Analyse van de barrières en facilitatoren die Gentse huisartsen ondervinden met betrekking tot de deelname aan navorming georganiseerd door de Huisartsenvereniging Gent.

door: **Line Vermeulen, HAIO**
line.vermeulen@skynet.be

Praktijkopleider : Dr. Lily Willems
praktijkadres: Hagedisstraat 3
9000 Gent

Promotor: Prof. Dr. Sara Willems
Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche

Dankwoord

Dank aan allen die me hebben gesteund bij de opzet van dit praktijkproject.

Mijn praktijkopleider, dr. Lily Willems, voor het idee en de follow-up…

Mijn promotor en co-promotor, prof. dr. Sara Willems en dr. Piet Vanden Bussche, voor de hulp bij het omkaderen van het project en het verwoorden van mijn conclusies…

Evelyn, voor de statistische ondersteuning…

De artsen van HVG: dr. Jan Reniers, dr. Jean-Pierre Sturtewagen en dr. Linde Tilley voor hun interpretatie van de resultaten…

Peter De Porre, voor de kritische blik…

Mijn geliefden, voor het begrip en de steun…

Analyse van de barrières en facilitatoren die Gentse huisartsen ondervinden met betrekking tot de deelname aan navorming georganiseerd door de Huisartsenvereniging Gent.

door: **Line Vermeulen, HAIO**
line.vermeulen@skynet.be
Praktijkopleider : Dr. Lily Willems
praktijkadres: Hagedisstraat 3
9000 Gent
Promotor: Prof. Dr. Sara Willems
Co-promotor: Dr. Piet Vanden Bussche

Abstract

Context:

Dit Manama-project kadert in de taakomschrijving van Huisartsen Vereniging Gent (HVG), in dit geval de afdeling navormingsbeleid. Sinds enige tijd merkt HVG immers dat het opkomstpercentage van haar leden op navormingen georganiseerd door haar sub-kringen niet is zoals ze hoopt. De HVG wilde graag weten of dit werkelijk zo is, wat hiervan de oorzaken zijn en of ze hier iets kunnen aan veranderen?

Onderzoeksvraag:

In de eerste plaats trachten we in dit project een analyse te maken van Continuous Medical Education (CME) aan de hand van gegevens uit de internationale literatuur. Daarnaast tracht deze studie een evaluatie te maken van de huidige navormingsmodaliteiten die worden gebruikt door de Gentse huisartsen en gaan we in dit project ook na waarom de Gentse huisarts voor een bepaalde navorming kiest en wat deze belangrijk vindt bij de keuze voor een specifieke navormingsactiviteit.

Methode (literatuur & registratiewijze):

In de literatuurstudie naar CME werden zowel primaire onderzoeken als meta-analyses en reviews geïncludeerd. Zeventien studies werden uiteindelijk meegenomen in de dataverzameling. Pubmed was naast ERIC de voornaamste bron. De onderzoeksgegevens werd aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage 1) verzameld. Concreet werden in enkele Gentse LOK-groepen vragenlijsten uitgedeeld aan de aanwezige artsen die zij op dat ogenblik vrijwillig konden invullen. Er werden 7 LOK's bezocht om zo uiteindelijk gegevens te verzamelen bij 55 huisartsen.

Resultaten:

De literatuurstudie leert ons dat het interessant lijkt CME/CPD te gebruiken als mogelijk middel voor gedragswijziging en/of het promoten van EBM. Het is hiervoor wel belangrijk dat CME en CPD "correct" aangewend worden. Daarnaast kan men uit deze studie concluderen dat Het Circuit vooral jonge, vrouwelijke en artsen uit wijkgezondheidscentra aantrekt. Het ICHO bereikt voornamelijk de artsen-praktijkopleiders en de Vakgroep Huisartgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg bereikt voornamelijk artsen-stagebegeleiders en artsen-praktijkopleiders. De lokale navormingskringen blijken niet in trek te zijn bij artsen werkzaam in de wijkgezondheidscentra.

Conclusies:

Indien HVG zou besluiten haar takenpakket uit te breiden met het aanbieden van kwalitatieve navormingen kan zij uit dit project 2 zaken weerhouden: ten eerste een theoretisch denkkader waaruit met leert aan welke aspecten een kwalitatieve navorming dient te voldoen, ten tweede dat er geen homogene groep huisartsen bestaat en HVG dus zal moeten diversifiëren wil ze een goed, gevarieerd aanbod realiseren.

Inhoudstafel

Abstract 4

Context: 4

Onderzoeksvraag: 4

Methode (literatuur & registratiewijze): 4

Resultaten: 4

Conclusies: 4

Inhoudstafel 5

Inleiding 7

Waarom dit thema? 7

Doelstelling 7

Onderzoeksvragen 8

Stand van zaken: het huidige Gentse navormingslandschap 8

DEEL 1: Literatuuronderzoek 10

Onderzoeksvraag literatuuronderzoek 10

Methode 10

Resultaten literatuuronderzoek 11

Wat is CME? 11

CME effectief? 12

Wanneer is CME effectief? 12

Convenience – Gemak 13

Relevance – Relevantie 13

Individualization - Individualisering 14

Self-assessment - Zelfbeoordeling 14

Interest – Interesse 14

Speculation 14

Systematic 14

Tekortkomingen van CME 16

Van CME naar CPD 16

Besluit literatuurstudie 17

DEEL II: Empirische studie 19
Onderzoeksvragen 19
Onderzoeksmethode empirische studie 19
Ontwikkeling van de vragenlijst 19
Veldwerk 20
Statistische verwerking 20
Resultaten empirische studie 21
Beschrijving van de steekproef – Demografische kenmerken 21
Onderzoeksresultaten 23
Huidige situatie 23
Wat wil de Gentse huisarts? 28
Besluit empirische studie 34
Vergelijking van de steekproef met de totale artsenpopulatie van HVG 34
Conclusies uit het veldwerk 35
Besluit: Praktische “Guideline” voor HVG 36
Referenties 40

Inleiding

Waarom dit thema?

De beroepsvereniging van Gentse huisartsen (HVG) zou graag zien dat elke patiënt op elk moment een optimale geneeskundige zorg van zijn of haar huisarts krijgt. Van navorming of CME (Continuous Medical Education) zou de dag van vandaag kunnen worden gehoopt dat het het ultieme middel wordt om de zorg die artsen bieden aan hun patiënten te verbeteren. Daarom tracht HVG haar takenpakket uit te breiden met het aanbieden van kwalitatieve navormingen, naast haar meer klassieke taken zoals de organisatie van de wachtdienst en de vertegenwoordiging van de huisarts op verschillende bestuursniveaus. Dit werd reeds geponeerd in de oprichtingsstatuten in 1981: Art 5 § 1: "Om het doel van de vereniging (HVG, sic) te verwezenlijken kan de vereniging activiteiten organiseren om de collegialiteit en de wetenschappelijke navorming van haar leden te bevorderen. Zo zal zij studievergaderingen, seminaries, congressen en culturele activiteiten kunnen inrichten, publicaties kunnen verzorgen en andere samenkomsten beleggen die de beroepsuitoefening ten goede komen." Deze activiteiten werden altijd al door de lokale sub-kringen (navormingskringen) georganiseerd. Recent werd nu door het bestuur geopperd dat HVG hier misschien een duidelijkere rol in stroomlijning kan opnemen, te beginnen met een onderzoek naar de huidige navormingssituatie in Gent.

Dit praktijkproject kadert in deze modernisering van HVG. Daar mijn PO tevens voorzitter is van HVG wenste deze een project aan te nemen dat praktijkverbeterend was voor de werking van HVG (en bij uitbreiding voor al zijn leden) en niet enkel voor de eigen praktijk. Sinds enige tijd merkt HVG immers dat het opkomstpercentage van haar leden op bijscholingen en navormingen georganiseerd door haar sub-kringen niet is zoals ze hoopt; ze vermoedt immers dat andere organisatoren meer gegadigden zien ondanks het feit dat zij (in de ogen van HVG) geen betere navormingen inrichten, of dat het navormingslandschap zodanig versnipperd is dat geen enkele organisator tevreden is met het aantal deelnemers. Daarom wilde de HVG graag weten of dit werkelijk zo is, wat hiervan de oorzaken zijn en of ze hier iets kunnen aan veranderen?

Als HAIO met een bredere maatschappelijke interesse dan het louter medische luik als huisarts zette ik graag mijn schouders onder dit project.

Doelstelling

Door integratie van de bewijsvoering (*evidence*) uit de internationale literatuur en de gegevens bekomen bij de Gentse huisarts trachten we een praktische leidraad op te stellen voor de HVG voor het optimaal organiseren van navormingen voor de Gentse huisarts; die zowel kwalitatief goed zijn als op maat van de Gentse huisartsen.

Onderzoeksvragen

In de eerste plaats trachten we in dit project een analyse te maken van kwalitatieve Continuous Medical Education (CME) aan de hand van gegevens uit de internationale literatuur. Daarnaast tracht deze studie een uitgebreide evaluatie te maken van de huidige navormingsmodaliteiten die worden gebruikt door de Gentse huisartsen. Tot slot gaan we in dit project ook na waarom de Gentse huisarts voor een bepaalde navorming kiest en wat deze belangrijk vindt bij de keuze voor een specifieke navormingsactiviteit. We trachten te weten te komen wat de barrières en faciliterende factoren zijn die de Gentse huisarts ondervindt met betrekking tot de deelname aan navormingen georganiseerd door HVG en andere organisatoren.

Stand van zaken: het huidige Gentse navormingslandschap

Op dit ogenblik is er een ruim aanbod aan navormingsactiviteiten binnen het Gentse. Elk van deze partners richt op eigen initiatief navormingen in, zonder overleg met de andere "spelers". HVG lijst op vraag van de aanbieder de activiteiten op haar website. De grootste huidige aanbieders zijn:

- Lokale navormingskringen: Er zijn in het Gentse zeven regio-gebonden navormingskringen: 'Brugsepoort', 'Gentbrugge-Ledeberg', 'Sint-Amandsberg', 'Gent-Centrum', 'Oostakker', 'Gent-West' en 'Destelbergen', deze 'sub-kringen' van HVG organiseren zelf navormingen volgens eigen interesse en goeddunken, onafhankelijk van het centrale HVG-bestuur. Deze navormingskringen hebben net zoals de LOK's als doelpubliek de huisartsen.
- LOK's: De LOK's zijn lokale kwaliteitskringen van gelijken (*peers*), waar elke geaccrediteerde arts 2 maal per jaar verplicht wordt aan deel te nemen. Deze vergaderingen hadden oorspronkelijk als doel onder gelijken te reflecteren over eigen praktijkvoering. Deze 8 LOK-groepen hebben geen rechtsreeks verband met de lokale navormingskringen; vaak is hier wel een 'overlap': artsen die samen in een LOK zitten volgen vaak samen de navormingen georganiseerd door de lokale navormingskringen.
- Ziekenhuizen: De 'Medische Kring' van het ziekenhuis AZ Maria Middelares, de Medische symposia van de ziekenhuizen AZ Sint-Lucas en AZ Jan Palfijn alsook de navormingen van UZ Gent, al dan niet in samenwerking met de alumni vereniging, verzorgen een ruim aanbod aan activiteiten. Zo wordt vaak getracht de banden met de lokale huisartsen te versterken en nieuwe artsen, technieken en diensten van het eigen huis voor te stellen.

