

NASCHOLING EN TOETSING IN BREDER PERSPEKTIEF

J.B. de Groot*

07 NOV. 1984

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS
NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

*arts, hoofd van de afdeling Ontwikkelingsprojecten van het NHI.

1. INLEIDING

De nascholing voor huisartsen was zo'n twintig jaar geleden volledig geënt op de tradities van het geneeskundig onderwijs, zoals die algemeen geldend waren in de opleiding tot arts. Voornamelijk specialisten rekenden het tot hun taak huisartsen te onderwijzen in nieuwe verworvenheden in hun vakgebied.

De nascholing werd vaak georganiseerd vanuit het ziekenhuis, waarbij specialistische ervaringen en kennis middels lezingen aan de aanwezigen werd aangeboden. Invalshoek van benadering was de patiënt die tot de populatie van de specialist behoorde; de diagnose stond centraal en pathogenese, diagnostiek en behandeling kwamen in vertrouwde volgorde aan de orde. Ook alle wetenschappelijk verkregen kennis berustte op klinisch onderzoek. De specialist was de leermeester, de huisarts de leerling.

Mèt de opkomst van de huisartsgeneeskunde als specifieke discipline in de geneeskunde, dat te maken heeft met een andere patiëntenpopulatie, een ander morbiditeitspatroon, een ander probleemaanbod en een andere wijze van probleemoplossing, ontstond de behoefte bij huisartsen aan een andere nascholing. Huisartsen ontdekten dat zij beter dan wie ook in staat waren vast te stellen aan wat voor nascholing zij behoefte hadden. Zij gingen zich dan ook meer en meer met zowel de organisatie als de inhoud van hun nascholing bezig houden.

Deze ontwikkeling heeft er toe geleid dat in 1968 de eerste Warffumkursus werd gehouden. Er ontstond een nascholingsmodel waarbij een aantal voor de huisarts relevanter nascholingsthema's aan de orde werden gesteld, op een manier die tot dan zeer ongebruikelijk was: uitgaande van een papieren (huisartsen)spreekuur werd de huisartsgeneeskundige benadering uitgewerkt. De huisarts veranderde van passieve luisteraar tot actieve deelnemer en de specialist kreeg de rol die hem toekwam: die van kunsulent.

Sedert dien hebben de ontwikkelingen niet stilgestaan. Heden ten dage krijgt de huisarts dagelijks te maken met uitnodigingen tot het bijwonen van Warffumkursussen, blokdagen, bedside teaching, trainingen, workshops, symposia en kongressen. Het aanbod aan nascholing overtreft de praktische mogelijkheid tot het volgen daarvan. De huisarts ziet zich voor een keuze-probleem gesteld.

Maar kiezen op grond van wat?

Aangezien de programmering van het aanbod meestal tot stand komt op impressionistische wijze en slechts zelden is gebaseerd op onderzoek naar de leerbehoeften van huisartsen (1) zal de keuze van de huisarts die nascholing wil volgen vaak op arbitraire gronden worden gemaakt.

In dit artikel zal nader worden ingegaan op de betekenis van nascholing en de plaats die zij heeft in het systeem van de gezondheidszorg.

Achtereenvolgens wordt daarbij ingegaan op

- het eigene van huisartsgeneeskunde,
- het specifieke van onderwijs bestemd voor volwassen beroepsbeoefenaars,
- nascholing en de relatie met de opleiding,
- de plaats van nascholing binnen de gezondheidszorg en haar relatie met kwaliteitstoetsing.

2. HET EIGENE VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

Denken over nascholing betekent automatisch stilstaan bij het specifieke van de huisartsgeneeskunde. Immers nascholing voor huisartsen heeft als doel de kwaliteit van de zorg die huisartsen verlenen, te handhaven en te verbeteren. Zij moet worden beschouwd als een van de instrumenten waarmee de gezondheidszorg kan worden verbeterd. (2)

Juist het specifieke van de huisartsgeneeskunde is onderwerp van onderzoek en bezinning. Elders in het Nieuw kompas voor de huisarts worden de verschillende aspecten van huisartsgeneeskundig denken en handelen aan de orde gesteld. Het zou dan ook wat pretentiekus zijn daar uitvoerig op in te gaan. Genoeg zij dat de huisartsgeneeskunde een geheel eigen plaats heeft verkregen in de geneeskunde. Deze eigen identiteit wordt ondermeer bepaald door het probleemaanbod (de aard van de populatie en de aard van de problemen waar de huisarts mee te maken krijgt); de wijze van probleemoplossen door de huisarts (de werkwijze, waarbij niet de ziekte-diagnose, maar de klacht van de patiënt centraal staat) en de taken die de huisarts zich zelf toekent (zoals onlangs is neergelegd in het basis takenpakket van de LHV).

Het is wegens dit eigene van de huisartsgeneeskunde dat de huisarts meer en meer betrokken wilde worden bij de organisatie en invulling van diens eigen nascholing: een specifiek beroep vereist specifiek daarop toegesneden scholing en nascholing.

3. HET SPECIFIEKE VAN ONDERWIJS BESTEND VOOR VOLWASSEN BEROEPSBEOEFENAARS

Nascholing leidt niet op voor een examen of beroep, maar betekent verdere vorming en nascholing van volwaardige beoefenaars van het beroep huisarts. Dit onderscheid heeft grote consequenties voor de te hanteren methoden in het onderwijs. Het maakt nogal wat uit of men (initiële) kennis wil overdragen, waarbij aan het eind van het leerproces wordt geëxamineerd, óf dat men het probleemoplossend vermogen van de deelnemers - ten dienste van hun handelen in de praktijk - tracht te vergroten en daarbij kennisstof aanrijkt en vaardigheden oefent.

Scholing aan volwassenen wordt volwasseneneducatie genoemd. Nascholing voor huisartsen kan worden beschouwd als een bijzondere vorm daarvan. Bij de nascholing van huisartsen dient daarom rekening te worden gehouden met dat wat vanuit de volwasseneneducatie bekend is met betrekking tot de specifieke wijze van leren van volwassenen en de onderwijsmethoden die daarbij het meest effectief zijn.

Volwassenen leren anders dan bijvoorbeeld scholieren.

Bij deze laatste categorie gaat het om een verplichte activiteit, waarbij het verkrijgen van kennis vaak doel op zich is. Bij volwassenen is leren geen doel op zich. Primair leren volwassenen omdat zij een nuttige toepassing van het geleerde voor ogen hebben. Leren is daarbij eerder middel dan doel.

