Factoren die het bijscholingsgedrag van huisartsen beïnvloeden

Stefanie Moermans, K.U. Leuven

Promotor: Ann Roex, K.U. Leuven

Co-promotor: Bert Aertgeerts, K.U. Leuven

Praktijkopleider: Joke Van den Heuvel

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE 2

VOORWOORD 4

ABSTRACT 5

INLEIDING 6

METHODE 7

LITERATUURONDERZOEK 7

METHODE 7
RESULTATEN 7
DEEL I: Een nieuw accrediteringssysteem 7
1. Het huidige Belgische accrediteringssysteem 7
2. Richtlijnen voor een nieuw systeem 8
DEEL II: Factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden 11
1. Soorten bijscholingen en hun effectiviteit 11
2. Motivatie tot deelname 12
2.1. Formele bijscholingsactiviteiten 12
2.2. Informele leeractiviteiten 14
2.3. Semigestructureerde leeractiviteiten 14
2.3.1. Leren op de werkplek 14
2.3.2. Leren uit fouten en bespreking ervan met collega's 14
2.4. Online leren 14
2.5. Redenen om niet deel te nemen 16
BESPREKING EN BESLUIT 16

VELDONDERZOEK 17

METHODE 17
HET ONDERZOEK 18
DEEL I: Interviews 18
1. Methode 18
2. Resultaten 20
2.1. Welke bijscholingen volgen artsen en waarom? 20
2.1.1. Gevolgde bijscholingen 20
2.1.2. De keuze van de bijscholing 21
2.1.3. Gebruik van e-learning 23
2.2. Nieuw accrediteringssysteem 24
2.2.1. Opmerkingen voorgestelde nieuwe systeem 24
2.2.2. Suggesties nieuw accrediteringssysteem 26
2.3. Basisvoorwaarden nieuw accrediteringssysteem 28
DEEL II: Enquête 28
1. Methode 28
2. Resultaten 29
BESPREKING 31
I. Samenvatting en interpretatie van de bevindingen 31
1. Factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden 31
2. Mening nieuw accrediteringssysteem 32
3. Basisvoorwaarden om het voorgestelde nieuwe accrediteringssysteem te kunnen opstarten 33

II. Situering van de bevindingen ten opzichte van de literatuur *33*
III. Sterktes en zwaktes *33*
IV. Implicaties voor het veld en voor verder onderzoek *34*
BESLUIT **35**
REFERENTIES **36**
BIJLAGE 1: BASISVRAGEN SEMIGESTRUCTUREERDE INTERVIEWS **38**
BIJLAGE 2: ENQUÊTE **41**

Voorwoord

Het idee voor dit onderzoeksproject is ontstaan uit een eerder onderzoek waaraan ik meewerkte. In dit eerdere onderzoek, uitgevoerd in kader van ons afstudeerproject in de master huisartsgeneeskunde onder leiding van prof. Ann Roex en in samenwerking met enkele medestudenten, werd het huidige Belgische accrediteringssysteem bekeken en vergeleken met andere landen en een voorstel gedaan voor een mogelijk nieuw systeem. Naar aanleiding van dit interessante onderzoek kwam de vraag om hier verder nog iets mee te doen in de masterproef huisartsgeneeskunde. Ik stelde mij direct de vraag “Wat maakt dat een arts naar een bepaalde bijscholing gaat of net niet gaat?” en ik besefte dat een antwoord op deze vraag van groot belang zou zijn indien men effectief een nieuw accrediteringssysteem zou willen uitbouwen in België. Een nieuw accrediteringssysteem kan immers maar succes hebben als het is aangepast aan de gebruikers in de dagelijkse praktijk. In samenspraak met mijn promotor prof. Ann Roex heb ik de onderzoeksopzet van dit project dan verder uitgewerkt om uiteindelijk tot dit boeiende onderzoek te komen.

Ik wil graag volgende mensen bedanken: mijn promotor prof. Ann Roex, voor haar begeleiding, tips en aanmoedigende woorden; mijn co-promotor prof. Bert Aertgeerts; mijn praktijkopleider en andere collega’s van huisartsenpraktijk Bloemendael voor de validering van mijn vragenlijsten en tips bij de uitvoering van dit project; dr. Hannah Demaerel voor de tips bij de verwerking van de gegevens in NVIVO; de artsen die met veel enthousiasme hebben deelgenomen aan de interviews; en de organisatoren van de bijscholingen waar ik mijn enquête mocht uitdelen. Graag wil ik ook mijn ouders en familie bedanken voor hun jarenlange steun die er mede voor heeft gezorgd dat ik hier ben geraakt. Ten slotte wil ik nog mijn tweede lezer en partner Tom bedanken voor zijn steun en geduld en het lezen van de interviews.

