijkheden bij een score 0,37 (percentages)

Goed	Fout	?
68	31	1
63	26	11
58	21	21
53	16	31
48	11	41
43	6	51
38	1	61

Bij toenemende 'twijfelscore' wordt de goed/fout verhouding dus snel groter.

### Wat is er bekend?

- Nascholingsaanbod is vaak niet gericht op lacunes in de kennis of vaardigheden.

### Wat is er nieuw?

- Opsporen van lacunes in kennis in een regio lijkt mogelijk.
- Gebruik van computergestuurde vragenlijsten op grote schaal is uitvoerbaar.

Bij een gering aantal 'weet niet' is dan tenminste tweederde der vragen correct beantwoord (tabel 2). Van de jongeren scoorde 71,4% hoger dan 0,40, terwijl 68,2% van de ouderen daaronder bleef. Het aantal malen 'weet niet' was 17,5%; het vaakst bij reumatoïde artritis en fluor (tabel 3). Acht deelnemers hadden voor het invullen tussen 231 en 421 minuten nodig. Het gemiddelde van de andere 93 deelnemers lag op 52 minuten. Dertien huisartsen hadden hun zwakke onderwerpen correct ingeschat; 54 misten één onderdeel, 31 twee en drie deelnemers hadden het helemaal verkeerd. Huisartsen met een hoge score hadden geen beter zicht op hun zwakke onderdelen dan zij die laag scoorden.

### Non-respondenten

Van de 218 non-respondenten reageerden er 129 (59,2%) op een schriftelijke enquête. Aan hen werden dezelfde vragen voorgelegd naar persoonlijke achtergronden en attitude ten opzichte van na- en bijscholing. Hun achtergronden en attitude bleken niet significant te verschillen van de 102 huisartsen die de flop wel ingevuld hadden teruggestuurd (tabel 4). Vijftien huisartsen gaven aan niet over een computer te beschikken; bij drie waren er defecten aan de apparatuur. Vier huisartsen zeiden een Apple-Macintosh te hebben waardoor ze abusievelijk dachten dat het programma niet kon worden uitgevoerd. Achttien inzenders vonden de flop te ingewikkeld en zeventien wensten het risico van een besmetting met een computervirus niet te lopen. Een aanzien-

lijk aantal had genoeg van enquêtes (45); 52 vonden een uur te lang; dertien huisartsen hadden twijfel over de anonimiteit en tenslotte zeiden 6 huisartsen bang te zijn voor negatieve publiciteit.

### Leerpunten en vervolg

Het opstellen van valide vragensets vereist grote vakkennis en nauwgezetheid en is daarmee bijzonder tijdrovend. Omdat de vragen in ons onderzoek niet speciaal ten behoeve van toetsing waren opgesteld, kan zich een flinke vertekening voordoen: de moeilijkheidsgraad was niet hetzelfde bij alle onderwerpen, en wellicht was de validiteit onvoldoende. Bij het valideren van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoets trof *Pollemans* een gemiddelde van 0,44 bij ervaren huisartsen.<sup>3</sup> *Van Leeuwen* vond bij haio's aan het begin van hun opleiding een gemiddelde van 0,35; en acht maanden later 0,46.<sup>2</sup> We gebruikten vragen uit DKB-pakketten en niet uit de landelijke toets omdat vragen uit die toets niet op redelijke voorwaarden toegankelijk bleken. Bij vervolgprojecten zou het wenselijk zijn als de producent van deze landelijke toets, de SVUH, de vragen ter beschikking zou stellen.

Bij de dalende bereidheid onder artsen om deel te nemen aan schriftelijke enquêtes is een respons van 33,8% niet slecht,<sup>4</sup> maar onvoldoende om een werkelijk representatief beeld van de nascholingsbe-

**Tabel 3** Scores per onderwerp

Onderwerp*	weet niet			goed			fout		
	gemiddelde	mediaan	maximum	gemiddelde	mediaan	maximum	gemiddelde	mediaan	maximum
Maagklachten	2,36	2	9	15,01	15	22	5,58	5	11
Angina pectoris	2,66	2	9	15,14	16	23	5,21	5	10
Fluor vaginalis	5,28	5	15	12,48	12	22	5,24	5	11
Urine-incontinentie	3,72	3	20	13,99	15	23	5,30	5	13
Otitis externa	4,35	4	15	13,67	14	23	4,98	5	11
Reumatoïde artritis	5,75	5	17	11,93	12	23	5,32	5	11
Totaal	4,02			13,71			5,27		

\* elk onderwerp omvat 23 vragen (maximum score 23)