Bovendien gaat scholing aan volwassenen niet uit van een nul-situatie: er bestaat een gereede hoeveelheid kennis, men beschikt over een aantal vaardigheden en er bestaat een grondhouding die het handelen in de praktijk stuurt.

En niet in de laatste plaats brengt de volwassen cursist de nodige werk- en levenservaring in.

Noodzakelijk geachte nieuwe denkbeelden of vaardigheden dienen te worden geïntegreerd in bestaande kennis, vaardigheden en opvattingen. Soms zal daarbij leren tevens de betekenis krijgen van afleren van zaken die obsoleet zijn geworden.

Omdat volwassenen leren als middel zien om op een (meer) adequate wijze om te kunnen gaan met de problemen die zij in de praktijk ervaren, zullen zij er de voorkeur aan geven die (na)scholingsprogramma's te gaan volgen die aan deze wens tegemoet komen. Dat wil zeggen dat zij selectief te werk dienen te gaan bij de keuze tussen de verschillende programma's. Die selectie zal er dan op gericht zijn uiteindelijk die nascholing te kiezen die relevant is voor hun werksituatie, aansluit bij vastgestelde onvolkomendheden in hun werk en gericht is op "witte plekken". Maar witte plekken in kennis of vaardigheden ziet men doorgaans zelf niet zo gemakkelijk en voor het vaststellen van onvolkomendheden zijn kwaliteitscriteria nodig en methoden om deze toe te passen.

Bij het organiseren van nascholing voor huisartsen zal met dit alles rekening moeten worden gehouden.

Nu is dat zeker nog lang niet altijd het geval. Huisartsen kiezen nog vaak voor nascholingsonderwerpen die hun speciale belangstelling hebben. Onderzoek heeft echter aangetoond dat wanneer "belangstelling" als keuzekriterium wordt gehanteerd het effect van nascholing gering is (3). En het vaststellen van onvolkomendheden in het werk van de huisarts of het opsporen van witte plekken op een zódanige wijze dat zij voor de huisarts een prikkel vormen om daarop gerichte nascholing te gaan volgen (behoeftebepaling) is zeker nog geen algemeen ingevoerd principe (1).

Ook de onderwijsmethoden, waarvan uit de volwasseneneducatie bekend is dat zij effectief zijn bij het leren van volwassenen, worden in de nascholing voor huisartsen nog niet algemeen gebruikt. Op zich is dat niet verwonderlijk, gezien de lange traditie van 'verticaal' onderwijs in de geneeskunde, waarbij hoorcolleges het grootste bestanddeel vormen van alle onderwijsmethoden die er bestaan. Dat wil niet zeggen dat colleges nimmer zinvol gebruikt kunnen worden. Het hangt er maar vanaf wat men precies wil bereiken. Streeft men naar de overdracht van kennis m.b.t. nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde, waarbij globale kennis daarover voldoende is, dan kan de collegevorm een bruikbare methode zijn. Streeft men naar kennisvermeerdering, waarbij de nadruk ligt op directe toepassing in de praktijk, dan is de collegevorm al snel onvoldoende effectief.

Volwassenen leren het snelst als de aangeboden stof specifiek is (i.t.t. algemeen), aangeboden wordt in afwisselende en verschillende werkvormen, deze werkvormen de mogelijkheid in zich hebben ervaringen met die van anderen te vergelijken, zij zelf de mogelijkheid hebben het tempo van het leerproces te bepalen en hen de mogelijkheid biedt problemen zoals die zich in hun werksituatie voordoen (beter) op te lossen. Voor de onderwijssituatie voor volwassenen betekent dit het aanbieden van verschillende werkvormen, het gebruik van verschillende leermedia (syllabi, geprogrammeerde instructies, gestructureerde open vragen, audiovisuele hulpmiddelen) en vaak werken in kleine groepen.

In de nascholing voor huisartsen wordt soms met deze uitgangspunten van de volwasseneneducatie rekening gehouden.

Goede voorbeelden hiervan zijn de al genoemde Warffum-cursussen en de z.g. blokkursussen, waarin binnen een betrekkelijk veilig klimaat, in kleine groepen, probleemgericht en met een grote mate van zelfwerkzaamheid wordt gewerkt aan onderwerpen die relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde. Daarnaast bestaan er nog te veel nascholingsactiviteiten die niet gebaseerd zijn op deze onderwijsprincipes. Overziet men het nascholingsaanbod in Nederland, dan blijkt dat slechts in globaal 30% van de aangeboden programma's er enigermate sprake is van nascholing waarin deze principes zijn verwerkt. Gerelateerd aan het aantal cursisten dat deelneemt aan deze vormen van nascholing ten opzichte van het totaal aantal deelnemers aan ook andere nascholing, zal dit percentage nog veel lager liggen. Opvallend, maar niet verbazingwekkend is het feit dat met name de farmaceutische industrie (maar zij niet alleen) vooral nog verticaal onderwijs organiseert voor grote groepen deelnemers.

4. NASCHOLING EN DE RELATIE MET DE OPLEIDING

Nascholing voor huisartsen is verdere vorming en scholing nà het beëindigen van de beroepsopleiding en dient er op gericht te zijn dat de kwaliteit van de zorgverlening voor de patient wordt onderhouden, ontwikkeld en verbeterd.

Door deze omschrijving eng te interpreteren zou de schijn kunnen worden gewekt dat nascholing los gezien kan worden van de basisopleiding en de beroepsopleiding.

Niets is minder waar. Basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing zijn onderdelen van eenzelfde continuum. Niet alleen in de betekenis van de bekende slogan "medicine is a long-life study", maar zeker ook in de zin dat in de opleiding de basis moet worden gelegd om de toekomstige beroepsbeoefenaar te motiveren en te stimuleren tot het deelnemen aan nascholings- en toetsingsactiviteiten. Dit betekent wel dat met name ook de beroepsopleiding aan moet sluiten bij de werkwijze van de huisarts. En dat heeft uiteraard consequenties voor de inrichting van de beroepsopleiding.

Een ander kenmerk van het genoemde continuum is de noodzaak tot (terug) koppeling vanuit ieder onderdeel op dat continuum naar een voorafgaand of volgend deel.

Ervaringen in de beroepsopleiding kunnen (en zullen) in de praktijk aanleiding zijn om werkwijze of inhoud van de basisopleiding bij te stellen. Evenzeer zullen ervaringen in de nascholing en in het algemeen de ervaringen in de beroepsuitoefening van invloed zijn op de beroepsopleiding.