Abstract

Context: Levenslang leren is een basiskenmerk van artsen. Het finale doel is hun prestaties te verbeteren en een continue hoge kwaliteit van zorg voor de patiënt te kunnen garanderen. In België kunnen artsen zich op dit moment vrijwillig bijscholen. Indien ze aan bepaalde voorwaarden voldoen komen ze in aanmerking voor accreditering. In eerder onderzoek is echter aangetoond dat het huidige Belgische accrediteringssysteem aan een grondige hernieuwing toe is en werd een voorstel voor een nieuw systeem gedaan. Om een nieuw systeem te doen slagen is het belangrijk om, naast de onderwijskundige aspecten, bij de uitwerking ervan ook rekening te houden met de mening en voorkeur van de artsen die dit systeem uiteindelijk zullen moeten gebruiken in de dagelijkse praktijk. Ook moet er gekeken worden of een dergelijk nieuw systeem in de praktijk haalbaar is.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek werd er nagegaan welke factoren het bijscholingsgedrag van huisartsen beïnvloeden. Daarnaast werd er ook onderzocht hoe huisartsen tegenover nieuwe methoden van bijscholing zoals voorgesteld in het nieuwe systeem van accreditering staan, en of ze aan de basisvoorwaarden voldoen om dit nieuwe systeem te kunnen opstarten.

Methode: Eerst werd er een literatuuronderzoek gedaan om na te gaan welke de mogelijke beïnvloedende factoren van het bijscholingsgedrag van huisartsen zijn en te beschrijven hoe een nieuw Belgisch accrediteringssysteem er in ideale omstandigheden zou kunnen uitzien. Van hieruit werd er een veldonderzoek opgezet. Hierbij werden enerzijds semigestructureerde interviews afgenomen bij een groep huisartsen en anderzijds enquêtes uitgedeeld aan huisartsen op enkele bijscholingen.

Resultaten: Artsen blijken een duidelijke voorkeur te hebben voor bijscholingen onder vorm van lezingen maar ook bijscholing via LOK en opzoekingen op internet zijn populair. De belangrijkste factor in de keuze van bijscholingen is het onderwerp. Daarnaast zijn ook logistieke en praktische redenen, vooral de afstand en het tijdstip, de spreker en tenslotte de vorm en aanpak van de bijscholing belangrijke bepalende factoren in deze keuze. E-learning blijkt weinig populair te zijn. Technische problemen vormen de belangrijkste reden om niet aan e-learning te doen, kort gevolgd door de voorkeur voor persoonlijk contact. De artsen die wel aan e-learning doen of dit willen doen zien vooral de flexibiliteit en de goede kwaliteit van e-learning modules als voordeel. Bij de voorstelling van het nieuwe accrediteringssysteem reageerden de artsen over het algemeen zeer positief. De belangrijkste opmerking was echter de schrik voor controle en sanctionering. Daarnaast zagen de artsen ook heel wat praktische problemen en tekortkomingen en hiaten in het systeem. Indien er een nieuw systeem komt vinden huisartsen het vooral belangrijk dat het huisartsgericht, kwaliteitsvol en praktisch is. Bijna alle artsen maken gebruik van een EMD. Ze doen echter zeker nog niet allemaal aan gecodeerd registreren.

Conclusies: De belangrijkste factor in de keuze van bijscholing is het onderwerp. Ondanks de voorkeur voor lezingen staan artsen wel open voor andere manieren van bijscholing zoals e-learning en zijn ze zelfs vragende partij voor kwaliteitsvolle andere manieren van bijscholing en de accreditering ervan. Ze staan dan ook positief tegenover het nieuwe systeem van accreditering en hebben hier een duidelijke mening over. Indien we dit nieuwe systeem van accreditering willen doen slagen is het belangrijk dat men bij de verdere uitwerking ervan rekening houdt met deze mening, de wensen en de suggesties van de huisartsen aangezien zij degenen zijn die dit systeem later in de praktijk zullen moeten gebruiken. Zeer belangrijk hierin is dat dit geen systeem van controle en sanctionering mag worden! Om het systeem in de praktijk bruikbaar te maken zullen er dus heel wat aanpassingen moeten gebeuren om het beter te doen aansluiten bij de percepties van de artsen en zullen er bovendien inspanningen gedaan moeten worden om artsen meer gecodeerd te doen registreren.