- Beroepsverenigingen zoals Domus Medica: de beroepsvereniging Domus Medica biedt pakketten aan voor LOK's, maar organiseert daarnaast ook zelf een aantal evidence based medicine (EBM) navormingsactiviteiten, waaronder als vaste waarden de jaarlijkse inwooncursus (een week) en het medisch-psychologisch weekend.
- De Alumni vereniging van de Ugent : De vereniging der geneesheren oud-studenten der Universiteit te Gent organiseert een jaarprogramma van multidisciplinaire avondcolloquia, met onder andere de leerlijn 'Farmacotherapeutisch Bijblijven'.
- Farmaceutische industrie: De farmaceutische bedrijven organiseren op regelmatige basis congressen, symposia, interactieve oefensessies, diners, ronde tafel gesprekken en andere navormingsactiviteiten met als doel het in het licht stellen van een van hun producten.
- Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg Ugent: De vakgroep organiseert op regelmatige tijdstippen lessen voor de artsen-stagebegeleiders.
- Het Circuit: Het Circuit (een LOK- en navormingsgroep van artsen in groepspraktijken en wijkgezondheidscentra) organiseert op frequente basis EBM navormingen op donderdagnamiddag, een aantal wijkgezondheidscentra nemen deze lessen op in het takenpakket/weekschema van de bij hen tewerkgestelde artsen.
- ICHO: Artsen-praktijkopleiders worden door het ICHO een aantal keer per jaar uitgenodigd voor lessen in EBM, moderne praktijkvoering of in het begeleiden van een HAIO.
- Congressen: De accrediteringsstuurgroep besliste recent (2007) om voor internationale congressen die erkend zijn door een erkende internationale accrediteringsorganisatie, ook aan Belgische artsen kredietpunten voor accreditering toe te kennen.
- Andere: Sociale partners, lokale en federale overheidsdiensten, psychiatrische instellingen, medische labo's, lokale besturen, wijkgezondheidscentra of groepspraktijken bieden vaak ook een gevarieerd aanbod aan navormingen aan. Vaak ter kennismaking met een van de aangeboden diensten of om de samenwerking met de huisartsen trachten te bevorderen.

DEEL 1: Literatuuronderzoek

Onderzoeksvraag literatuuronderzoek

Analyse van kwalitatieve Continuous Medical Education (CME).

Methode

Een overzicht van de literatuur over evaluatie van CME werd uitgevoerd. Zowel primaire onderzoeken als meta-analyses en -reviews werden geïncludeerd. Studies waarin de CME over een bepaald topic werd besproken werden uitgesloten. Zeventien studies werden uiteindelijk meegenomen in de dataverzameling. Pubmed was naast ERIC (Education Resources Information Centre) de voornaamste bron.

De (MeSH-)termen die ik -voor Pubmed gebruikt heb, zijn “Continuous Medical Education” zonder en met “Family Practice” of “General Practice” en “Continuous Professional Development” ook zonder en met “Family Practice” of “General Practice”. De twee zoektermen werden later ook nog gekoppeld aan het woord “Effectiveness”. (Zie Tabel 1)

Tabel 1

Gebruikte (MeSH-)termen in Pubmed	Aantal gevonden artikels
CME	254
CME + Family Practice	9
CME + General Practice	39
CME + Effectiveness	12
CPD	85
CPD + Family Practice	4
CPD + General Practice	5
CPD + Effectiveness	6

Voor ERIC gebruikte ik dezelfde zoektermen: “Continuous Medical Education” zonder en met “Family Practice” of “General Practice” en “Continuous Professional Development” ook zonder en met “Family Practice” of “General Practice”. Beide termen werden wederom ook

eens gekoppeld aan het woord “Effectiveness”. (zie Tabel 2)

Tabel 2

Gebruikte termen in ERIC	Aantal gevonden artikels
CME	127
CME + Family Practice	2
CME + General Practice	6
CME + Effectiveness	15
CPD	881
CPD + Family Practice	7
CPD + General Practice	21
CPD + Effectiveness	207

Op basis van het abstract selecteerde ik de artikels die me interessant leken, artikels die gingen over zeer specifieke subgroepen werden zo aan de kant geschoven (bijvoorbeeld die over specifieke situaties in een bepaald land, deze over een bepaalde vorm van navorming of deze over een bepaald onderwerp van navorming). Daarnaast gebruikte ik de ‘Related Citations’ functie in Pubmed om te kijken of er nog andere interessante artikels in dit onderzoeksdomein waren verschenen. Tenslotte keek ik van de interessante artikels de referentielijst na. Zo verzamelde ik uiteindelijk een referentielijst van 18 artikels.

Resultaten literatuuronderzoek

Wat is CME?

Om een goed beeld te krijgen van wat we precies willen onderzoeken is een goede definitie van CME noodzakelijk. Davis definieert CME als: “Any and all the ways by which doctors learn after formal completion of their training”. Het is in feite het proces dat artsen up to date houdt gedurende hun loopbaan.(1)

CME effectief?

Literatuurstudie leert ons dat CME nut kan hebben. CME zou effectief kunnen zijn om kennis, attituden, vaardigheden, gedrag en zelfs *patient outcomes* te verbeteren . (2) Evenwel moet de aanbiedende partij zich goed afvragen wat hij effectief vindt, met andere woorden: welk doel wil hij of zij met zijn navorming bereiken? Wil hij dat alle artsen die de navorming volgen evidence based (EBM) zullen gaan werken, of wil hij louter een gedragswijziging over een welbepaald topic bekomen? Wat nu het meest nobele streven is, daarover bestaat ook in de internationale literatuur geen consensus. Sommige auteurs suggereren dat CME moet leiden tot het eerste (namelijk artsen die EBM leveren); anderen vinden een gedragswijziging al getuigen van de effectiviteit van CME en mogelijks een eerste stap richting het leveren van EBM. (3)(4)

Om tot een meer integrale meting van effectiviteit van CME te komen bestaan er ook andere opties. Moore maakte bijvoorbeeld een model dat CME beoordeelt op verschillende gemeten parameters, namelijk participatie, tevredenheid, leren (veranderingen in kennis, vaardigheden en attituden), performantie, patiëntengezondheid en populatiegezondheid.

Wanneer is CME effectief?

Indien men als aanbieder een effectieve CME wil afleveren en men reeds besloten heeft wat deze effectiviteit inhoudt (EBM versus gedragswijziging, zie eerder), kan men beroep doen op enkele modellen. Deze modellen zouden de effectiviteit van de aangeboden navorming verhogen.

Er bestaan 2 belangrijke modellen die gebaseerd zijn op de principes van volwasseneneducatie: het CRISIS model volgens Harden en het model van het Standing Committee on Postgraduate Medical Education (SCOPME). (8) Deze principes werden in de jaren ’70 ontwikkeld door Malcolm Knowles. Knowles identificeerde de zes principes van volwasseneneducatie hieronder beschreven.

- Volwassenen zijn intern gemotiveerd en “*self-directed*”
- Volwassenen brengen hun levenservaringen en kennis mee in de leerervaring
- Volwassenen zijn doelgericht
- Volwassenen zijn relevantie georiënteerd
- Volwassenen zijn praktisch
- Volwassen leerders willen worden gerespecteerd

Het SCOPME is zeer sterk gericht op de Britse NHS, verdere criteria voor effectieve CME komen uit het CRISIS model. Ter volledigheid: in bijlage 2 de karakteristieken van het SCOPME model.

Het CRISIS model werd reeds in 1982 ontwikkeld door Harden in de Association for Medical Education in Europe/Association for the Study of Medical Education meeting in Cambridge. CRISIS is een acroniem dat staat voor zeven criteria die bijdragen tot de effectiviteit van CME: convenience (gemak), relevance (relevantie), individualization (individualisering), self-assessment (zelfbeoordeling), interest (interesse), speculation (speculatie) en systematic (systematiek).

Convenience – Gemak

Een navormingsactiviteit moet gemakkelijk zijn op verschillende vlakken. Als men de toegankelijkheid voor de arts verhoogt zal die sneller geneigd zijn deel te nemen. Zowel plaats, tijd als tempo moeten aangepast zijn aan de noden van de arts. Wat betreft de plaats kan men stellen dat deze best zo dicht mogelijk bij de praktijk of het huis van de arts ligt, goed bereikbaar. Qua tijd is het zo dat de gemiddelde huisarts niet elke week hetzelfde schema aanhoudt en zich niet steeds kan aanpassen aan de vaste schema's van de lesgever. Het zou daarom niet oninteressant zijn het tijdstip (bv. wekelijks) te laten variëren of teleleren in te voeren zodat elke gebruiker zelf het tijdstip en de duur van zijn sessie kan bepalen. Deze lesvorm kan ook een meerwaarde bieden op vlak van diversifiëren in tempo. Immers, de voorkennis van elke arts bepaalt het tempo waarin hij of zij een onderwerp wil aanpakken.

Relevance – Relevantie

Onderwerpen die aan bod komen in CME voor de huisarts moeten door deze worden gezien als praktisch en relevant voor zijn of haar eigen praktijk. Het opentrekken van een rariteitenkabinet over alle zeldzame syndromen kan misschien interessant lijken, maar zal weinig bijbrengen aan de kennis, vaardigheden en attitudes van de huisarts.

Wat dan relevante onderwerpen zijn is reeds jaren gedocumenteerd. Laxdal et al. lijstten reeds in 1982 de leerdoelen met hoogste prioriteit op:

- Frequente, belangrijke of ernstige aandoeningen, behandelbaar in 1e lijn
- Aandoeningen waarvoor de behandelingsstrategie recent verbeterd zijn
- Aandoeningen waarvoor CME voorgaand wanbeleid kan veranderen

De relevantie van de aangeboden navorming kan nog worden verbeterd door na te gaan wat de noden van het doelpubliek zijn.

Maar hoe moeten deze noden worden nagegaan? Nieuw-Zeelands onderzoek leert ons dat het niet goed is te vertrouwen op de artsen zelf om hun leernoden te identificeren. (12) Huisartsen hebben een zwak inzicht in hun eigen kennis. Daarnaast zullen artsen sneller kiezen voor onderwerpen die aansluiten bij wat ze al kennen. Het is daarom waarschijnlijk aan te raden deze evaluatie van noden op twee sporen te laten verlopen, aan de ene kant de

bevraging van de arts, aan de andere kant objectieve data die bijvoorbeeld kunnen verkregen worden uit een toets.