De Leeuwenhorst-werkgroep (een Europese werkgroep die zich heeft bezig gehouden met de functie van de huisarts, de opleiding en de nascholing) geeft dit duidelijk aan in de omschrijving die zij geeft van de inhoud van nascholing. Volgens deze groep dient nascholing zich bezig te houden met

- " a. kennis, vaardigheden en attitudes die tijdens de basisopleiding en de beroepsopleiding zijn verworven te herzien; te schrappen wat verouderd is en te behouden wat waardevol is
- b. de dokter te helpen zijn eigen tekorten te ontdekken en helpen omgaan met de moeilijkheden die hij in zijn werk ondervindt, door ervaringen onder kollega's uit te wisselen, zowel medici als niet-medici
- c. de dokter te helpen nieuwe inzichten te onderkennen en toe te passen

waarbij de ervaring als huisarts als grondslag wordt gebruikt voor de bepaling van hun waarde en toepassing in de praktijk. Door op deze wijze zowel training te krijgen als te geven zal de huisarts zijn competentie verhogen en op effectieve wijze nieuwe taken aanleren.

- d. de dokter helpen creatief te denken en zijn eigen werk kritisch te benaderen door verdere opleiding en research." (4)

Deze omschrijving is om meerdere redenen van belang.

Ten eerste verwijst zij naar de terugkoppelingsnoodzaak met betrekking tot de opleiding.

De praktijk leert echter dat deze uitspraak wel mooi is, maar de werkelijkheid niet weer geeft. De eenjarige beroepsopleiding heeft onvoldoende mogelijkheden om alle facetten van de huisartsgeneeskunde aan de orde te stellen. Veel van voor de huisarts relevante onderwerpen komen niet of nauwelijks aan bod en uit evaluatieonderzoek blijkt dat objectief en subjectief de opleiding insufficiënt wordt bevonden (5).

De wensen die de beroepsgroep heeft om op grond van ervaringen in de praktijk of nascholing, nieuwe onderwerpen al in de beroepsopleiding in te voegen kunnen dan ook nauwelijks worden gehonoreerd.

Veel onderwerpen waar de huisarts mee te maken krijgt, zoals ondermeer: registratie, toetsing, gezondheidszorg voor bijzondere groepen als bejaarden of etnische minderheden, geneesmiddelen voorziening in een apotheekhoudende praktijk of patientenvoorlichting, komen onvoldoende aan bod.

Verwezenlijking van bovengenoemd principe zou wel eens pas dán tot stand kunnen komen als de beroepsopleiding in de tijd wordt verlengd.

Ook op een ander segment van het continuum is er geen adequate (terug) koppeling. Beroepsopleiding en nascholing kampen met het probleem dat de basisopleiding nog te veel natuurwetenschappelijk is georiënteerd en de gezondheidszorg nog te veel vanuit klinisch gezichtspunt wordt benaderd.

Ten tweede geeft de Leeuwenhorstverklaring duidelijk aan dat de nascholing er op gericht moet zijn "de dokter te helpen zijn eigen tekorten te ontdekken en oplossingen te vinden" of zoals Miller het al in 1967 kernachtig formuleerde: "not to tell them what they need to know, (but to help them to want what they require" (6).

De verantwoordelijkheid voor het ontdekken van onvolkomendheden in het werk van de huisarts wordt hier - terecht - bij de beroepsgroep zelf gelegd. In het rapport worden enkele methoden genoemd die hierbij bruikbaar zijn. Zowel het dagelijkse contact met de patiënt als het lezen van specialistenbrieven, casusbesprekingen en onderlinge toetsing kunnen worden gebruikt om deze onvolkomendheden op te sporen. Zo gehanteerd zijn zij impliciet ook methoden om de behoefte aan nascholing voor huisartsen vast te stellen. (1) Het gemeenschappelijke bij al deze methoden is dat wordt uitgegaan van de ervaringen in de dagelijkse praktijk.

De in de vorige paragraaf gestelde uitspraak dat nascholing kan worden beschouwd als een vorm van volwassenenedukatie, wint hiermee aan betekenis.

Ten derde wordt er in de verklaring op gewezen dat de huisarts geen geïsoleerde positie inneemt in de gezondheidszorg. De huisarts komt in contact met, of werkt samen met zowel klinici als niet-medici. De werkzaamheden van deze andere hulpverleners zijn vaak complementair aan die van de huisarts. Waar steeds vaker van een geïntegreerde hulpverlening wordt gesproken ligt het voor de hand dat deze verschillende disciplines ook een bijdrage kunnen leveren aan het ontdekken van onvolkomendheden in het werk van de huisarts en soms bij diens nascholing betrokken zouden moeten worden.

Ook hier leert de praktijk dat dit nog maar zelden het geval is. De opleiding van de verschillende disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg is nog steeds een "verkokerd" systeem waarin vrijwel uitsluitend wordt gewerkt aan de specifieke discipline-gebonden kennis en vaardigheden. Samenwerking, laat staan geïntegreerde opleiding bestaat niet of nauwelijks. Geïntegreerde hulpverlening moet men zich kennelijk eerst in de praktijk eigen maken. Maar ook de nascholing biedt daartoe slechts enkele mogelijkheden. De cursussen methodisch werken voor samenwerkingsverbanden van het Nederlands Huisartsen Instituut, de cursussen helpen bij sexuele moeilijkheden en de compagnonscursus voor huisartsen en specialisten in Friesland en Limburg zijn vrijwel de enige voorbeelden van multidisciplinaire nascholing.

In een tijd dat de huisarts meer en meer wordt geconfronteerd met de noodzaak tot samenwerking en taakaafbakening, is het vreemd te constateren dat een van de maatregelen die daartoe een bijdrage kan leveren, nl. multidisciplinaire nascholing, zo moeizaam van de grond komt.

Tot nu toe is de nascholing beschreven vanuit haar relatie met de opleidingen en in het licht van haar gerichtheid op hjet funktioneren als huisarts.

Het lijkt een gesloten systeem: het opleidingssysteem.

figuur 1. Het opleidingssysteem

5. DE RELATIE VAN NASCHOLING MET KWALITEITSTOETSING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Er van uitgaande dat een systeem een samenhangend geheel is van elkaar beïnvloedende factoren binnen een kleiner of groter geheel, kan de gezondheidszorg als een systeem worden aangemerkt. En wel als een systeem van hulpverlening (7).

Binnen dit systeem zijn een aantal subsystemen te isoleren, welke ieder apart zijn te bestuderen naar organisatie en functioneren, doch ook naar onderlinge samenhang.