**Tabel 4** Vergelijking deelnemers en non-respondenten. Vragen naar attitude (percentage 'ja')

	deelnemers n = 102	nonrespondenten n = 129
Het kost mij moeite om elk jaar de 40 accreditatiepunten vol te maken.	15,7	10,9
Mensen met een academische opleiding zoals huisartsen, zijn zelf heel goed in staat om hun na- en bijscholing te regelen.	33,3	33,3
Ik vind te weinig van mijn gading in het plaatselijke WDH-aanbod.	13,7	7,8
Het plaatselijke WDH-aanbod mag niet worden verminderd.	94,1	85,3
De maatstaf om elk jaar 40 punten te moeten halen ligt te hoog.	29,4	24,8
De meeste huisartsen kunnen voor zichzelf heel goed vaststellen waar hun behoefte aan na- en bijscholing ligt.	47,1	68,2
Ik stel eerst vast waar ik behoefte aan heb, dan zoek ik een geschikte cursus uit.	31,4	48,1
Ik maak een keus uit het aanbod.	94,1	88,4
Wie zijn vakliteratuur bijhoudt en regelmatig collega-huisartsen en -specialisten spreekt, heeft eigenlijk verder geen na- of bijscholing nodig.	5,9	8,5
Na- en bijscholing horen in werktijd plaats te kunnen vinden.	83,3	70,5
Ik wil meer mogelijkheden om buiten werktijd te kunnen na- of bijscholen.	24,5	22,5
Er moet meer cursusaanbod komen dat op de NHG-standaarden is gericht.	67,6	50,4
Mijn voorkeur gaat uit naar programma's met alleen strikt medische onderwerpen.	15,7	15,5
Het na- en bijscholen heeft nauwelijks invloed op mijn werkzaamheden.	16,7	12,4
Dankzij de nascholingen heb ik meer plezier in mijn werk.	70,6	71,3
Van het uitwisselen in de wandelgangen leer ik minstens zo veel als van de feitelijke cursus.	35,3	34,9
Ik vind onderwerpen als praktijkvoering, ondersteuning, medisch recht, attitude, begeleiding van patiënten, e.d. zeer belangrijk.	78,4	68,0

hoeft te krijgen. In vervolgonderzoek zou het zorgvuldig plannen van de peiling tussen vakanties en lange weekenden de respons mogelijk kunnen verbeteren.

Opvallend is de geringe voorkeur van de deelnemers voor medische onderwerpen met als complement de grote belangstelling voor praktijkvoering, ondersteuning, medisch recht, attitude, begeleiding van patiënten. Dit sluit aan bij de wetenschappelijke twijfels over het nut van kennisvermeerdering zonder meer.<sup>5</sup> Bij de planning van nascholing is het belangrijk aan deze aspecten meer aandacht te besteden.

Het regionaal rondsturen van een elektronische kennistoets leverde geen wezenlijke problemen op. De voordelen ervan zijn evident: snelle en betrouwbare verwerking der data. De grote non-respons maakt het uiteraard onmogelijk een uitspraak te doen over het kennisniveau van

dé Haagse huisarts. Voor het plannen van nascholing is de representativiteit wellicht van wat minder belang.

Op kleinere schaal is de methode mogelijk geschikt om voor- en nametingen te doen over na- en bijscholingen. Onderzoek naar het effect van de individuele confrontatie met de resultaten zou zinvol zijn: kan het nascholingsgedrag van individuele huisartsen op deze manier daadwerkelijk worden beïnvloed?

De matige resultaten bij de vragen over reumatoïde artritis waren aanleiding dit onderwerp te kiezen voor een regionale eendaagse cursus.

#### Dankbetuiging

We danken Lies Brussé, werkzaam bij het Districtsbureau voor de secretariële ondersteuning, Ger en Dennis Ettes voor het maken van het computerprogramma, de Districts Commissie Deskundigheidsbevor-

dering voor de financiële middelen en het NHG voor het ter beschikking stellen van de vragen uit de DKB-pakketten, en Harm Jan Lamers voor commentaar op concepten van het manuscript.

#### Literatuur

1. Stokx LJ, Gloerich ABM, Hoenen JAHJ, Kersten TJJMT, Been P. Kostenbesparing door kwaliteitsbevordering. De effecten van geïntegreerde nascholing voor huisartsen. Huisarts Wet 1993; 36:440-4.
2. Van Leeuwen YD. Growth of knowledge of trainees in general practice. Figures on facts [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
3. Pollemans M. Kennistoetsing bij huisartsen [Dissertatie]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1994.
4. Van der Wouden JC, Hingstman L, Elzinga AJ. De medewerking van artsen aan postenquêtes. T Soc Gezondheidsz 1988; 66:379-81.
5. Rethans JJ. Does competence predict performance? [Dissertatie]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.