Individualization - Individualisering

Niet alle artsen die een navorming volgen zijn identiek, hun noden zullen daarom verschillen. Er is variatie op verschillende vlakken: type praktijk, ervaring, interesse, methode van leren, leermogelijkheden en snelheid, tijdsbesteding, beschikbaarheid, voorkeurslocatie, interesse in het onderwijs en zo verder. Wie een uniforme opleiding wil aanbieden aan alle huisartsen van bijvoorbeeld een bepaalde regio zal dus een aantal kansen om de effectiviteit te verhogen missen.

Self-assessment - Zelfbeoordeling

De aanwezigheid van een zelfbeoordelingsonderdeel onderscheidt vaak de succesvolle van de niet-succesvolle vormen van CME. Dit hoeft niet noodzakelijk onder de typische vorm van een reeks MCQ-vragen (Multiple Choice vragen) op het einde van de sessie maar kan ook bijvoorbeeld gaan om een klinische casus, een proefpatiënt en dergelijke. Van groot belang is wel dat de arts feedback krijgt over zijn antwoorden.

Interest – Interesse

De aanbieder van een navormingsactiviteit dient te allen tijde in het achterhoofd te houden dat deze moet concurreren met de schaarse tijd van zeer drukbezette professionelen. Om de participatiegraad te verhogen kan men daarom enkele simpele aanpassingen doen om de ‘aantrekkelijkheid’ van een activiteit te verhogen. Denk daarbij aan: het kiezen van relevante onderwerpen, aantrekkelijke presentatie van de materialen of uitnodiging, attractieve design en lay-out, het gebruik van humor, en actieve participatie van de huisarts. Deze minimale interventies kunnen ervoor zorgen dat de huisartsen worden aangetrokken, sneller zullen deelnemen en beter zullen opletten in de aangeboden sessie.

Speculation

Al te vaak worden controversiële onderwerpen vermeden. Om het programma interessanter en geloofwaardiger te maken kan men af en toe focussen op gebieden waar geen eenduidig antwoord bestaat, waar recent nieuwe vooruitgang werd geboekt of onderwerpen die taboe zijn of gevoelig liggen.

Systematic

CME is nu nog te veel ad hoc en opportunistisch. Een systematisch CME programma zou zijn gebruikers moeten opvolgen en inspelen op hun noden. Het ultieme doel is een curriculum dat op maat van elke arts een volledig programma aanbiedt.

Uit dit CRISIS model kan men een aantal factoren oplijsten die invloed hebben op de effectiviteit van CME. Al deze factoren staan in onderstaande tabel. (zie: Tabel 3) Deze werden gedistilleerd uit een grote review gepubliceerd in het British Medical Journal in 1999. (6)

Tabel 3

Beïnvloeden de effectiviteit van CME op positieve wijze:	- Leerproces gelinkt aan klinische praktijkvoering
	- Interactiviteit
	- '*Outreach events*'
	- Combinaties van bovenstaande
Beïnvloeden de effectiviteit:	- Feedback
	- Audit
	- Lokale consensusprocessen
	- Opinieleiders
Beïnvloeden de effectiviteit van CME niet:	- Ex cathedra lessen
	- Ongevraagd drukwerk (inclusief klinische guidelines)

Tabel 3 toont dat de effectiviteit van CME op positieve wijze wordt beïnvloed door het gebruik een leerproces dat gelinkt is aan klinische praktijkvoering, interactiviteit, '*outreach events*' en combinaties van bovenstaande. Andere (veel gebruikte methoden) blijken minder effect te hebben. (6)

Al het bovenstaande illustreert dat niet alle vormen van CME effectief zijn. In 2001, ontdekte Grol (7) zes types van activiteiten die dat wel zijn, namelijk:

- Interactieve bijeenkomsten
- *Outreach* activiteiten op maat van het individu (waarbij geïndividualiseerde uitnodigingen naar de artsen worden gestuurd via eender welk kanaal)
- Leren in kleine groepjes en *peer reviews*

- Gecombineerde interventies
- Gebruik van computers (bv online CME)
- *Reminders*

Tekortkomingen van CME

Huidige evidentie over CME is complex. Om effectief te zijn zou CME bijvoorbeeld gebaseerd moeten zijn op de noden van de arts, evenwel weten we uit onderzoek dat artsen slechts matig kunnen inschatten wat hun noden zijn (zie hoger). Daarnaast zijn veel van de studies over CME van matige kwaliteit. De grootste systematische review van de laatste jaren toont dit aan.(2) In deze review suggereert men ook dat enkel de zeer uitgebreide CME die gebruik maakt van multipele methoden effectief is in het wijzigen van de kennis, attitudes, vaardigheden, gedrag en klinische *outcomes* van de huisarts. (13)

Ook het IOM (Institute of Medicine) erkent dat CME enkele grote tekortkomingen heeft. Zo verklaart het Committee on Planning for a Continuing Health Care Professional Education Institute in haar '*key messages*' over CME : "*There are major flaws in the way CME is conducted, financed, regulated and evaluated*". Zo wordt er (volgens dit comité) tegenwoordig te veel aandacht besteed aan persoonlijke kennis in plaats van aan '*regulatory requirements*' en is er mogelijks sprake van belangenvermenging in CME activiteiten . Daarnaast vindt ook het IOM dat de evidentie die CME ondersteunt slechts '*fragmented and underdeveloped*' is. (14)

Het IOM raadt dan ook aan de klassieke CME te verlaten en een nieuwe, uitgebreide manier te zoeken om alle health professionals hun maximale potentieel te volbrengen.

Van CME naar CPD

De taak van de huisarts is niet meer wat ze geweest was 20 jaar geleden. Had die vroeger een strikt genezende, medische rol, dan is de huisarts nu veel meer een multidisciplinaire manager, gezondheidsexpert en communicator. Het is daarom niet onlogisch dat ook CME, een uitvinding van enkele decennia oud, mee evolueert. CME, het louter aanbod-gestuurd voorzien van navormingen past niet meer bij het profiel van de huidige huisarts. Die moet immers zijn hele loopbaan evolueren en zichzelf bijscholen. Het nieuwe, meer op de moderne huisarts toegespitste CPD (Continuous professional development) tracht deze leemte op te vullen door de huisarts te helpen (zelfstandig) nieuwe vaardigheden te ontwikkelen zoals multidisciplinaire samenwerking, management, lesgeven en communicatie, naast het bijschaven van kennis (op maat van de arts)(15). Deze CPD is geen statisch gegeven maar tracht aan te sluiten bij de competenties van de huisarts, ook als deze wijzigen over de jaren. Het is een proces van levenslang leren. Deze actieve vorm van

navorming is dan waarschijnlijk ook veel effectiever (om gedragswijzigingen te veroorzaken) dan de traditionele CME. Evenwel is er nood aan meer onderzoek om te determineren welke activiteiten welke verbeteringen teweeg brengen. (16)(17)

Besluit literatuurstudie

Na dit literatuuronderzoek kan men reeds enkele zaken rond CME en CPD concluderen. Eerst en vooral is het vermoedelijk van belang is dat men beseft dat er potentieel zit in deze 'tools'. CME/CPD zou een nuttig instrument kunnen zijn om artsen up to date en evidence based te houden. Anderzijds is CME/CPD niet zaligmakend. Het is immers niet onmiskenbaar zo dat CME/CPD effectief is in zijn beoogde doelen (gedragswijziging, evidence based medicine promoten).

Desalniettemin lijkt het interessant als navormingskring na te denken over CME/CPD en ze te gebruiken als mogelijk middel in gedragswijziging en/of het promoten van EBM. We zitten immers in dit land met een systeem dat navormingen linkt aan accreditering. De (Gentse) huisarts zal dus hoe dan ook een pakket aan navormingactiviteiten op jaarbasis moeten volgen. Het is mijns inziens daarom beter deze opportuniteit te grijpen en van deze contactmomenten gebruik te maken. Of deze 'interventies' effectief zullen zijn zal onder andere afhangen van de manier waarop de navorming wordt georganiseerd.

Het is daarom belangrijk dat CME en CPD "correct" (zoals huidige evidentie aangeeft) aangewend worden. De klassieke ex cathedra spreekavonden zullen waarschijnlijk weinig tot geen gedragswijziging met zich meebrengen. Vermoedelijk werkt de aanbieder (HVG) best met een extensief pakket op maat dat de arts opvolgt in de tijd. Dit pakket wordt best gebaseerd op de gevraagde en gemeten behoeften van de arts.

Concreet zou de HVG een subgroep artsen kunnen identificeren die zij dan een navormingspakket aanbiedt dat gemakkelijk is qua tijd, plaats en leertempo (bevraag de deelnemende artsen waar en wanneer zij de navormingsactiviteit wensen te volgen, of gebruik de gegevens verkregen uit onderstaand veldwerk). Het onderwerp dient zowel relevant als interessant te zijn voor de Gentse huisartsenpraktijk en moet zoveel mogelijk geïndividualiseerd zijn voor de doelgroep. Waarschijnlijk verloopt dit best via een enquête/bevraging zowel als een toets naar kennis over enkele onderwerpen die mogelijk aan bod kunnen komen. Zo kan men een poging doen tot objectieve meting van de 'noden' van het doelpubliek. Ook een toetsing en bevraging aan het einde van elke bijeenkomst of op het einde van een leerlijn/CME-pakket verhoogt de effectiviteit van de navorming indien deze gekoppeld wordt aan feedback van de organisator. Ten slotte is het voor de HVG belangrijk te weten dat ad hoc, opportunistische navormingsactiviteiten weinig tot geen meerwaarde bieden. Enkel systematische programma's die aansluiten bij vorig vernoemde

aspecten blijken effectief in de praktijk. Idealiter wordt dan ook een CME programma ontwikkeld.

DEEL II: Empirische studie

Onderzoeksvragen

Evaluatie van de huidige navormingsmodaliteiten die worden gebruikt door de Gentse huisartsen. Wat zijn de barrières en faciliterende factoren die de Gentse huisarts ondervindt met betrekking tot de deelname aan navormingen georganiseerd door HVG en andere organisatoren?

Onderzoeksmethode empirische studie

Het tweede luik bestond uit het in kaart brengen van de huidige Gentse situatie op vlak van navormingen. De informatie over het huidige navormingslandschap en de wensen van de Gentse huisarts werd aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage 1) verzameld. Concreet werden in enkele Gentse LOK-groepen (lokaal kwaliteitsoverleg) vragenlijsten uitgedeeld aan de aanwezige artsen die zij op dat ogenblik vrijwillig konden invullen.

Er werden 7 LOK's bezocht om zo uiteindelijk gegevens te verzamelen bij 55 huisartsen.

Ontwikkeling van de vragenlijst

De vragenlijst (zie bijlage 1) werd ontwikkeld in samenwerking met de HVG voorzitter. HVG was in eerste instantie geïnteresseerd in het in kaart brengen van het huidige navormingsbeleid van de Gentse huisarts.