Doelen en taten van ieder sybsysteem dienen nl afgeleid te zijn van die van het hogere systeem waarvan zij onderdeel uitmaken. De bestudering van de onderlinge samenhang van de subsystemen is belangrijk omdat het functioneren van het ene subsysteem van invloed is op het - nevengeschikte - andere subsysteem. Deze vanuit de systeemleer afkomstige benadering maakt het mogelijk nascholing geïsoleerd te beschouwen (zoals in paragraaf 3 is gedaan) of wel te zien als een onderdeel van het subsysteem opleidingen (zoals in paragraaf 4 is beschreven).

In deze paragraaf komt een ander subsysteem aan de orde, nl. dat van de kwaliteitstoetsing in de gezondheidszorg.

Na de beschrijving van enkele kenmerken van dit subsysteem zal worden ingegaan op de relatie tussen het subsysteem van kwaliteitstoetsing en dat van de opleidingen in het algemeen en nascholing in het bijzonder.

Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg

Het valt buiten het bestek van dit artikel om uitvoerig stil te staan bij de aard van de gezondheidszorg en haar doelstellingen. Het hoofddoel van de gezondheidszorg is "het bevorderen van mogelijkheden tot optimale gezondheid voor de gehele bevolking". (8)

De huisarts draagt hiertoe - vanuit zijn positie en het eigene van de huisartsgeneeskunde - een steentje bij.

Het ligt voor de hand dat de wijze van functioneren van de huisarts mede wordt bepaald door de eisen die vanuit de gezondheidszorg worden gesteld. Dus ook de nascholing dient hier rekening mee te houden.

Op de een of andere manier zal de verleende zorg moeten worden beoordeeld. Het gehele systeem van beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg, met alle daarop gerichte activiteiten, procedures en methoden kan worden beschouwd als het subsysteem kwaliteitstoetsing.

Onder toetsing van de kwaliteit van de geboden zorg wordt dan verstaan het inventariseren en beoordelen van de geleverde diensten in de praktijk met het oog op deze (meer) in overeenstemming te brengen met de doelstellingen van de gezondheidszorg.

Het uitgangspunt is daarbij dat het proces van toetsing gericht is op verbetering van de gezondheidszorg. Met andere woorden: de doelstellingen van het subsysteem kwaliteitstoetsing zijn afgeleid van die van het gezondheidszorgsysteem. Beoordeling van de verleende zorg zal dus - gerelateerd aan de doelstellingen van de gezondheidszorg - afgemeten moeten worden aan de gezondheidstoestand van de bevolking.

Het probleem is echter dat er niet altijd harde kwaliteitseisen (zg. outonome-kriteria) bestaan waarmee die gezondheids toestand kan worden gewogen. En daarnaast lijkt er geen rechtstreekse relatie te bestaan tussen de kwaliteit van de gezondheidszorg en de gezondheids-toestand van de bevolking. Zo heeft bijv. de verbetering van de gezondheidstoestand van de bevolking in de geïndustrialiseerde landen in de laatste decennia, inclusief de toegenomen levensverwachting, meer te maken

met de verbetering van hygiëne en voeding, dan dat zij een effect zijn van de gezondheidszorg. (9, 10)

Het meten van het effect van de gezondheidszorg (i.c. het beoordelen van de gezondheidszorg) op de gezondheidstoestand van de bevolking is dan ook geen eenvoudige zaak.

Als het vooralsnog niet mogelijk is om het effect te meten van de gezondheidszorg op de gezondheidstoestand van de bevolking, dan moet naar andere wegen worden gezocht om de kwaliteit van de gezondheidszorg te toetsen.

Op een lager abstraktieniveau kan dit inderdaad door na te gaan hoe de wijze van hulpverlening geschiedt, gerelateerd aan criteria die zijn ontleend aan opvattingen over wat goed en minder goed is aan het geneeskundig handelen.

Deze meer begrensde vorm van toetsing is een vorm van kwaliteitsbewaking die direkt te maken heeft met de werkwijze van de arts. Zij zal de meeste huisartsen in deze tijd dan ook vertrouwd in de oren klinken.

Kriteria voor kwaliteit

De criteria die worden gehanteerd om de kwaliteit van het geneeskundig handelen te beoordelen komen tot stand onder invloed van verschillende factoren. Zij zijn ondermeer afhankelijk van:

- de behoefte aan zorg van de bevolking.

In de al eerder genoemde Leeuwenhorstverklaring staat dat "nascholing uit dient te gaan van de behoefte aan zorg van de bevolking". Wat betekent dat? Het is immers niet gemakkelijk om eenduidig vast te stellen welke die behoeften zijn. Eenvoudig afgaan op gesignaleerde behoeften bij groepen patiënten, patiëntenverenigingen of grotere groepen uit de bevolking, zal niet altijd een richtlijk kunnen zijn voor (verbetering van) de gezondheidszorg. In een tijd dat de roep om meer gespecialiseerde en uitgebreidere zorg ook mogelijk wordt gemaakt door de technologische ontwikkelingen, is het nog maar de vraag of het antwoord van de gezondheidszorg op al deze vragen wenselijk of zelfs verantwoord is. Voorbeelden van ongewenste ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld het tot stand brengen van categorale hulpverlenings-circuits voor sommige categoriën patiënten en sommige vormen van bevolkingsonderzoek. Het kritiekloos overnemen van alle wensen uit de bevolking zal ook medicalisering en somatische (of psychische) fixatie in de hand kunnen werken.

Voor de nascholing van huisartsen betekent dit dat zeker niet alle behoeften van de bevolking moeten worden geïnterpreteerd als mogelijke tekortkomingen in het werk van de huisarts, welke door nascholing dienen te worden verbeterd.

Als nascholing rekening dient te houden met "de behoeften aan zorg van de bevolking" wordt bedoeld dat deze behoeften medebepalend zijn voor de aard van de gezondheidszorg en de inhoud van opleiding en nascholing.

- een geëxpliciteerde visie op ziek zijn en gezondheidszorg zoals de beroepsgroep - binnen het algemeen maatschappelijk kader - dient te formuleren, als basis voor de omschrijving van een takenpakket. Het onlangs door de landelijke Huisartsen Vereniging geformuleerde takenpakket van de huisarts kan dan ook worden beschouwd als een richtlijn voor de inhoud van opleiding en nascholing.

- de invloed van andere disciplines.