Inleiding

Levenslang leren is een basiskenmerk van artsen. (1-3) De hoeveelheid medische kennis neemt immers constant toe en er komen altijd weer nieuwe klassen van medicatie ter beschikking. De kennis, vaardigheden en attitude van artsen dreigt dus snel te verouderen eens ze zijn afgestudeerd indien ze zich niet bijscholen. Daarom bestaan er de vele CME (continuing medical education) en CPV (continue professionele vorming, in Engelstalige literatuur 'continuing professional development') activiteiten om artsen ook na hun opleiding te laten leren en nieuwe vaardigheden te leren. (4) Het doel is ervoor te zorgen dat artsen beschikken over de nodige kennis, vaardigheden, attitudes en mogelijkheden om hun competentie te behouden en verbeteren en up-to-date te blijven met de nieuwste medische kennis en vaardigheden om zo uiteindelijk hun prestaties te verbeteren en een continue hoge kwaliteit van zorg voor de patiënt te kunnen garanderen. (1,2,5)
Een onderzoek bij Amerikaanse artsen die zich moeten bijscholen voor het behoud van certificatie heeft dan ook aangetoond dat artsen die zich bijscholen gezondheidszorg van hogere kwaliteit verstrekken. (6) Ook in vele andere landen dient men omwille van deze reden te bewijzen dat men aan bijscholingen deelneemt om zijn praktijk verder te mogen zetten. (2)
Het is aangetoond dat artsen levenslange deelname aan CME en up-to-date blijven effectief belangrijk vinden en dit zien als een deel van het artsenberoep. (1,7) Als men bij artsen gaat navragen hoe hoog ze het aandeel van hun kennis verworven na hun studies inschatten is dit dan ook vrij hoog, gemiddeld 60%. Oudere artsen schatten dit aandeel zelfs nog hoger in. 1/3 van de verandering in de klinische praktijk hangt samen met bijscholing. (8)
Ondanks dat bijscholingsactiviteiten kennis verhogen hebben ze echter toch een variabel effect op de klinische praktijk (4) en bestaat er een grote variatie in het aantal gevolgde uren bijscholing tussen verschillende artsen. (2) Indien we bijvoorbeeld kijken naar de Belgische situatie vinden we de volgende gegevens. In 2009 waren 91% van de Belgische artsen geaccrediteerd. Bij jonge artsen lag dit percentage zelfs nog hoger, tot 97% bij de artsen onder 35 jaar, terwijl dit bij de oudere artsen lager lag, 89% bij de artsen van 65 jaar of ouder. Ook opvallend is dat de vrouwelijke artsen iets meer geaccrediteerd waren ten opzichte van het gemiddelde, namelijk 93%. In Brussel en het Zuiden van ons land waren slechts 84% van de artsen geaccrediteerd. (9)
De vraag die we ons stellen is welke factoren dit bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden. In dit werk zullen we trachten een antwoord te vinden op deze vraag zodat men hier later op kan inspelen om CPV te verbeteren.

Naast de nood aan continue vorming is uit eerder onderzoek (10,11) gebleken dat er grondige aanpassingen nodig zijn in ons huidig systeem van bijscholen. Hierbij zouden we moeten gaan naar een systeem dat de nadruk legt op leren (learning) en niet meer op onderwijzen (teaching) zoals het vroeger vaak gebeurde en nu nog steeds veel gebeurt. De hamvraag bij het uitwerken van dit nieuwe systeem is hoe dit nieuwe systeem eruit zou moeten zien en aan welke criteria het zou moeten voldoen om het te doen slagen. De eerste vraag heeft men al trachten te beantwoorden in eerder onderzoek (10,11). Om het model te doen slagen is het echter heel belangrijk om, naast de onderwijskundige aspecten, bij de uitwerking ervan ook rekening te houden met de mening en voorkeur van de artsen die in de dagelijkse praktijk met dit systeem zullen moeten werken. Daarom willen we niet alleen een antwoord zoeken op de vraag welke factoren het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden maar willen we in dit onderzoek ook nagaan wat de mening van artsen is over nieuwe methoden van bijscholing zoals in het nieuwe systeem voor accreditering dat werd voorgesteld in eerder onderzoek. Tenslotte willen we ook nagaan of artsen voldoen aan de basisvoorwaarden om dit nieuwe systeem in gebruik te kunnen nemen.