Om te voldoen aan deze vraag van HVG werd er vooreerst gepeild naar waar, hoe en waarom de ondervraagde artsen navorming volgden. Deze vragen werden geïntegreerd met de CRISIS criteria, met name die over gemak, relevantie en interessantheid. Zo trachten we een beeld te krijgen van welke navormingen (via welke kanalen, hoe ingericht, waar en wanneer georganiseerd) de voorkeur krijgen en waarom.

Ten tweede werd gevraagd om aan de hand van een *5 point Likert-scale* te scoren welke eigenschappen van een navorming het belangrijkst werden gevonden. Dit alles geeft reeds een extensief antwoord op onze onderzoeksvragen (waarom kiest de Gentse huisarts voor een bepaalde navorming, wat vindt deze belangrijk bij de keuze voor een specifieke navormingsactiviteit, wat zijn de barrières en facilitatoren die de Gentse huisarts ondervindt met betrekking tot de deelname aan navormingen georganiseerd door de HVG en andere organisatoren).

Voor de volledigheid voegden we hierna een open vraag toe die toelaat eventuele vergeten antwoordcategorieën toch in het licht te stellen. Deze open vraag werd daarom zo ruim/open mogelijk gesteld als "Beschrijf in enkele zinnen en/of trefwoorden wat voor u de

ideale navorming is? (bijvoorbeeld met betrekking tot tijdstip, plaats, organisatie, lesvorm, onderwerp, door wie gegeven, ...)".

Ten slotte werden enkele demografische gegevens gevraagd. Er werd gepeild naar geslacht, leeftijd, praktijkvorm en eventuele nevenactiviteiten in de opleiding zoals het opleiden van stagiairs of huisartsen-in-opleiding. (er kan worden vermoed dat artsen die deze activiteiten opnemen een ander navormingsprofiel zouden hebben dan artsen die dit niet doen).

Dit alles resulteerde in een schriftelijke vragenlijst van twee pagina's. Deze werd bewust kort gehouden om de artsen (die vaak al overbevraagd zijn wat betreft vragenlijsten, enquêtes en deelname aan onderzoek) niet af te schrikken.

Veldwerk

Zoals eerder vermeld werd getracht de vragenlijst te brengen in enkele Gentse LOK's (lokaal kwaliteitsoverleg).

De LOK-voorzitters van alle Gentse navormingskringen werden gecontacteerd in de periode mei-september 2011. De verschillende (7) LOK's werden bezocht in de periode mei-oktober 2011.

De vragenlijst werd aan het begin of einde van elke LOK ingeleid door de onderzoeker en rondgedeeld. Er werd uitdrukkelijk vermeld dat de deelname vrijwillig was en dat de resultaten volledig anoniem zouden worden verwerkt.

De onderzoeker kreeg de ingevulde vragenlijsten na het veldwerk niet te zien, deze werden onder gesloten omslag verzameld.

Statistische verwerking

De resultaten werden gecodeerd aan de hand van een codeboek. (Zie bijlage 3). De verkregen data werden beschreven en geanalyseerd aan de hand van het statistische programma SPSS 20.0.

Resultaten empirische studie

Beschrijving van de steekproef – Demografische kenmerken

Een aselecte clustersteekproef van 55 respondenten werd bevraagd in de periode mei-oktober 2011. Alle artsen aanwezig in de LOK-groepen vulden de vragenlijsten in. Zie Tabel 4 voor de volledige beschrijving van de steekproef.

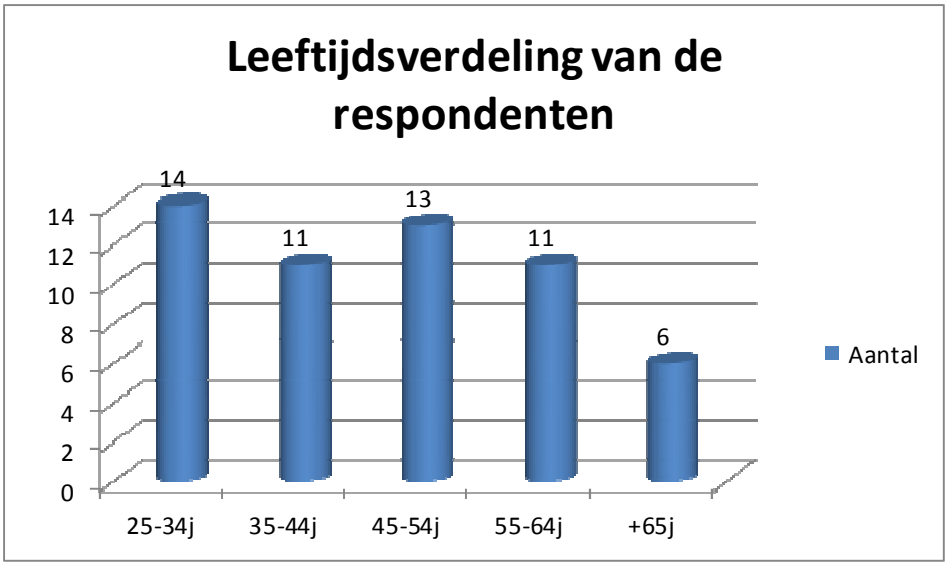
Tabel 4

Variabele		N (%)
Geslacht		**55**
	Man	33(60)
	Vrouw	22(40)
Leeftijd		**55**
	25-34j	14(25.5)
	35-44j	11(20)
	45-54j	13(23.6)
	55-64j	11(20)
	+65j	6(10.9)
Praktijkvorm		**55**
	Solo	21(38.2)
	Duo	8(14.5)
	Groep	16(29.1)
	Wijkgezondheidscentrum	10(18.2)
HAIO opleider		**55**
	Ja, praktijkopleider	14 (74.5)
	Neen, geen praktijkopleider	41(25.5)
Stagebegeleider		**55**
	Ja, stagebegeleider	13(23.6)
	Neen, geen stagebegeleider	42(76.4)

De meerderheid van de geïnterviewde artsen waren mannen (60%) .

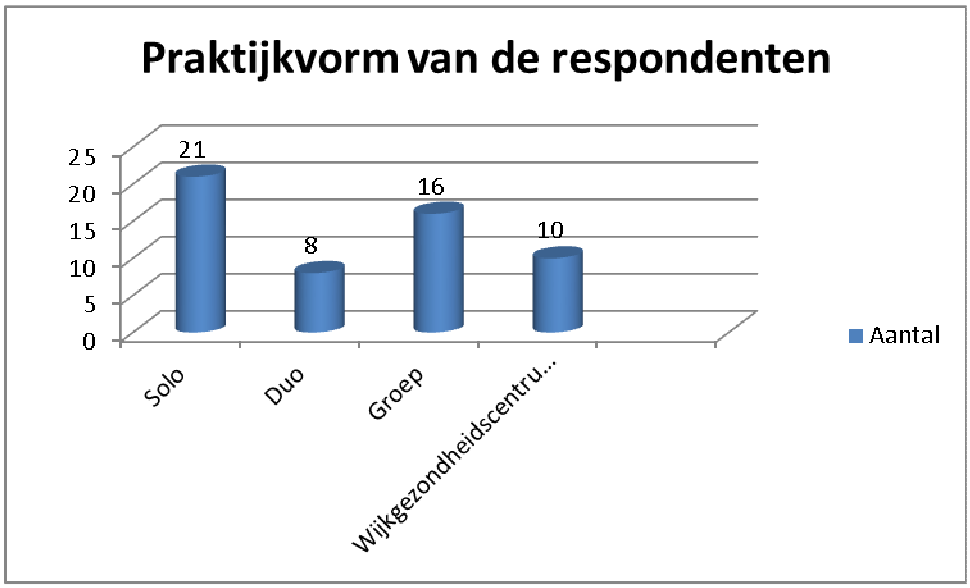
25% van de artsen was tussen 25 en 34 jaar oud, 20% tussen 35 en 44 jaar, 24% tussen 45 en 54 jaar, 20% tussen 55 en 64 jaar en 11% was ouder dan 65 jaar. De absolute aantallen zijn terug te vinden in Figuur 1.

Figuur 1



Het meest voorkomend zijn de artsen werkzaam in een solopraktijk (38,2%). 29% van de artsen werkt in een groepspraktijk, 14% in een duopraktijk en 18% in een wijkgezondheidscentrum. Zie Figuur 2.

Figuur 2



Slechts een vierde van de ondervraagde artsen heeft een HAIO (25%) of is stagebegeleider (24%).

Onderzoeksresultaten

Huidige situatie

In eerste instantie werd getracht een beschrijving te maken van de huidige navormingsstatus van de Gentse huisarts. Het gaat hier niet om de verplichte LOK vergaderingen, enkel de aanvullende eigen gekozen navorming. Er werd gevraagd via welke kanalen de respondenten het afgelopen jaar navormingen volgden. De resultaten zijn opgenomen in Tabel 5.

Tabel 5

Variabele		N (%)
Huidige kanalen		**55**
	Lokale navormingskringen	47(85.5)
	Ziekenhuizen	35(63.6)
	Beroepsvereniging (Domus)	13(23.6)
	Alumni	28(50.9)
	Farmaceutische Industrie	22(40.0)
	Vakgroep	12(21.8)
	Het Circuit	14(25.5)
	ICHO	8(14.5)
	Congressen	17(30.9)
	Andere	14(25.5)

De meest populaire kanalen voor navorming bij de Gentse huisarts zijn de lokale navormingskringen (85%), ziekenhuizen (64%) en de alumni-vereniging. Het minst vaak wordt gebruik gemaakt van de navormingen georganiseerd door het ICHO (14%), de vakgroep (22%) en beroepsverenigingen zoals Domus Medica (24%).

De ondervraagde huisartsen meldden dat deze voornamelijk werden georganiseerd in lesvorm (100%) of interactief zoals via rollenspelen en proefpatiënten (76%). In veel mindere mate woonden de artsen ronde tafels (44%), online navormingen (27%) of *skillslabs* (13%) bij. Weinig artsen (7%) meldden ook andere vormen van navorming. Zie Tabel 6.

Tabel 6

Variabele		N (%)
Organisatievorm huidige navorming		**55**
	Ex Cathedra/Les	55(100)
	Interactief (rollenspel, proefpatiënt)	42(76.4)
	Online	15(27.3)
	Skillslab	7(12.7)
	Ronde Tafel/Peer Review/Workshop	24(43.6)
	Andere	4(7.3)

Er werd hiernaast ook gekeken of er een verband bestaat tussen bepaalde demografische karakteristieken en het huidig navormingsbeleid.

Wat betreft geslacht kan enkel opgemaakt worden dat vrouwen vaker navormingen van het Circuit bijwonen dan mannen, 45% van alle vrouwen ten opzichte van 12% van alle mannen gebruiken het Circuit als navormingskanaal (P=0.005). Zie Tabel 7.