In de vorige paragraaf werd reeds betoogd dat de huisarts geen geïsoleerde positie inneemt. Klinici en niet-medici hebben evenzeer taken in het hulpverleningssysteem. Geïntegreerde hulpverlening betekent ondermeer dat huisartsen niet meer autonoom kunnen bepalen wat onder goed huisartsgeneeskundig handelen dient te worden verstaan, doch dat zij mede hun oor te luisteren dienen te leggen bij andere hulpverleners.

- de mogelijkheden van de gezondheidszorg.

Kwaliteitseisen die aan de (huisarts)geneeskunde worden gesteld zijn zeker ook afhankelijk van nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde, technologische mogelijkheden en afhankelijk van de middelen die de maatschappij voor de gezondheidszorg voorzieningen ter beschikking wil stellen.

- maatschappelijke en demografische factoren.

Demografische, culturele en maatschappelijke veranderingen stellen steeds weer andere eisen aan de gezondheidszorg en leiden dus tot een veranderende behoefte aan nascholing. De veroudering van de bevolking, de toeneming van de werkeloosheid en arbeidsongeschiktheid, alsmede de aanwezigheid van etnische minderheden resulteren in veranderende hulpvragen, waar de geneeskunde een passend antwoord op dient te vinden.

- wetenschappelijk onderzoek.

Omdat wetenschappelijk onderzoek gegevens op kan leveren over het handelen in de praktijk (of verschillen daarin) en de effecten van bepaalde handelwijzen kan bestuderen, is wetenschappelijk onderzoek van belang.

Op grond van de uitkomsten van onderzoek kunnen criteria voor goed huisartsgeneeskundig handelen worden geformuleerd.

Wat heeft dit alles nu met nascholing te maken? Nascholing voor huisartsen heeft het nadrukkelijke doel de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen binnen de gezondheidszorg te verbeteren.

Naar inhoud dient zij aan te sluiten bij de eisen die aan de huisartsgeneeskunde worden gesteld en als onderwijsproces dient zij aan te sluiten bij onvolkomenheden die daarin worden geconstateerd. Voor beiden is het hanteren van criteria noodzakelijk. Met andere woorden: nascholing heeft pas zin als zij is gekoppeld aan een proces van kwaliteitstoetsing.

De criteria waaraan wordt getoetst dienen door de beroepsgroep zelf te worden geformuleerd. Expliciet of impliciet worden de bovengenoemde uitgangspunten daarbij betrokken.

Op vele plaatsen worden door huisartsen zelf normen en criteria* opgesteld ten aanzien van wat als goed huisartsgeneeskundig handelen wordt beschouwd bij bepaalde onderwerpen uit de huisartsgeneeskunde.

Deze criteria komen o.a. tot stand door overleg met collegae, consultatie met specialisten en zijn gebaseerd op common sence, praktische ervaring, literatuurstudie en/of wetenschappelijk onderzoek.

In de nota kwaliteitsbewaking van het ministerie van WVC (8) wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe toetsing. Van interne toetsing wordt gesproken indien toetsingsactiviteiten met betrekking tot het functioneren van een bepaalde organisatie door leden van deze organisatie zelf worden verricht. Van externe toetsing is sprake als deze toetsingsactiviteiten door personen buiten deze organisatie worden verricht. Onder "organisatie" kan hier worden verstaan het gezondheidszorgsysteem.

De vormen van interkollegiale toetsing zoals die in Nederland momenteel worden ontwikkeld en beoefend zijn dus vormen van interne toetsing. Daarbij worden de criteria voor goed geneeskundig handelen door de beroepsgroep zelf opgesteld en gehanteerd.

*Op het verschil tussen "normen" en "criteria" en het daarbij passende begrip "waarden" wordt hier niet nader ingegaan. Zie daarvoor o.a. Lamberts (11)

Het verschil tussen interne en externe toetsing is van belang omdat huisartsen, willen zij betrokken zijn bij hun eigen nascholing, óók betrokken dienen te zijn bij de kwaliteitsbewaking van hun werk. Kwaliteitsbewaking is immers het beginpunt van een proces wat kan leiden tot het vaststellen van onvolkomendheden in het werk en het organiseren en volgen van daarop gerichte nascholing.

Naast het feit dat huisartsen zelf het best kunnen aangeven wat onder goed huisartsgeneeskundig handelen wordt verstaan en eerder geneigd zullen zijn om zich te houden aan door hen zelf opgestelde criteria dan aan criteria die door anderen worden opgelegd, heeft dit ook een politieke betekenis. In tegenstelling tot wat wel eens wordt gevreesd zal de overheid weinig behoefte hebben om de hulpverleners in de gezondheidszorg te gaan toetsen, als de beroepsgroep daar zelf in voorziet. (Memorie van toelichting op de BIG-wet, Beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg).

De relatie tussen nascholing en toetsing van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Binnen het subsysteem van de kwaliteitstoetsing kunnen de eisen worden geformuleerd waaraan de beroepsuitoefening moet voldoen. De relatie met het subsysteem van de opleiding (paragraaf 4) wordt zichtbaar in de vertaling van deze kwaliteitseisen in doelstellingen van de opleiding. In het rapport "kenmerken van de huisarts II" worden deze doelstellingen - afgeleid van het takenpakket van de huisarts - dan ook nader geprecisieerd. (12) Voor dit artikel is van belang de relatie tussen nascholing en kwaliteitstoetsing.

Miller heeft de relatieweergegeven door een proces te beschrijven volgens welke de behoefte aan nascholing kan worden vastgesteld door de werkelijkheid van de geleverde zorg te vergelijken met het aan criteria ontleende ideaalbeeld daarvan. (13)

Aan de hand van enkele schema's zal dat worden verduidelijkt.

In figuur 2 is het oorspronkelijke schema van Miller gemodificeerd en toegespitst op de kwaliteitstoetsing in de huisartsgeneeskunde en de nascholing van huisartsen.

Uitgaande van een analyse van het werk van de huisarts wordt er, ten aanzien van een bepaald onderwerp of probleem-gebied, vastgesteld hoe het handelen van de huisarts m.b.t. het gekozen onderwerp er in de praktijk uitziet. Vervolgens wordt deze werkelijkheid getoetst aan het door criteria bepaalde ideaalbeeld. Er kan dan worden vastgesteld of er verschillen bestaan tussen werkelijkheid en norm.

Zo ja, dan moet worden bepaald of de gevonden verschillen door nascholing kunnen worden weggewerkt. Het kan natuurlijk ook zijn dat onvolkomendheden in de hulpverlening niet berusten op gebrek aan kennis of vaardigheden, maar van structurele of organisatorische aard zijn. In dat geval zijn andere maatregelen dan nascholing nodig.