Methode

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen werd er gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek en een veldonderzoek. Het literatuuronderzoek omvat 2 delen. In een eerste deel werd een overzicht gemaakt van het nieuwe accrediteringssysteem zoals eerder beschreven in de literatuur. In het tweede deel werd vervolgens gezocht naar welke factoren van belang zijn bij het kiezen van bijscholingsactiviteiten door artsen. Deze literatuurstudie vormde dan de basis voor het opzetten van het veldonderzoek.

Literatuuronderzoek

In wat volgt zullen we een antwoord geven op de volgende vragen:

- Hoe ziet het huidige Belgische accrediteringssysteem eruit en hoe zou een nieuw systeem idealiter volgens de literatuur eruit moeten zien?
- Aan welke basisvoorwaarden moet worden voldaan om het voorgestelde nieuwe systeem in gebruik te kunnen nemen?
- Welke zijn de factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden?

Methode

Voor de literatuurstudie werd er gezocht via de zoekmachines ERIC en PubMed. Hierbij werd er gebruik gemaakt van de volgende zoektermen: "Education, Medical, Continuing"[Mesh], "Choice Behavior"[Mesh], "Motivation"[Mesh], continuing medical education, motivation, choice behavior, preferences, medical education. Verder werd er ook gezocht via de referenties van de gevonden artikels. Tot slot werd er ook gebruik gemaakt van reeds eerder gevoerd onderzoek in kader van dit project (10,11).

Resultaten

In een eerste deel zullen we het huidige Belgische accrediteringssysteem kort beschrijven en een overzicht geven van hoe een nieuw accrediteringssysteem er volgens de literatuur uit zou moeten zien. In deel 2 zal beschreven worden welke factoren het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden.

DEEL I: Een nieuw accrediteringssysteem

Uit eerder onderzoek is reeds gebleken dat het huidige Belgische accrediteringssysteem aan een grondige hernieuwing toe is. (10,11) In wat volgt zal eerst een korte schets gegeven worden van het huidige accrediteringssysteem in België. Hierna wordt kort beschreven aan welke criteria het nieuwe systeem idealiter zou moeten voldoen volgens de huidige richtlijnen.

1. <u>Het huidige Belgische accrediteringssysteem</u>

In België kunnen artsen zich op vrijwillige basis accrediteren. Een eerste vereiste om deze accreditering te bekomen is het verzamelen van minstens 20 credit points (CP) per jaar en 60 CP per 3 jaar door het volgen van nascholing. Hiervan moeten ten minste 3 CP per jaar behaald worden in de rubriek ethiek en economie. Ten tweede dient men deel te nemen aan peer review activiteiten

wat minstens 2u deelname (2 CP) aan de lokale kwaliteitsgroep (LOK) per jaar omvat. Als 3de en laatste voorwaarde is een drempelactiviteit van 1250 patiëntencontacten per jaar vereist. (10)
Dit is geen verplichting om zijn beroepstitel te kunnen behouden maar er is wel een financiële verloning aan verbonden, namelijk een forfaitair jaarlijks accrediteringsereloon en een verhoogd honorarium voor raadplegingen en huisbezoeken. (10)
Voor registratie van deze activiteiten wordt momenteel gebruik gemaakt van een soort online 'portfolio' waar artsen een overzicht kunnen vinden van hun behaalde CP en deze kunnen documenteren. Dit systeem wordt op dit moment verder niet gebruikt voor andere doeleinden. (10)
De toekenning van CP aan bepaalde activiteiten gebeurt op basis van organisatorische en inhoudelijke criteria. Organisatorisch gezien wil dit zeggen dat een medische vereniging de nascholing dient in te richten, er geen belangenverstrengeling mag zijn vanuit de farmaceutische industrie, een huisarts medeverantwoordelijke of moderator dient te zijn en de aanvraag wordt ingediend voor de nascholing plaatsvindt. Op inhoudelijk vlak is relevantie voor en afstemming op de huisarts van belang. (10)
Sedert 2005 kunnen er ook CP worden toegekend aan e-learning activiteiten. Ongeacht de tijdsinvestering wordt hieraan echter meestal slechts 0,5 CP toegekend. (10)

2. Richtlijnen voor een nieuw systeem

Het uiteindelijke doel van CPV is het up-to-date blijven en optimaliseren van de competentie van de arts. Dit wordt gezien vanuit het oogpunt dat een hogere competentie van de arts zal zorgen voor een verhoogde kwaliteit van zorg voor zijn patiënten zodat het finale doel van accreditering een kwaliteitsverbetering van de zorg is. (10) Om tot deze kwaliteitsverbetering te komen dient het ideale accrediteringssysteem aan een aantal voorwaarden te voldoen. Deze zijn samengevat in tabel 1. (11)