Tabel 7

Variabele	Huidige kanalen voor navorming	N mannen (%)	N vrouwen (%)	P*
Geslacht	**55**	**33**	**22**	
	Lokale navormingskringen	30(90.9)	17(77.3)	0.160
	Ziekenhuizen	22(66.7)	13(59.1)	0.567
	Beroepsvereniging (Domus)	7(21.2)	6(27.3)	0.604
	Alumni	15(45.5)	13(59.1)	0.322
	Farmaceutische Industrie	15(45.5)	7(31.8)	0.312
	Vakgroep	7(21.2)	5(22.7)	0.894
	Het Circuit	4(12.1)	10(45.5)	**0.005**
	ICHO	3(9.1)	5(22.7)	0.160
	Congressen	11(33.3)	6(27.3)	0.634
	Andere	7(21.2)	7(31.8)	0.376

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Naar leeftijd toe kan ook enkel worden gezegd dat het Circuit meer artsen uit jongere leeftijdsgroepen aantrekt, 54% van de 25-34 jarige artsen woont navormingen van het Circuit bij, terwijl dit in de andere groepen varieert van 0 tot 27% (P=0.018). Zie Tabel 8.

Tabel 8

Variabele		N25-34j(%)	N35-44j(%)	N45-54j(%)	N55-64j(%)	N65+(%)	P*
Huidige kanalen	**55**	**14**	**11**	**13**	**11**	**6**	
	Lokale navormingskringen	11(78.6)	8(72.7)	12(92.3)	10(90.9)	6(100)	0.442
	Ziekenhuizen	9(64.3)	7(63.6)	9(69.2)	7(63.6)	3(50)	0.956
	Beroepsvereniging (Domus)	6(42.9)	2(18.2)	2(15.4)	1(9.1)	2(33.3)	0.273
	Alumni	7(50)	6(54.5)	5(38.5)	6(54.5)	4(66.7)	0.823
	Farmaceutische Industrie	4(28.6)	2(18.2)	8(61.5)	5(45.5)	3(50)	0.211
	Vakgroep	3(21.4)	2(18.2)	5(38.5)	0(0)	2(33.3)	0.220
	Het Circuit	8(57.1)	3(27.3)	1(7.7)	2(18.2)	0(0)	**0.018**
	ICHO	3(21.4)	2(18.2)	3(23.1)	0(0)	0(0)	0.366
	Congressen	2(14.3)	3(27.3)	5(38.5)	5(45.5)	2(33.3)	0.504
	Andere	2(14.3)	6(54.5)	2(15.4)	3(27.3)	1(16.7)	0.148

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Wat betreft analyse naar praktijkvorm blijkt dat terwijl de meeste andere artsen (percentages van 88 tot 95) vooral gebruik maken van lokale navormingskringen; de artsen uit wijkgezondheidscentra dit kanaal veel minder gebruiken (slechts 50% van de artsen) (P=0.005). Daarnaast wordt weer gemerkt dat het Circuit voornamelijk door de artsen in de wijkgezondheidscentra wordt bijgewoond (100% van deze artsen) en veel minder door de andere groepen (percentages van 5 tot 25%) (P<0.001). Zie Tabel 9.

Tabel 9

Variabele		N Solo-arts (%)	N Arts in duopraktijk (%)	N Arts in groepspraktijk (%)	N Arts in Wijkgezondheidscentrum (%)	P*
Huidige kanalen	**55**	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Lokale navormingskringen	20(95.2)	7(87.5)	15(93.8)	5(50)	**0.005**
	Ziekenhuizen	13(61.9)	6(75)	11(68.8)	5(50)	0.692
	Beroepsvereniging (Domus)	3(14.3)	4(50)	2(12.5)	4(40)	0.083
	Alumni	11(52.4)	3(37.5)	9(56.3)	5(50)	0.854
	Farmaceutische Industrie	11(52.4)	3(37.5)	7(43.8)	1(10)	0.157
	Vakgroep	2(9.5)	2(25)	5(31.3)	3(30)	0.371
	Het Circuit	1(4.8)	2(25)	1(6.3)	10(100)	**<.001**
	ICHO	0(0)	2(25)	3(18.8)	3(30.0)	0.093
	Congressen	7(33.3)	4(50)	5(31.3)	1(10)	0.325
	Andere	5(23.8)	2(25)	4(25)	3(30)	0.986

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Verder kan worden opgemerkt dat artsen met een HAIO vaker navormingen volgen van de Vakgroep Huisartsgeneeskunde (50% ten opzichte van 12% van de artsen die geen HAIO hebben, P=0.003) en van het ICHO (43% van de artsen met een HAIO ten opzichte van 5% van de artsen zonder HAIO, P=0.001). Zie Tabel 10.

Tabel 10

Variabele		N Artsen met een HAIO (%)	N Artsen zonder HAIO (%)	P*
Huidige kanalen	**55**	**14**	**41**	
	Lokale navormingskringen	11(78.6)	36(87.8	0.398
	Ziekenhuizen	10(71.4)	25(61)	0.483
	Beroepsvereniging (Domus)	4(28.6)	9(22)	0.615
	Alumni	9(64.3)	19(46.3)	0.246
	Farmaceutische Industrie	5(35.7)	17(41.5)	0.705
	Vakgroep	7(50)	5(12.2)	**0.003**
	Het Circuit	6(42.9)	8(19.5)	0.083
	ICHO	6(42.9)	2(4.9)	**0.001**
	Congressen	3(21.4)	14(34.1)	0.374
	Andere	4(28.6)	10(24.4)	0.756

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Ten slotte blijkt dat artsen die stagebegeleider zijn vaker navormingen bijwonen georganiseerd door de vakgroep Huisartsgeneeskunde. (62% van alle stagebegeleiders ten opzichte van 10% van alle niet-stagebegeleiders, P<0.000). Zie Tabel 11.

Tabel 11

Variabele		N Artsen - stagebegeleiders (%)	N Artsen-niet-stagebegeleiders (%)	P*
Huidige kanalen	**55**	**13**	**42**	
	Lokale navormingskringen	12(92.3)	35(.3)	0.423
	Ziekenhuizen	7(53.8)	28(66.7)	0.401
	Beroepsvereniging (Domus)	4(30.8)	9(21.4)	0.488
	Alumni	5(38.5)	23(54.8)	0.304
	Farmaceutische Industrie	6(46.2)	16(38.1)	0.604
	Vakgroep	8(61.5)	4(9.5)	**0.000**
	Het Circuit	3(23.1)	11(26.2)	0.822
	ICHO	4(30.8)	4(9.5)	0.058
	Congressen	5(38.5)	12(28.6)	0.500
	Andere	2(15.4)	12(28.6)	0.340

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Wat wil de Gentse huisarts?

Ten tweede werden enkele vragen gesteld die peilden naar de desiderata van de Gentse artsen met betrekking tot hun navorming.

Er werd gevraagd waarom de artsen kozen voor hun huidige navormingsactiviteiten. In onderstaande tabel (Zie Tabel 12) wordt weergegeven dat artsen veel zaken belangrijk vinden in de keuze van hun navorming. Enkel de vorm (35% van de artsen) en sociaal contact tijdens de navorming (ook 35% van de artsen) worden door minder dan de helft van de artsen aangegeven als factor die de keuze van navorming bepaalt. Andere factoren zoals organisatie op een geschikt tijdstip en plaats (86%), relevantie voor de huisartspraktijk (95%) en een persoonlijke interesse in het onderwerp (78%) worden door het merendeel van de respondenten als belangrijk aangegeven.

Tabel 12

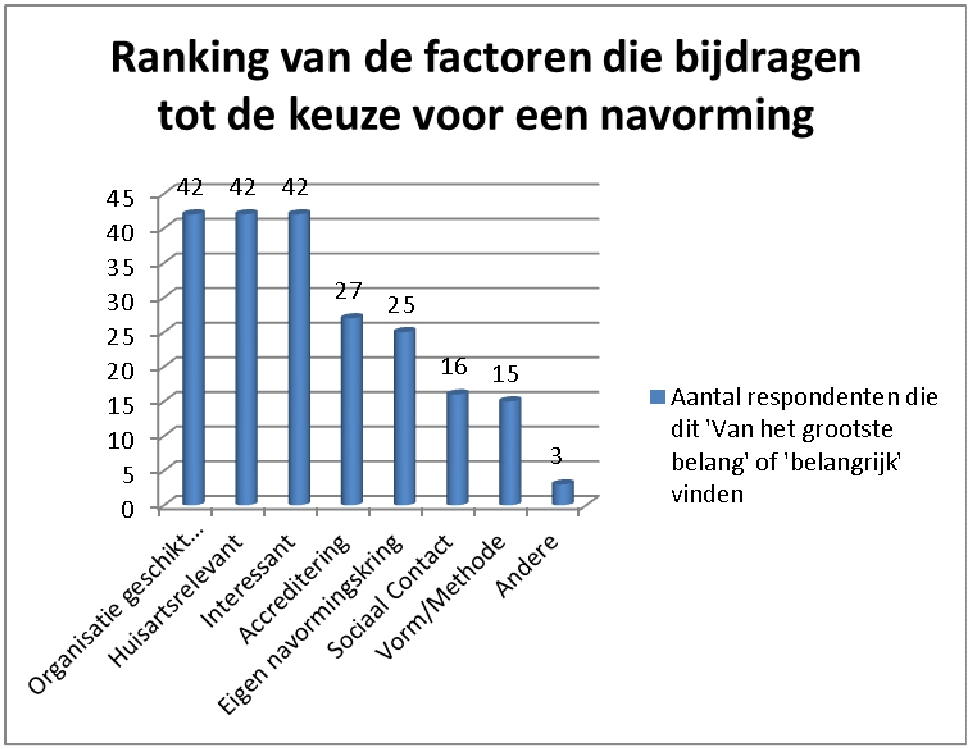
Variabele		N (%)
Motivatie van keuze huidige navorming		**55**
	Organisatie geschikt tijdstip/plaats	47(85.8)
	Huisartsrelevant	52(94.5)
	Interessant	43(78.2)
	Vorm/Methode	19(34.5)
	Accreditering	38(69.1)
	Sociaal Contact	19(34.5)
	Eigen navormingskring	33(60)
	Andere	3(5.5)

Aan de hand van een *Likert-schaal* werd getracht een ranking te maken van al deze factoren om zo te distilleren welke kenmerken voor de Gentse huisarts het belangrijkst waren. De factoren die het vaakst de scores 'Van het grootste belang' of 'Belangrijk' kregen waren de organisatie op een geschikt tijdstip of plaats (76%), huisartsrelevant (76%) interessant (76%), accreditering (49%) en georganiseerd door eigen navormingskring (46%). Drie respondenten vulden ook een andere mogelijke factor in als 'Van het grootste belang' of 'Belangrijk' (letterlijk geciteerd uit de ingevulde vragenlijst, ook hoofdlettergebruik werd overgenomen in het citaat): *"Eens andere groep", "Eten" en "WETENSCHAPPELIJK verantwoord"*. Een respondent vulde factor 'andere' niet in maar citeerde: "*Geen sponsoring door farmaceutische industrie*". De vorm/methode werd voornamelijk indifferent gescoord (43.6% van de respondenten vonden dit noch belangrijk-noch onbelangrijk). De factor sociaal contact scoorde voornamelijk 'Niet belangrijk' of 'Helemaal niet belangrijk' (40%). Zie Tabel 13 en Figuur 3.