Nascholing en Toetsing zijn onverbrekkelijk met elkaar verbonden, zij zijn komplementair aan elkaar als middel om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren.

Het zal nu duidelijk zijn dat nascholing niet alleen ingebed dient te zijn in het in paragraaf 4 beschreven min of meer gesloten lijkend systeem van de opleiding.

Het plaatje kan nu worden vervangen door dat van een groter en meer complexer systeem.

figuur 3.

6. ENKELE KANTTEKENINGEN

6.1. Langzamerhand ontstaat er in Nederland een klimaat waarin huisartsen ontdekken dat onderlinge toetsing een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en de werksatisfactie (15). Door onderlinge toetsing ontstaat meer en meer inzicht in de wijze waarop de huisarts zijn taken vervult (procestoetsing) en/of de middelen, kennis en vaardigheden, waarover hij beschikt (structuurtoetsing). Het zal duidelijk zijn dat daar ook de raakvlakken met nascholing liggen: door toetsing ontdekte onvolkomendheden in het werk van de huisarts zullen o.a. door nascholing kunnen worden opgevuld. Onderlinge toetsing kan dan ook worden beschouwd als een middel om de behoefte aan nascholing zoals huisartsen die ervaren vast te stellen (1,14). Daarnaast is uit de genoemde toetsingsexperimenten gebleken dat meedoen aan toetsing op zich een nascholingeffect heeft: groepsgewijs bezig zijn met het vak betekent automatisch bezig zijn kennis te verdiepen of te verkrijgen en kan aanleiding zijn om het beleid ten aanzien van een bepaald probleem te wijzigen (15). Natuurlijk kan het resultaat van zo'n toetsingsproces ook zijn dat de deelnemer wordt bevestigd in de goede kwaliteit van zijn handelen.

Op zichzelf volgt die nascholingsbehoefte echter niet rechtstreeks uit het toetsingsproces. Immers het toetsingsproces levert als product op de wetenschap dat men al dan niet volgens de norm handelt. Is nascholing mogelijk met betrekking tot gevonden discrepanties tussen werkelijkheid en norm, dan is het noodzakelijk dat huisartsen de gevonden onvolkomendheden in hun werk ook als zódanig herkennen en als onjuist ervaren. Dan pas zal de motivatie kunnen ontstaan om nascholing op het betreffende terrein te gaan volgen. Dan pas is er sprake van een "geslaagde" behoeftebepaling. Vooral bij methoden van externe toetsing wordt met dit "adoptiebegrip" (1) onvoldoende rekening gehouden.

6.2. Het voordeel van het in schema brengen van processen, zoals in figuur 2 is gedaan, is dat zij inzicht kunnen geven in het verloop van zo'n proces en in de factoren die daarbij van belang zijn. Dat wil niet zeggen dat die processen ook eenzelfde fase-verloop hebben als het schema suggereert. Zowel binnen de toetsing als binnen de nascholing zijn voorbeelden te benoemen, waarbij de verschillende fasen van het

proces - in de tijd gezien - uit elkaar worden getrokken (15,16). Anderzijds zijn er voorbeelden dat binnen een bijeenkomst toetsing en nascholing geïntegreerd aan bod komen. Een fraai voorbeeld van dit laatste is bijv. de oncologiecursus voor huisartsen in Noord-Holland. (14)

- 6.3. Ook de ontwikkeling van normen en criteria verloopt meestal stap voor stap. Uitgaande van basaal omschreven opvattingen worden normen door vergelijking met de werkelijkheid en verdere onderbouwing d.m.v. bijv. literatuur of onderzoek steeds verder en nauwkeuriger omschreven. Er is dan sprake van een cyclisch proces van het steeds explicieter maken van normen, door middel van kwaliteitstoetsing. (15)

Overigens is het begrip norm niet eenduidig er zijn zeker nog vragen waarop een antwoord moet worden geformuleerd. Kiest men bijvoorbeeld voor optimale of minimale normen, of kiest men voor normen die door huisartsen als realistisch en haalbaar worden gezien. Wie bepaalt dat uiteindelijk en welke criteria gelden daarbij?

Tot slot: hoe dwingend zijn normen of hoe vrij is men om op verantwoorde wijze daarvan af te wijken? (17)

- 6.4. Tot slot mag niet worden voorbijgegaan aan de cruciale vraag of toetsing en nascholing inderdaad bijdragen aan de verbetering van de gezondheidszorg. Het antwoord is niet alleen van belang om na te kunnen gaan of de geschatte 70 à 80 miljoen gulden die jaarlijks aan nascholing in de geneeskunde wordt uitgegeven efficiënt wordt besteed. Het gehele concept van de toetsing en de nascholing is gebaseerd op de veronderstelling dat zij inderdaad aan die verbetering meewerken. Gaat men af op onderzoeken die de tevredenheid van de deelnemers aan nascholing hebben gepeild of op de uitspraken van deelnemers na afloop van een nascholingscursus dat zij voornemens zijn hun gedrag ook in de praktijk te zullen wijzigen, dan kan men al snel tevreden zijn. Doch het is algemeen bekend dat er een verschil kan bestaan in dat wat men zegt te doen en hoe men werkelijk in de praktijk handelt.

Evaluatieonderzoek naar het effect van nascholing op het handelen in de praktijk is voor het beantwoorden van deze vraag een eerste vereiste. En dat is iets anders dan het doen van onderzoek naar vermeerdering van kennis aan het eind van een cursus.

Gemakkelijk is een dergelijk onderzoek echter niet. Er zijn nogal wat methodologische problemen. Zo dienen andere omstandigheden dan nascholing, die tot veranderingen in gedrag aanleiding kunnen zijn, maar gelijktijdig met de cursus optreden (bijv. informatie verkregen van artsenbezoekers of gesprekken met specialisten), in de onderzoeksopzet te worden geëlimineerd. Aantonen dat een eventueel effect ook uitsluitend tengevolge van de nascholingscursus tot stand is gekomen, is dan ook niet zo eenvoudig.

Ten gevolge van het niet verplicht zijn van nascholing zal er onvermijdelijk een zelfselectie van de deelnemers optreden; contrôlegroepen ontbreken meestal; meetinstrumenten zijn onvoldoende beschikbaar en een of andere vorm van praktijkobservatie t.d.v. het meten van het werkelijke gedrag is niet altijd haalbaar.

