

Een cyclus van nascholing voor huisartsen - verschillen deelnemende en niet-deelnemende huisartsen

R. van Leeuwen, G.H. de Bock, C.H. Wai, F.W. Dekker

Inleiding

Sinds de oprichting van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH) Leiden en omstreken in 1986 onderneemt deze werkgroep een aantal activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering, waaronder (tot 1992) de organisatie van maandelijks nascholingsavonden. Uit onvrede met de matige opkomst van de doelgroep op deze avonden, gemiddeld 20% van de 160 huisartsen, werd in 1990 besloten tot een uitgebreide inventarisatie van de wensen van de doelgroep op het gebied van deskundigheidsbevordering. Deze inventarisatie leidde tot het formuleren van een beleidsplan, op basis waarvan in 1992 aan de huisartsen een nascholingscyclus werd aangeboden, bestaande uit zes nascholingsmiddagen verspreid over het jaar. De cyclus werd aangeboden als abonnement: de deelnemers schreven zich in voor alle onderdelen. Bijkomend voordeel van deze methode van inschrijving was, dat de deelnemende huisartsen niet kozen voor één specifiek onderwerp: dit zou eerder leiden tot een gunstig leereffect.^{1 2}

De opzet van de nascholingscyclus kreeg een positieve respons: 98 (60%) van de 160 huisartsen namen deel. De deelnemers werden verdeeld over zes groepen, die alle, op verschillende middagen, hetzelfde programma volgden. Deze opzet, met onder andere een beperkte groepsgrootte en een programma waarbij werd gewerkt aan de hand van casuïstiek uit de praktijk, sloot aan bij eerder geformuleerde specifieke condities om te komen tot een optimaal leereffect bij nascholing.³⁻⁵ Op iedere middag werd één onderwerp behandeld, waaronder 'Acute kindergeneeskunde'. Deze vier uur durende cursus was gericht op enkele acute aandoeningen bij kinderen en had als doel de

herkenning van en het adequaat handelen bij deze aandoeningen door de huisarts te bevorderen. In de cursus werd gebruik gemaakt van papieren patiënten, waarbij diagnostiek en therapie aan de hand van gestructureerde open vragen werden besproken. Ook werd informatie gegeven over CARA bij kinderen en over meningitis.

Wij waren geïnteresseerd in de vraag of deelnemende huisartsen zich zouden onderscheiden van niet-deelnemende huisartsen voor wat betreft algemene praktijkkenmerken, kennis, attitude en vaardigheid ten aanzien van het onderwerp 'CARA bij kinderen'. Ter beantwoording van deze vraag zijn de deelnemende huisartsen vergeleken met de niet-deelnemende huisartsen, waarbij gebruik gemaakt is van een enquête. Tot nu toe is dit onderwerp in de Nederlandse literatuur nauwelijks beschreven.

Methoden

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit een 'interventiegroep' en een 'controlegroep'. De nascholingscyclus werd aangeboden aan alle huisartsen (n=160) werkzaam in het werkgebied van de WDH Leiden en omstreken. Hiervan hebben 98, verdeeld in zes groepen, daadwerkelijk deelgenomen. Om redenen van tijdgebrek is één groep niet in de evaluatie betrokken, zodat de interventiegroep uit 83 deelnemers bestond. De overige huisartsen uit het werkgebied van de WDH Leiden en omstreken (n=62) dienden als controlegroep. Van deze groep zijn alleen de praktiserende huisartsen (n=50) aangeschreven.

De vragenlijst

Om de verschillen tussen wel en niet aan de nascholing deelnemende huisartsen te bestuderen werd gewerkt met een vragenlijst, die bestond uit drie delen. De vragen van het eerste deel hadden betrekking op huisarts- en praktijkkenmerken: leeftijd, geslacht, aantal jaren ervaring als huisarts, soort, grootte en lokatie van de praktijk. Het tweede deel van de vragenlijst bevatte vragen over beleid en attitude ten aanzien van kinderen met CARA. Aan de huisartsen werd gevraagd aan te geven hoe vaak en met welke medicatie zij kinderen met CARA behandelen en hoe vaak zij gebruik maken van aanvullend onderzoek als piekstroommeting, longfunctieonderzoek, longfoto's en allergietesten. Verder werd de huisartsen gevraagd hoe vaak zij voorlichting, begeleiding en saneringsadviezen geven en in-halatie-technologie controleren. Tenslotte werd naar het verwijsgedrag van de huisartsen gevraagd, zowel naar de verschillende specialismen in de tweede lijn als naar de fysiotherapie. Het derde gedeelte van de vragenlijst was een kennisstoets bestaande uit vijftien juist/onjuist vragen. Elk goed antwoord gold als één punt. De vragen hadden betrekking op het beloop, de pathofysiologie, de diagnostiek en de behandeling van CARA bij kinderen. De vragenlijst moest gemakkelijk en in korte tijd in te vullen zijn om een hoge respons te bewerkstelligen. Om dit te toetsen, en om te kijken of de vragen eenduidig en ondubbelzinnig waren, werd de vragenlijst tevoren in een pilot-studie door verschillende personen op vorm en inhoud beoordeeld. Op basis van deze voorstudie kwam de uiteindelijke vragenlijst tot stand. Aan de huisartsen uit de interventiegroep werd gevraagd de vragenlijst in te vullen vóór de cursus. In dezelfde periode werd de controle-groep aangeschreven met het verzoek dezelfde vragenlijst in te vullen.