Tabel 13

Variabele		N (%)
Belangrijkheid van factoren bij de keuze van een navorming		
	Organisatie geschikt tijdstip/plaats	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	42(76.4)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	5(9.1)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	8(14.5)
	Huisartsrelevant	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	42(76.4)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	2(3.6)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	11(20)
	Interessant	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	42(76.4)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	4(7.3)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	9(16.4)
	Vorm/Methode	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	15(27.3)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	24(43.6)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	16(29.1)
	Accreditering	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	27(49.1)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	11(20)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	17(30.9)
	Sociaal Contact	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	16(29.1)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	17(30.9)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	22(40)
	Eigen navormingskring	**55(100)**
	Van het grootste belang-belangrijk	25(45.5)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	16(29.1)
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	14(25.4)
	Andere	**3(5.5)**
	Van het grootste belang-belangrijk	3(5.5)
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	0
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	0

Figuur 3



Daarnaast werd onderzocht of bepaalde demografische factoren een rol speelden bij de keuze van de factoren die belangrijk worden geacht in een navorming.

In Tabel 14 wordt de vergelijking gemaakt tussen mannen en vrouwen. Er kan worden opgemerkt dat de vrouwelijke huisartsen nog meer belang hechten aan de relevantie voor de huisartsenpraktijk dan hun mannelijke tegenhangers. 77% van de vrouwelijke huisartsen vindt dit van het grootste belang tot heel belangrijk, terwijl slechts 22% van hen hier geen mening over heeft of dit onbelangrijk vindt. 75% van de mannelijke huisartsen vindt ‘relevantie voor de huisartspraktijk’ van het grootste belang tot heel belangrijk, terwijl tot 24% hier geen mening over heeft of dit onbelangrijk vindt. P=0.012.

Tabel 14

Variabele		N mannen (%)	N vrouwen (%)	P*
Belangrijkheid van factoren bij de keuze van een navorming				
	Organisatie geschikt tijdstip/plaats	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	25(75.8)	17(77.3)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	4(12.1)	1(4.5)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	4(12.1)	4(18.2)	0.652
	Huisartsrelevant	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	25(75.8)	17(77.3)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	2(6.1)	0(0)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	6(18.2)	5(22.7)	**0.012**
	Interessant	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	25(75.7)	17(77.3)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	3(9.1)	1(4.5)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	5(15.2)	4(18.2)	0.735
	Vorm/Methode	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	10(30.3)	5(22.7)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	13(39.4)	11(50)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	10(30.3)	6(27.2)	0.264
	Accreditering	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	18(54.5)	9(40.9)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	8(24.2)	3(13.6)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	7(21.2)	10(45.5)	0.223
	Sociaal Contact	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	11(33.4)	5(22.7)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	9(27.3)	8(36.4)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	13(39.4)	9(40.9)	0.452
	Eigen navormingskring	**33**	**22**	
	Van het grootste belang-belangrijk	17(51.5)	8(36.4)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	11(33.3)	5(22.7)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	5(15.1)	9(40.9)	0.165
	Andere	**3**	**0**	
	Van het grootste belang-belangrijk	3(9.1)	0(0)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	0(0)	0(0)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	0(0)	0(0)	0.347

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

De praktijkvorm van de arts beïnvloedt de keuze van belangrijke factoren in die mate dat artsen die solo werken (62% scoort dit ‘van het grootste belang tot belangrijk’) en artsen in een groepspraktijk (63% scoort dit ‘van het grootste belang tot belangrijk’) het wel belangrijk vinden dat de navorming georganiseerd wordt door de eigen navormingskring, terwijl artsen in een duopraktijk (slechts 25% scoort dit ‘van het grootste belang tot belangrijk’) en in een wijkgezondheidscentrum (0% scoort dit ‘van het grootste belang tot belangrijk’) hier minder belang aan hechten. P=0.034. Een niet significante trend kan ook worden bemerkt qua organisatie op een geschikte tijdstip en plaats waar vooral de solo-artsen dit als heel belangrijk scoren (86%). P=0.090. Zie Tabel 15.

Tabel 15

Variabele		N solo-artsen (%)	N artsen in duopraktijk (%)	N artsen in groepspraktijk (%)	N artsen in WGC (%)	P*
Belangrijkheid van factoren bij de keuze van een navorming						
	Organisatie geschikt tijdstip/plaats	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	18(85.8)	6(75)	10(62.5)	8(80)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	2(9.5)	1(12.5)	1(6.3)	1(10)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	1(4.8)	1(12.5)	5(31.3)	1(10)	0.090
	Huisartsrelevant	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	16(76.2)	6(75)	11(68.8)	9(90)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	1(4.8)	1(12.5)	0(0)	0(0)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	4(19.1)	1(12.5)	5(31.3)	1(10)	0.223
	Interessant	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	16(76.2)	7(87.5)	11(68.8)	8(80)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	2(9.5)	1(12.5)	0(0)	1(10)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	3(14.3)	0(0)	5(31.3)	1(10)	0.810
	Vorm/Methode	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	6(28.5)	3(37.5)	4(25)	2(20)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	9(42.9)	3(37.5)	6(37.5)	6(60)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	6(28.5)	2(25)	6(37.5)	2(20)	0.659
	Accreditering	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	13(61.9)	1(12.5)	7(43.8)	6(60)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	4(19)	2(25)	5(31.3)	0(0)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	4(19)	5(62.5)	4(25)	4(40)	0.256
	Sociaal Contact	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	8(37.9)	3(37.5)	4(25)	1(10)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	6(28.6)	2(25)	5(31.3)	4(40)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	7(33.3)	3(37.5)	7(43.8)	5(50)	0.748
	Eigen navormingskring	**21**	**8**	**16**	**10**	
	Van het grootste belang-belangrijk	13(61.9)	2(25)	10(62.6)	0(0)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	5(23.8)	5(62.5)	2(12.5)	4(25)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	3(14.3)	1(12.5)	4(25)	6(60)	**0.034**
	Andere	**3**	**0**	**0**	**0**	
	Van het grootste belang-belangrijk	3(100)	0(0)	0(0)	0(0)	
	Noch belangrijk-noch onbelangrijk	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
	Niet belangrijk-helemaal niet belangrijk	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0.526

*** significante resultaten werden in vet weergegeven**

Wanneer wordt gekeken naar leeftijd, het al dan niet hebben van een HAIO en het al dan niet stagebegeleider zijn, en of deze variabelen een invloed hebben bij de keuze van de factoren die belangrijk zijn in een navorming, blijkt dat hier geen statistisch significant, noch tendens kon worden opgemerkt. (Tabellen niet opgenomen)

Besluit empirische studie

Vergelijking van de steekproef met de totale artsenpopulatie van HVG

HVG telt 298 leden. In Tabel 16 hieronder staan alle demografische gegevens die konden worden verkregen via de administratie van HVG naast die van onze steekproef.

Tabel 16

Variabele		N (%)	N_steekproef (%)
Geslacht		**298**	**55**
	Man	190(63.8)	33(60)
	Vrouw	108(36.2)	22(40)
Leeftijd		**298**	**55**
	25-34j	55(18.4)	14(25.5)
	35-44j	53(17.8)	11(20)
	45-54j	82(27.5)	13(23.6)
	55-64j	91(30.5)	11(20)
	+65j	17(5.7)	6(10.9)
Praktijkvorm		**298**	**55**
	Solo	142(47.7)	21(38.2)
	Duo	52(17.4)	8(14.5)
	Groep	51(17.1)	16(29.1)
	Wijkgezondheidscentrum	53(17.8)	10(18.2)

De meerderheid van de Gentse artsen zijn mannen (64%).

Qua leeftijdsverdeling is 18% van de artsen 25 tot 34 jaar oud, 18% is tussen 35 en 44 jaar oud, 28% tussen 45 en 54, 30% is tussen 55 en 64 jaar en 6% ten slotte is ouder dan 65 jaar.

De solo-artsen vertegenwoordigen nog altijd de grootste groep met 48%, alle andere praktijkvormen komen in gelijke mate voor: 17% werkt in een duo-praktijk, 17% in een groepspraktijk en 18% in een wijkgezondheidscentrum.

55 Gentse huisartsen (18%) vulden de vragenlijst in; deze steekproef van bijna 1/5^{e} is dan ook representatief voor de totale populatie wat betreft geslacht. Voor de leeftijd bemerken we een milde discrepantie tussen de twee groepen waarbij de jonge groepen artsen wat

oververtegenwoordigd zijn in de steekproef. Ook voor de praktijkvorm wordt er een discrepantie gezien: de artsen uit een groepspraktijk zijn oververtegenwoordigd, de solo-artsen ondervertegenwoordigd.

Conclusies uit het veldwerk

Wanneer alle gegevens samen worden gelegd kan worden bemerkt dat de verschillende navormingsorganisaties duidelijk een ander publiek, een andere doelgroep bereiken. De significante data samenvattend kan met stellen dat Het Circuit vooral jonge, vrouwelijke en artsen uit wijkgezondheidscentra aantrekt. Het ICHO bereikt voornamelijk de artsen-praktijkopleiders en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg bereikt voornamelijk artsen-stagebegeleiders en artsen-praktijkopleiders. De lokale navormingskringen blijken niet in trek te zijn bij artsen werkzaam in de wijkgezondheidscentra.

Met betrekking tot deze bevindingen kunnen enkele bedenkingen worden gemaakt:

- Dat artsen uit wijkgezondheidscentra (WGC's) vaker navormingen van het Circuit bijwonen kan als logisch worden aanschouwd, daar deze organisatie organisch gegroeid is vanuit de wijkgezondheidscentra. Vaak is het ook zo dat het bijwonen van de navormingen door Het Circuit opgenomen wordt in het takenpakket/weekschema van de artsen in de WGC's en het hier dus niet altijd gaat om een bewuste 'keuze'. Dat het Circuit daarnaast ook vaker jonge en vrouwelijke artsen aantrekt is vermoedelijk ook inherent aan de artsenpopulatie die bij de WGC's tewerkgesteld is, deze is waarschijnlijk jonger en vrouwelijker dan de gemiddelde artsenpopulatie. Inderdaad, in verband met het geslacht kan na berekening in de steekproef een correlatie aangetoond worden tussen geslacht en praktijkvorm ($P=0.015$), 7 van de 10 artsen afkomstig uit een WGC zijn vrouwelijk. Ook voor leeftijd wordt een correlatie met praktijkvorm bevestigd en zien we dat 9 van de 10 deelnemende artsen uit WGC's jonger zijn dan 45 jaar ($P<0.001$). Over de leeftijd werden hieromtrent bevestigende cijfers op populatieniveau gegeven van de administratie van HVG. Bijna 72% van de artsen werkzaam in de WGC's is jonger dan 40 jaar. Daarnaast kan men speculeren over andere mogelijke redenen waarom vrouwen meer geneigd zijn navormingen bij het Circuit te vormen: misschien omdat deze navormingen georganiseerd worden overdag en tijdens de werkuren?
- Ook wat betreft de artsen met een HAIO (de artsen-praktijkopleiders) lijkt het vanzelfsprekend dat deze meer dan alle andere artsen de navormingen georganiseerd door het ICHO of door de Vakgroep frequenteren. Zij zijn immers verplicht deze bij te wonen willen zij de titel van 'erkend stagemeester' behouden bij ICHO en FOD Volksgezondheid.