De in het buitenland uitgevoerde onderzoeken naar het effect van nascholing stemmen niet hoopvol: veranderingen waren nauwelijks aantoonbaar. Voor een deel kunnen daar geen algemeen geldende conclusies uit worden getrokken, ten gevolge van de gebrekkige methodologische opzet van die onderzoeken. (18)

Ook in Nederland neemt de belangstelling voor evaluatie-onderzoek toe. Alhoewel ook hier geen harde bewijzen worden aangedragen, geven deze onderzoeken indicaties dat veranderingen in het gedrag van huisartsen na het volgen van nascholing merkbaar zijn. (19,20)

De vraag blijft. Evaluatieonderzoek staat nog in de kinderschoenen. Indien het niet mogelijk is methodologisch verantwoord 'hard' interventieonderzoek te doen, zal tenminste onderzocht moeten worden welke indicaties valide genoeg zijn om uitspraken te doen over het effect van toetsing en nascholing op de kwaliteit van de gezondheidszorg.

7. SAMENVATTING

In dit artikel is aangegeven dat nascholing als instrument met behulp waarvan de gezondheidszorg kan worden verbeterd, een speciale plaats heeft binnen het grotere systeem van de gezondheidszorg, waarbinnen de subsystemen opleiding en kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg onderling sterk samenhangen en waarvan de verschillende componenten invloed op elkaar uitoefenen.

Samengevat kunnen we stellen dat nascholing

- naar functie een brug dient te slaan tussen opleiding enerzijds en (de wijze van) beroepsuitoefening anderzijds;
- naar inhoud uit dient te gaan van de behoeften aan zorg van de bevolking, zijn wortels vindt in het eigene van de huisartsgeneeskunde, rekening dient te houden met de werksituatie van de huisarts en gebaseerd dient te zijn op de behoefte aan nascholing zoals huisartsen die ervaren en
- naar vorm gebruik dient te maken van methoden die geschikt zijn voor onderwijs aan volwassen beroeps beoefenaren.

Nogmaals het keuzeprobleem:

Kan de huisarts nu op grond van het voorafgaande gemakkelijker kiezen uit het grote aanbod van nascholingsactiviteiten?

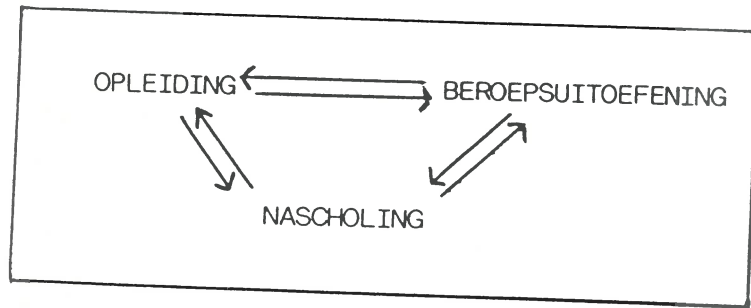
Vermoedelijk kan dit pas als de huisarts zich meer en meer bewust wordt van het feit dat nascholing voor huisartsen de resultante dient te zijn in een proces waarbij analyse van het werk van de huisarts, kwaliteitsbeoordeling daarvan, het op grond van deze beoordeling vaststellen van onvolkomendheden en het formuleren van behoeften aan nascholing uitgangspunten zijn. (figuur 2) Dán zal de huisarts minder op grond van persoonlijke interesse, afstand, sociale wenselijkheden of bijkomende hapjes en drankjes kiezen voor nascholing, maar meer en meer het accent leggen op die vormen van toetsing en nascholing waarbij met de eerder genoemde aspecten rekening is gehouden.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

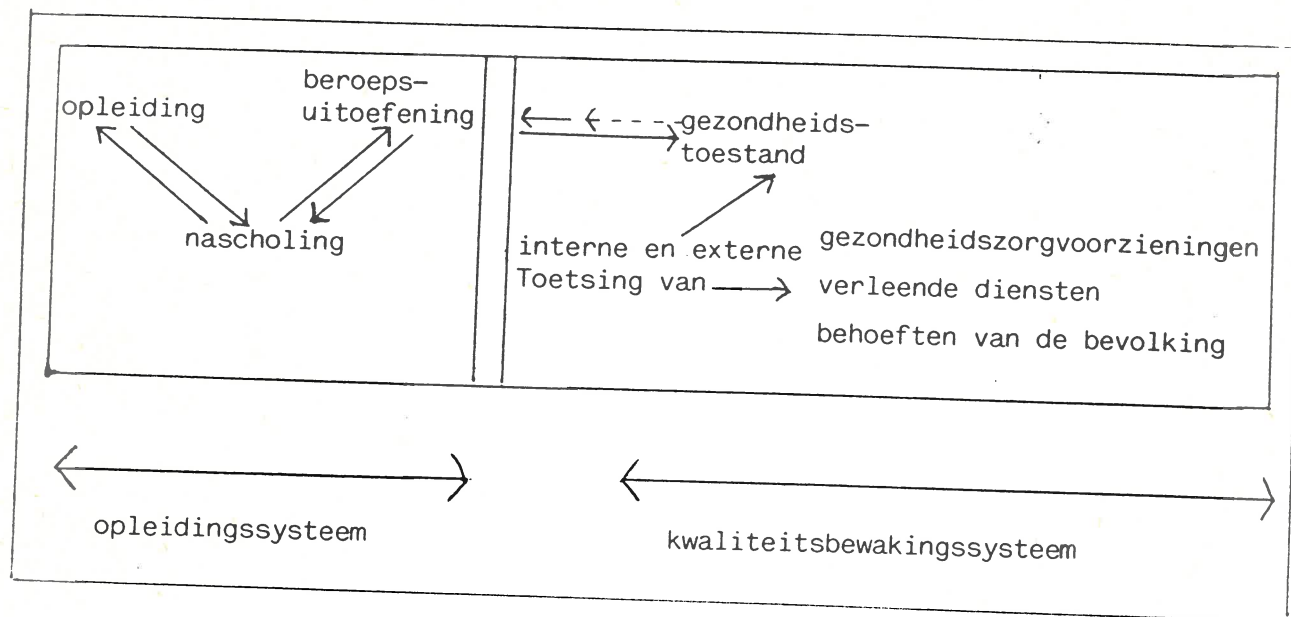
1. Groot JB de, Kooij LR.
Het vaststellen van de behoefte aan nascholing voor huisartsen. Huisarts en Wetenschap 1983; 457-62.
2. World Health Organisation.
Continuing the education of health workers. Guiding principles for the development of a system.
Geneva: WHO 1982.
3. Sibley J.C., Sackett DL, Neufeld V, et al,
A randomized trial of continuing medical education. N Engl J Med 1982; 306:511-41
4. Anoniem
Kontinue opleiding en huisarts. Rapport van de Leeuwenhorst werkgroep. Huisarts Nu. 1982; 10: 223-5.
5. Geldorp G. van
Driejarige beroepsopleiding tot huisarts noodzaak kwaliteiten, invulling. Med contact 1983; no.48: 1503-7.
6. Miller GE
Continuing education for what? Med Educ 1967; 42: 320-6.
7. Rang JF
Gezondheidszorg in Nederland, thans en in de toekomst. Pharmaceutisch Weekblad 1981; 116:361-71.
8. Anoniem
Nota kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatuitgeverij, 1981.
9. Freis JF
Aging, natural death en the compression of morbidity. New Engl J Med 1980; (303)3:130-5.
10. McKeown Th.
The role of medicine, dream, mirage or nemesis. London: The maffield provincial hospitals inst. 1976.
11. Lamberts H.
Protocollen, normen en waarden, [Red. commentaar]
Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 122-4.
12. Es
13. Miller GE
Needs and priorities for continuing medical education of health personnel. In: continuing education of health personnel. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 1977.
14. Blanken CJM, Schadé E.
Toetsen en Nascholing voor Huisartsen. Convergerende ontwikkelingen. Med Contact 1984; 39(10): 306-7.