Analyse

De deelnemende huisartsen zijn vergeleken met de niet-deelnemende huisartsen wat betreft praktijk- en huisartskenmerken, beleid, attitude en kennis met behulp van t-toetsen en chi-kwadraat toetsen.

Resultaten

Respons: Van de 83 aan de cursus deelnemende huisartsen die verzocht werden de vragenlijst in te vullen, hebben 53 cursisten dit daadwerkelijk gedaan (64%). Van de 50 huisartsen uit de controlegroep hebben 29 huisartsen (58%) de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd.

Huisarts- en praktijkkenmerken: Uit de vergelijking op de algemene vragen bleek dat de twee groepen significant verschilden wat betreft leeftijd en werkervaring. De huisartsen die de cursus volgden, waren gemiddeld ruim vijf jaar jonger en waren eveneens gemiddeld vijf jaar korter werkzaam als huisarts dan de huisartsen die de cursus niet volgden. Voor geslacht, soort, grootte en lokatie van de praktijk werd geen verschil tussen de twee onderzochte groepen gevonden.

Beleid en attitude: Uit de vergelijking van de antwoorden op de vragen die betrekking hadden op beleid en attitude van de huisarts ten aanzien van kinderen met CARA, kwamen geen significante verschillen naar voren. De groepen waren vergelijkbaar wat betreft het verwijsgedrag en het voorschrijfgedrag van verschillende soorten medicatie. Ten aanzien van het aanvullend onderzoek en de follow-up waren beide groepen vergelijkbaar, met uitzondering van het controleren van de inhalatie-technologie en het laten uitvoeren van allergietesten. De huisartsen die zich voor de cursus hadden ingeschreven bleken significant vaker dan hun collega's in de controlegroep de inhalatie-technologie van de kinderen met CARA te controleren ($p < 0.05$). Tevens bleek dat huis-

artsen uit de interventiegroep vaker allergietes-
ten laten uitvoeren dan de controlegroep
($p < 0.01$). Er is geen significant verschil gevon-
den tussen beide groepen wat betreft het geven
van voorlichting, begeleiding en saneringsad-
vies.

Kennis: De huisartsen van de nascholings-
groep beantwoordden gemiddeld 10.7 van de
15 vragen goed (SD 1.6). Voor de huisartsen
uit de controlegroep was dit 10.6 van de 15 (SD
1.2). Er was dus geen significant verschil in
kennis tussen de huisartsen van de nascho-
lingsgroep en die van de controlegroep.

Discussie en conclusie

In dit onderzoek zijn deelnemende en niet-
deelnemende huisartsen bij de nascholing
'CARA bij kinderen' vergeleken. De respons-
percentages op de vragenlijst kwamen met
64% voor de interventiegroep en 58% voor de
controlegroep overeen met de verwachtingen
bij postenquêtes.⁶ Deelnemende en niet-deel-
nemende huisartsen verschilden niet wat be-
treft praktijkgebonden kenmerken en kennisni-
veau. Met uitzondering van het controleren van
de inhalatietechniek en het testen op allergie
geldt dit ook voor het beleid en de attitude. Een
verklaring kan zijn, dat jongere huisartsen hier-
in mogelijk beter geschoold zijn. De groepen
bleken niet vergelijkbaar wat betreft persoon-
lijke kenmerken. De huisartsen in de nascho-
lingsgroep waren gemiddeld jonger en minder
jaren werkzaam als huisarts dan hun collega's
in de controlegroep. Jongere huisartsen leken
iets meer bereid tot het volgen van nascholing.

Literatuur

1. Sibbly JC et al. A randomized trial of continuing medical education. *N Engl J Med* 1982; 306: 511-5.
2. Courant J. Pleidooi voor verplichte nascholing. *Medisch Contact* 1984; 45: 1452-2.
3. Graaff W de. Nascholing vóór en dóór huisartsen. *Medisch Contact* 1982; 27: 795-8.
4. Marang MKP, Drift van der Nies van HAM. Arts en nascholing. *Medisch Contact* 1991; 46: 127.
5. Hofstra ML, Boshuizen HPA, Groi RPTM, Hobus PPM, Meijer ME, Jacobs JCG. Aansluiting van nascholing op het kennisstelsel van huisartsen. *Bulletin Medisch Onderwijs* 1993; 12: 65-72.
6. Wouden JC van der, Hingsman L, Elzinga AJ. De medewerking van artsen aan postenquêtes. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1988; 66: 379-81.

DE AUTEURS

R. van Leeuwen, huisarts, plaatselijk coördinator van de Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen Leiden e.o./Kust- en Bollenstreek.
G.H. de Bock, wetenschappelijk medewerker, verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.
C.H. Wai, arts, destijds als student verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.
F.W. Dekker, wetenschappelijk medewerker, verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden.

Correspondentie-adres:

R. van Leeuwen, Rosmolen 2, 2317 SJ Leiden.