- Idem geldt voor de artsen-stagebegeleiders en hun correlatie met de navormingen van de vakgroep, zij worden immers door de vakgroep uitgenodigd op deze navormingen om zo de studenten 'betere', meer op EBM-steunende stageplaatsen aan te bieden.
- Ten slotte kan men zich afvragen of het zo is dat de artsen die stagebegeleider zijn ook niet vaak praktijkopleider zijn. Met andere woorden: gaat het hier om dezelfde populatie? Het lijkt er immers op dat hun navormingsprofiel niet sterk van elkaar verschilt. Bij narekenen kan er echter geen correlatie tussen het hebben van een HAIO en stagebegeleider zijn worden bemerkt (p=0.218), maar wordt er wel gezien dat 33 van de 55 artsen noch praktijkopleider noch stagebegeleider zijn.

Wat betreft de desiderata van de Gentse huisartsen in hun keuze van navormingsactiviteiten kunnen er slechts 2 significante zaken worden bemerkt: vrouwelijke huisartsen vinden het belangrijker dan hun mannelijke collega's dat een navormingsactiviteit huisartsrelevant is en solo-artsen en artsen uit een groepspraktijk hechten meer belang aan het feit dat de navorming wordt georganiseerd door de eigen navormingskring dan de artsen uit duopraktijken of wijkgezondheidscentra.

Algemeen gesteld zijn de hierboven benoemde bevindingen intuïtief logisch te noemen. Het is voor HVG evenwel fijn eens bewezen te hebben om zaken die voelbaar zus of zo waren ook wetenschappelijk te kunnen verklaren. Evenwel levert dit weinig op qua 'nieuwe inzichten'. Daarom zou verder onderzoek naar andere factoren die te maken hebben met het Gentse navormingslandschap een meerwaarde kunnen bieden. Er kan bijvoorbeeld geanalyseerd worden hoe de lokale navormingskringen van HVG hun navormingen organiseren en men zou het huidige navormingslandschap gedetailleerd in kaart kunnen brengen.

Besluit: Praktische "Guideline" voor HVG

Uit bovenstaande literatuurstudie en onderzoek bij de Gentse huisartsen kan veel gedistilleerd worden voor HVG. Zij trachtte immers recentelijk een onderzoek op te zetten naar navormingen, het aanbod binnen haar sub-kringen beter te stroomlijnen of misschien zelfs een extra aanbieder van navormingen te worden; of tenminste wou zij onderzoeken of dit enigszins mogelijk en nodig was.

Indien HVG zou besluiten haar takenpakket uit te breiden met het aanbieden van kwalitatieve navormingen kan zij uit dit Manamaproject op twee fronten enkele belangrijke zaken weerhouden. Ten eerste het theoretisch denkkader uit de literatuur waaruit blijkt dat een kwalitatieve navorming aan enkele belangrijke aspecten dient te voldoen. Hier wordt niet nogmaals herhaald welke deze aspecten zijn maar samenvattend kan men stellen dat

enkel een exhaustief pakket op maat van een individuele arts of artsensubpopulatie kwalitatief voldoende zal scoren.

Het zal dus zaak zijn deze subpopulaties goed te identificeren. Daarmee komen we bij de tweede conclusie; die van de bevraging: het bovenstaande onderzoek gaf een aanleiding tot het identificeren van de subpopulaties binnen de Gentse artsen wat betreft noden en wensen op vlak van navormingsbeleid. Er bestaat geen homogene groep huisartsen en er dus nood is aan 'diversificatie'. De Gentse huisartsen lossen dit nu zelf op door op eigen initiatief, naar eigen wens gebruik te maken het ruime aanbod van verschillende organisaties. De coördinatie van deze verschillende navormingen ontbreekt evenwel en het lijkt weinig waarschijnlijk dat individuele artsen hierin een weg zoeken door een expliciete eigen leeragenda op te stellen, hun noden te identificeren en op basis daarvan gericht navorming te zoeken. Er is dus mogelijks een belangrijke rol voor HVG om een goed gevarieerd, aanbod te realiseren dat de verschillende aspecten van de huisartsgeneeskunde dekt en op die manier dit gebrek aan individueel initiatief compenseert.

Indien ik een concreet navormingsplan zou moeten opstellen voor HVG zouden alle bovenstaande gegevens mij voor een concept laten opteren waarbij in een proefproject een specifieke subpopulatie wordt aangesproken. Men zou bijvoorbeeld kunnen mikken op de jonge en vrouwelijke artsen (die gecharmeerd blijken door het aanbod van het Circuit en relevantie voor de huisartsenpraktijk meer voorop stellen dan hun collega's). Indien men dus deze doelgroep wenst aan te spreken zal het dus interessant zijn hiermee rekening te houden. De solo's en artsen uit een groepspraktijk zullen misschien minder makkelijk te bereiken zijn (zij gaan immers het liefste naar navormingen georganiseerd door hun eigen lokale navormingskring) en daarom lijkt het misschien minder eenvoudig op deze groep te focussen.

Een mogelijk concreet stappenplan voor zulks proefproject bestaat uit:

- Kies (of nodig uit) een beperkte groep artsen binnen één doelpubliek, bijvoorbeeld 20 jonge, vrouwelijke artsen.
- Organiseer een leerlijn (meerdere leer- of contactmomenten, bijvoorbeeld gespreid over een heel jaar) rond een huisartsrelevant en interessant, aansprekend thema.
- Voorzie voor en na de leerlijn een objectieve toetsing en subjectieve bevraging rond ideeën en verwachtingen bij de deelnemende artsen
- Plan de samenkomsten in samenspraak met de lesvolgers, dit tijdstip kan variëren van week tot week of van maand tot maand. Zorg voor een goed bereikbare locatie.
- Voorzie een interactieve lesvorm, het gebruik van bijvoorbeeld proefpatiënten of casussen is hiervoor mogelijk.
- Voorzie accreditering.

In overleg met enkele sturende krachten binnen HVG (dr. Lily Willems, voorzitter; dr. Jan Reniers en dr. Jean-Pierre Sturtewagen, leden van de stuurgroep navorming en dr. Linde Tilley, secretaris) werden enkele aanvullende conclusies en doelstellingen geformuleerd:

- Graag werd gedacht aan een tweestromenbeleid waar niet enkel de jonge vrouwelijke huisartsen worden opgenomen in een project maar eveneens een tweede groep oudere solo artsen (man en vrouw) zou worden uitgenodigd voor een leerlijn, test project. Deze groep zal minder makkelijk te bereiken zijn via de huidige platforms en vormt dus een nog grotere uitdaging. Vermoedelijk is in deze groep ook het meeste 'winst' te boeken naar gedragswijziging toe. Argumenten hiervoor zijn: het feit dat de jonge vrouwelijke artsen vermoedelijk al een 'betere' navorming genieten, dat in bovenvernoemde guideline slechts 20 vrouwen, dus slechts 10% van alle HVG-artsen wordt opgenomen, dat de resultaten van zo'n beperkt onderzoek niet te extrapoleren vallen naar de volledige HVG-groep. Indien we de solo-artsen (die blijken meer belang te hechten aan bereikbaarheid en organisatie op een voor hen geschikt uur- vermoedelijk 's avonds of in het weekend) een echt 'pakket op maat' kunnen bieden door hun eigen navormingskring (immers blijken zij 'trouw' aan kun eigen kring) valt hier een enorme gedragswijziging of kwaliteitsverhoging te boeken. Bij het ontwikkelen van zo'n 'navormingsmaatpak' kan HVG haar sub-kringen bijstaan.
- Een andere mogelijke (haalbaardere?) optie is om een scoringssysteem in te voeren voor alle navormingen die in Gent worden georganiseerd naar eerder genoemde kwaliteitsindicatoren, de beste hieruit te selecteren en op te lijsten. Dit kan aan de hand van vragenlijsten bij de deelnemers en/of aanwezigheid van een huisarts-tutor op deze activiteiten. Naderhand kunnen de lesgevers van de meest kwalitatieve opleidingen aangeschreven worden met de vraag of zij in een opleidingscarrousel van de HVG willen stappen. Deze kwalitatieve opleidingen kunnen dan aangeboden worden aan de leden in hun eigen regionale navormingsgroep. Idealiter wordt jaarlijks een intervisie onder leiding van de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Ugent georganiseerd voor de tutoren van deze navormingen, hierbij kunnen de nieuwe inzichten van de CME worden doorgegeven en tools aangereikt.

De uitwerking van een navormingsconcept op maat (of een tweestromenbeleid van twee navormingsleerlijnen voor de eerder vernoemde subpopulaties) kan mogelijk dienen als testcase. Het evalueren van de tevredenheid van de huisartsen van zo'n 'leerlijn', zowel als het meten en analyseren van de haalbaarheid, workload en financiële mogelijkheden voor HVG gepaard met het uitwerken van zulks uitgebreid pakket kunnen misschien voer zijn voor een later Manama-project? Ook de optie om enkel een scoringssysteem en

database van kwalitatieve navormingen bij te houden is potentieel voer voor een Manama-student.

Referenties

1. Davis D. Continuing medical education. Global health, global learning. BMJ. 1998 Jan 31;316(7128):385-9.
2. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007 Jan(149):1-69.
3. Rosenberg WM, Sackett DL. On the need for evidence-based medicine. Therapie. 1996 May-Jun;51(3):212-7.
4. Fox RD. Revisiting "Discrepancy analysis in continuing medical education: a conceptual model". J Contin Educ Health Prof. 2011 Winter;31(1):71-6.
5. Mazmanian PE, Davis DA, Galbraith R. Continuing medical education effect on clinical outcomes: effectiveness of continuing medical education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. Chest. 2009 Mar;135(3 Suppl):49S-55S.
6. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ. 1999 May 8;318(7193):1276-9.
7. Grol R. Improving the quality of medical care. JAMA. 2001;286:2578-85.
8. Smith F, Singleton A, Hilton S. General practitioners' continuing education: a review of policies, strategies and effectiveness, and their implications for the future. Br J Gen Pract. 1998 Oct;48(435):1689-95.
9. Harden RM, Laidlaw JM. Effective continuing education: the CRISIS criteria. Med Educ. 1992 Sep;26(5):408-22.
10. Clayton B. Continuing professional development for doctors and dentists. Postgrad Med J. 1996 Feb;72 Suppl 1:S30-2.
11. Laxdal OE. Needs assessment in continuing medical education: a practical guide. J Med Educ. 1982 Nov;57(11):827-34.
12. Tracey JM, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. BMJ. 1997 Nov 29;315(7120):1426-8.
13. Miller SH. Continuing Medical Education, Professional Development, and Requirements for Medical Licensure: A White Paper of the Conjoint Committee on Continuing Medical Education. Journal of Continuing Education in the Health Professions. 2008;28(2):95-8.
14. Health CoPaC, Professional Education Institute IoM, . Redesigning Continuing Education in the Health Professions. 2009.
15. To What Extent Does Continuing Professional Education and Continuing Medical Education (CME) Affect Physicians Practice? [database on the Internet]2005.
16. Chan KKW. Medical education: From continuing medical education to continuing professional development. Asia Pacific Family Medicine. 2002;1:88-90.
17. Peck C, McCall M, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. BMJ. 2000 Feb 12;320(7232):432-5.