15. Rijdt AHJ van de, Touw AM, Groot JB de
Onderlinge Toetsing in de huisarts geneeskunde
Eindverslag van de experimentele fase.
Utrecht: Ned. Huisartsen Instituut, 1983.
- 16.
17. Grol R, Mesker P, Rijdt T
van der, Touw AM, Blanken K.
Onderlinge toetsing huisartsen. Beknopt overzicht toetsingsprojecten. Med Contact 1984; no. 30: 945-9.
18. Betram DA, Brooks-Bertram PA,
The evaluation of continuing medical education: a literature review. Health Education Monographs 1977: 5 (4): 330-62.
19. Metsemakers JFM, Bouhuys PAJ, Beusman SMHI,
Terug naar de ardennen. Een evaluatie van twee nascholingscursussen volgens het Warffum-model. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 189-93.
20. Feen JAE van der,
Evaluatie van onderwijs. Warffum-cursussen voor huisartsen. Med Contact 1984; no. 13: 413-6.

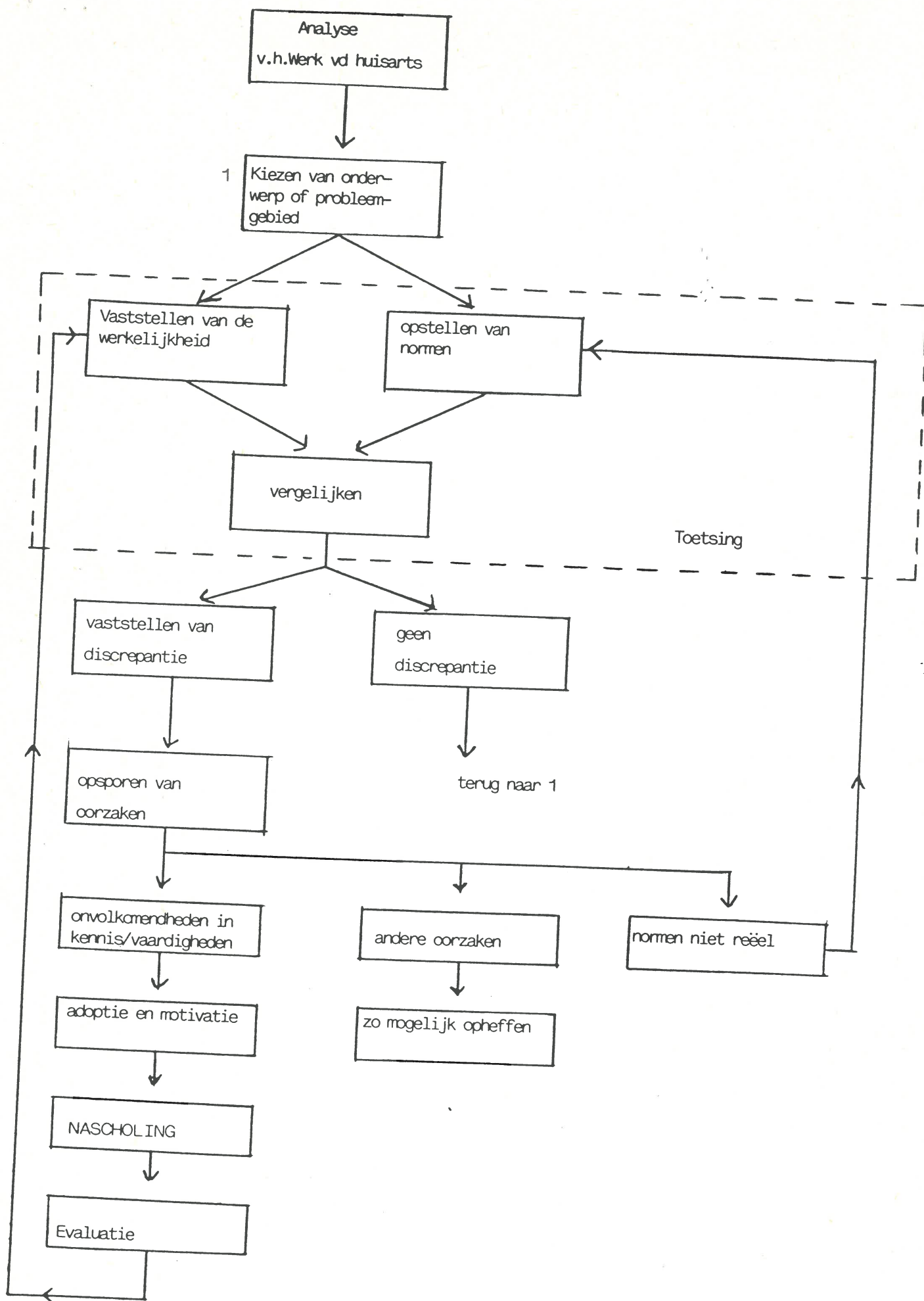
figuur 1.



figuur 1.: het opleidingssysteem



figuur 2. Relatie nascholing met opleiding en kwaliteitsbewaking.



figuur 2. De relatie tussen toetsing en nascholing.