Huidige richtlijnen rond CPV
1. Artsen laten zich in hun keuze van CPV leiden door vooraf vastgestelde noden en koppelen hieraan persoonlijke leerdoelstellingen
2. De arts heeft blijvend aandacht voor CPV, CPV is namelijk een continu proces
3. Artsen nemen deel aan peer review groepen
4. CPV maakt gebruik van adult learning methoden
5. CPV activiteiten vertrekken vanuit en stromen door in de dagelijkse medische praktijk
6. Inhoudelijk sluiten CPV activiteiten zo nauw mogelijk aan bij de noden van de doelgroep en zijn ze gebaseerd op recente wetenschappelijke inzichten
7. De effectiviteit van CPV activiteiten wordt gemeten
8. De stakeholders bepalen de missie, doelstelling en uitkomstmaten gezamenlijk
9. De uitkomstmaten van het CPV proces zijn kwaliteitsgestuurd
10. De nodige middelen voor CPV moeten beschikbaar zijn

Tabel 1: Huidige richtlijnen CPV (11)

Deze richtlijnen kunnen worden samengevat in vier belangrijke basisprincipes (11). Ten eerste wordt CPV best gedreven vanuit reële zorgnoden. Ten tweede maakt elke CPV activiteit liefst deel uit van een kwaliteitscyclus die vertrekt en eindigt in de praktijk. Ten derde blijft het uitwisselen van ervaringen tussen mede-artsen belangrijk. Ten vierde is het noodzakelijk dat artsen werken met een individueel CPV plan dat rekening houdt met de individuele en maatschappelijke verbeteringsdomeinen en dat toelaat de persoonlijke progressie hierin in kaart te brengen. (11)
Rekening houdend met deze richtlijnen en met de Belgische context zou een nieuw accrediteringssysteem, zoals in eerder onderzoek beschreven, best vertrekken vanuit een persoonlijk elektronisch portfolio dat uit verschillende onderdelen bestaat: (11)

1. Identificeren van professionele noden en opstellen van doelen;

2. Zoeken naar CPV activiteiten en middelen, registratie hiervan en kwaliteitsdocumentatie, zelfreflectie en evaluatie van de eigen praktijkvoering, opvolging van vooruitgang en behaalde doelen;
3. Interactie met andere artsen;
4. In kaart brengen van het CPV proces voor externe evaluatie in kader van accreditering.

Dit portfolio kan gekoppeld worden aan het elektronisch medisch dossier (EMD) opdat het kan aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Een schematisch overzicht van hoe dit nieuwe accrediteringssysteem er in de praktijk zou kunnen uitzien wordt weergegeven in tabel 2. (11)

Naast de uitbouw van dit portfolio kan er in België ook veel verbeterd worden aan de CPV activiteiten zelf. (11)
Ten eerste kan het elektronische aanbod aan leermiddelen nog uitgebreid worden. Hierbij denken we aan de uitbouw van reminders, evidence linkers en feedbacksystemen in het EMD en ontwikkeling van e-learning. (11)
Uit onderzoek blijkt dat webgebaseerde leermethoden veel meer potentieel bieden om CME efficiënter aan te bieden en er is aangetoond dat ze het gedrag van artsen positief kunnen beïnvloeden. Als men online CME vergelijkt met face-to-face CME blijken beiden minstens gelijkwaardig te zijn wat betreft aanbrengen van kennis, veroorzaken van gedragsverandering, gebruik van evidence based besliskunde en verhogen van vertrouwen van de artsen. Sommige studies zeggen zelfs dat online CME een grotere educatieve waarde kan hebben. (12-14) Dit is echter afhankelijk van de inhoud en van de manier waarop deze wordt aangebracht zoals in de volgende paragraaf wordt besproken.
Een tweede aandachtspunt is de aandacht voor interactiviteit en gebruik van adult learning technieken. Dit geldt zowel voor het elektronische aanbod als voor de andere CPV activiteiten. De basis van adult learning is gebaseerd op leren uit ervaring, zelfgestuurd leren, interactief leren en faciliteren van het leerproces. Als men dit omzet naar de praktijk zijn er zeer veel mogelijkheden om gebruik te maken van adult learning technieken zoals bijvoorbeeld interactie en mogelijkheid tot discussie, workshops, bespreking van casussen, discussiefora,… (11)
Ten derde dient CPV praktijkgericht te zijn. (11)
Tot slot lijkt het beter CP toe te wijzen in functie van de bewezen effecten van CPV activiteiten op de medische praktijkvoering in plaats van op basis van aanwezigheid en besteedde tijd. (11)
In een onderzoek in Nieuw-Zeeland waar men CP dient te verzamelen om zijn certificatie te behouden werd de nood om CP te moeten verzamelen door sommige artsen eerder als nadelig beschouwd omdat de keuze van een CME activiteit volgens deze artsen eerder gebaseerd lijkt te zijn op verzameling van CP in plaats van op interesse. Bovendien komt het verzamelen van veel CP ook niet altijd overeen met vergaren van competentie. Ook wordt de nood aan accreditatie eerder gezien als extra stress in een leven dat al heel druk is. (7) Het lijkt daarom beter gebruik te maken van een competentiegebaseerde aanpak van CPD waarbij artsen bijscholen om specifieke competenties aan te passen en te verbeteren (5).