Bijlage 1: Enquête

VRAGENLIJST IN HET KADER VAN HET MANAMAPROJECT: ANALYSE VAN DE BARRIÈRES EN FACILITATOREN DIE GENTSE HUISARTSEN ONDERVINDEN MET BETREKKING TOT DE DEELNAME AAN NAVORMING GEORGANISEERD DOOR DE LOKALE NAVORMINGSKRINGEN VAN DE HUISARTSENVERENIGING GENT.

GEACHTE ARTS, GEACHTE COLLEGA,
HIERONDER VINDT U ENKELE VRAGEN MET BETREKKING TOT UW NAVORMING. DEZE KADEREN IN HET MANAMAPROJECT VAN LINE VERMEULEN, HAIO VAN DR. LILY WILLEMS. DE RESULTATEN VAN DIT MANAMAPROJECT ZULLEN LATER OOK WORDEN GEBRUIKT OM DE HVG EEN "HANDLEIDING VOOR GOEDE NAVORMING VOOR DE GENTSE HUISARTS" TE BEZORGEN.

HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST IS VOLLEDIG VRIJWILLIG EN NEEMT SLECHTS 5 MINUTEN VAN UW TIJD IN BESLAG. UITERAARD WORDEN DE VRAGENLIJSTEN VOLLEDIG ANONIEM VERWERKT. INDIEN U ACHTERAF NOG VRAGEN ZOU HEBBEN MET BETREKKING TOT DEZE VRAGENLIJST OF HET ONDERZOEK MAG U ONS STEEDS CONTACTEREN VIA line.vermeulen@ugent.be.

1. VIA WELKE KANALEN VOLGDE U HET AFGELOPEN JAAR NAVORMINGEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

a) **LOKALE NAVORMINGSKRINGEN (VROEGERE WACHTKRINGEN)**
b) **ZIEKENHUIZEN**
c) **BEROEPSVERENIGING (DOMUS)**
d) **ALUMNI (VB: FARMACOTHERAPEUTISCH BIJBLIJVEN)**
e) **FARMACEUTISCHE INDUSTRIE**
f) **VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE**
g) **HET CIRCUIT (GROEPSPRAKTIJKEN/WIJKGEZONDHEIDSCENTRA)**
h) **ICHO**
i) **CONGRESSEN**
j) **ANDERE**

2. HOE WERDEN DEZE GEORGANISEERD? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

a) **EX CATHEDRA/LESVORM DOOR 1 OF VERSCHILLENDE SPREKERS (BV: PANELGESPREK)**
b) **INTERACTIEF (BV: ROLLENSPEL, PROEFPATIËNT, "TELEVOTING"…)**
c) **ONLINE**
d) **SKILLSLAB**
e) **RONDE TAFEL/ PEER REVIEW/ WORKSHOP**
f) **ANDERE**

3. WAAROM KOOS U VOOR DEZE NAVORMINGEN? (MEERDERE ANTWOORDEN MOGELIJK)

ORGANISATIE OP GESCHIKTE TIJDSTIPPEN, PLAATSEN…
ONDERWERPEN HUISARTSRELEVANT.
ONDERWERP INTERESSANT.
VORM/METHODE IS AANTREKKELIJK (BV INTERACTIEF, SKILLSLAB…)
IN FUNCTIE VAN DE ACCREDITERING.
SOCIAAL CONTACT.
LID VAN DEZE NAVORMINGSKRING.
ANDERE: SPECIFIEER AUB:

4. WAT VINDT U BELANGRIJK BIJ DE KEUZE VAN EEN NAVORMING? (GEEF EEN SCORE VAN 1 TOT 5; 1 IS VAN HET HOOGSTE BELANG; 5 IS HELEMAAL NIET BELANGRIJK)

Geschikt tijdstip, geschikte plaats	1 2 3 4 5
Relevantie voor de huisartsenpraktijk	1 2 3 4 5
Onderwerp interessant/ Persoonlijke interesse	1 2 3 4 5
Vorm/Methode (bv: interactief, skillslab...)	1 2 3 4 5
Punten toegekend voor accreditering	1 2 3 4 5
Sociaal Contact	1 2 3 4 5
Georganiseerd door eigen navormingskring	1 2 3 4
Andere: specifieer aub:	1 2 3 4 5

5. BESCHRIJF IN ENKELE ZINNEN EN/OF TREFWOORDEN WAT VOOR U DE IDEALE NAVORMING IS? (BV MBT TIJDSTIP, PLAATS, ORGANISATIE, LESVORM, ONDERWERP, DOOR WIE GEGEVEN...)

---

6. BENT U:

- **MAN**
- **VROUW**

7. HOE OUD BENT U?

a) **25-34J**
b) **35-44J**
c) **45-54J**
d) **55-64J**
e) **65+**

8. IN WELKE PRAKTIJKVORM BENT U WERKZAAM?

- **SOLOPRAKTIJK**
- **DUOPRAKTIJK**
- **GROEPSPRAKTIJK**
- **WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM**

9. HEEFT U EEN HAIO?

a) JA
b) NEEN

10. BENT U STAGEBEGELEIDER?

a) JA
b) NEEN

WIJ DANKEN U VAN HARTE VOOR UW MEDEWERKING.
HVG ZAL U VIA DE NIEUWSBRIEF OP DE HOOGTE HOUDEN VAN DE RESULTATEN VAN DIT ONDERZOEK.

Bijlage 2: SCOPME-model

- Is het systeem flexibel genoeg om de huidige en toekomstige noden tegemoet te komen?
- Is het toegankelijk voor zowel sterk gemotiveerden als de gemiddelde presteerder?
- Zijn er mechanismen om er voor te zorgen dat de CME beantwoord aan de noden van de NHS?
- Wordt de performantie verbeterd voor alle artsen in het systeem en hoe relateert het aantal zwakker presteerders met het gebruik van de navorming?
- Welke training inputs zijn noodzakelijk?
- Hoeveel tijd is nodig voor het proces van reflectie, beoordeling, planning en persoonlijke reflectie?
- Wat is de impact van de departementen en stichtingen?
- Hoe kunnen de outcomes worden gemeten?

Bijlage 3: Codeboek

1. Via welke kanalen volgde u het afgelopen jaar navormingen? (meerdere antwoorden mogelijk) **Label: Kanalen_huidige**

Lokale navormingskringen (vroegere wachtkringen) **Code 0-1**

k) Ziekenhuizen **Code 0-1**

l) Beroepsvereniging (Domus) **Code 0-1**

m) Alumni (vb: Farmacotherapeutisch bijblijven) **Code 0-1**

n) Farmaceutische industrie **Code 0-1**

o) Vakgroep Huisartsgeneeskunde **Code 0-1**

p) Het Circuit (groepspraktijken/wijkgezondheidscentra) **Code 0-1**

q) ICHO **Code 0-1**

r) Congressen **Code 0-1**

s) Andere **Code 0-1**

2. Hoe werden deze georganiseerd? (meerdere antwoorden mogelijk) **Label: Organisatie_huidige**

g) Ex cathedra/Lesvorm door 1 of verschillende sprekers (bv: panelgesprek) **Code 0-1**

h) Interactief (bv: rollenspel, proefpatiënt, "Televoting"...) **Code 0-1**

i) Online **Code 0-1**

j) Skillslab **Code 0-1**

k) Ronde tafel/ Peer Review/ Workshop **Code 0-1**

l) Andere **Code 0-1**

3. Waarom koos u voor deze navormingen? (meerdere antwoorden mogelijk) **Label: Motivatie_huidige**

Organisatie op geschikte tijdstippen, plaatsen... **Code 0-1**

Onderwerpen huisartsrelevant. **Code 0-1**

Onderwerp interessant. **Code 0-1**

Vorm/methode is aantrekkelijk (bv interactief, skillslab...) **Code 0-1**

In functie van de accreditering. **Code 0-1**

Sociaal contact. **Code 0-1**

Lid van deze navormingskring. **Code 0-1**

Andere: specifieer aub: **Code 0-1**

5. Wat vindt u belangrijk bij de keuze van een navorming? (Geef een score van 1 tot 5; 1 is van het hoogste belang; 5 is helemaal niet belangrijk) **Label: belang**

Geschikt tijdstip, geschikte plaats	1	2	3	4	5
Relevantie voor de huisartsenpraktijk	1	2	3	4	5
Onderwerp interessant/ Persoonlijke interesse	1	2	3	4	5
Vorm/Methode (bv: interactief, skillslab...)	1	2	3	4	5
Punten toegekend voor accreditering	1	2	3	4	5
Sociaal Contact	1	2	3	4	5
Georganiseerd door eigen navormingskring	1	2	3	4	5
Andere: specifieer aub:	1	2	3	4	5

Code: van het grootste belang

Code: belangrijk

Code: Noch belangrijk, noch onbelangrijk

Code: niet belangrijk

Code: helemaal niet belangrijk

6. Beschrijf in enkele zinnen en/of trefwoorden wat voor u de ideale navorming is? (bv mbt tijdstip, plaats, organisatie, lesvorm, onderwerp, door wie gegeven...)

---

6. Bent u:

- Man **Code 0**
- Vrouw **Code 1**

7. Hoe oud bent u? **Label: SEX**

f) 25-34j **Code 0**

g) 35-44j **Code 1**

h) 45-54j **Code 2**

i) 55-64j **Code 3**

j) 65+ **Code 4**

8. In welke praktijkvorm bent u werkzaam? **Label: Praktijkvorm**

- Solopraktijk **Code 0**
- Duopraktijk **Code 1**
- Groepspraktijk **Code 2**
- Wijkgezondheidscentrum **Code 3**

9. Heeft u een HAIO? **Label: HAIO**

c) Ja **Code 1**

d) Neen **Code 0**

10. Bent u stagebegeleider? **Label: stagebegeleider**

c) Ja **Code 1**

d) Neen **Code 0**