Onderdeel persoonlijk CPV plan	EMD ↓ Persoonlijk CPV plan	Persoonlijk CPV plan ↓ EMD	Persoonlijk CPV plan ↓ CPV databank en agenda	Andere
1. CPV noden & doelen	- Arts kan tijdens het gebruik van het EMD codes aanklikken zodat deze meteen worden opgenomen in het persoonlijk CPV plan	- Via het CPV plan zijn per CPV thema audits beschikbaar die nagaan in het EMD of de zorgdoelen bereikt zijn		- Overheid post zorgnoden/ feedback-rapporten in CPV plan van de arts
2. CPV activiteiten	- Wanneer arts evidence linker of decision support gebruikt heeft, wordt dit automatisch opgenomen in het persoonlijk CPV plan	- Ifv eigen leerdoelen kan het portfolio extra ondersteunings-materiaal aanbieden in het EMD (via feedback en/of evidence linker en/of decision support)	- Vanuit de leerdoelen krijgt de arts een automatisch overzicht met relevante beschikbare CPV activiteiten - Agendabeheer persoonlijke CPV activiteiten - Arts behoudt overzicht deelname aan CPV activiteiten	- CPV organisatoren registreren deelname van artsen
3. Interactie met collega's				- Interactief forum met collega's die met zelfde aspecten van CPV bezig zijn - Vanuit LOK-groepen kan een gezamenlijk leerdoel geformuleerd worden dat voor elkeen kan opgenomen worden in het CVP plan
4. Overzicht CPV				Automatisch gegenereerd overzicht per domein (klinische thema's, communicatie, professionalisme, …)

Tabel 2: Weergave van wisselwerking die mogelijk wordt dankzij een gecodeerde registratie in het EMD en in het persoonlijk CPV plan (11)

DEEL II: Factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden

Voor er kan besproken worden welke factoren het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden dient er eerst een onderscheid gemaakt te worden tussen de verschillende soorten bijscholingen die de artsen volgen: formele versus informele en klassieke versus nieuwere bijscholingsactiviteiten. Nadat dit in een eerste deel besproken is zal er dan verder ingegaan worden op de beïnvloedende factoren die een rol spelen bij de keuze tussen deze verschillende activiteiten.

1. Soorten bijscholingen en hun effectiviteit

Over het algemeen hebben artsen nog steeds een voorkeur voor traditionele CME activiteiten zoals lezingen (12,15,16) met weinig interactie tussen deelnemers en begeleider en die weinig inspelen op leernoden (17). Naast deze formele CME activiteiten vergaren artsen ook kennis via informele (lezen, internet, brieven van specialisten, discussies met collega's, feedback van kwaliteitsmetingen en interactie met vertegenwoordigers van farmaceutische industrie) en semi-gestructureerde leeractiviteiten (acties ondernomen om een probleem direct op te lossen zoals consultatie van collega's, literatuuropzoeking en lezen). (7) In een onderzoek in Duitsland (1) bleken de informele leeractiviteiten zelfs de grootste bron van CME en hun belang groeit omdat het beter aansluit bij de basisprincipes van adult learning (17). Deze studie vond ook significante verschillen tussen artsen werkzaam in een groepspraktijk en solo-werkende artsen. Artsen die werken in een groepspraktijk maakten vaker gebruik van gesprekken met collega's, het internet en cd-roms. Solo-werkende artsen daarentegen lazen dan weer meer wetenschappelijke tijdschriften.

Ondanks de voorkeur voor traditionele CME activiteiten hebben deze echter wel een positieve impact op kennis, maar slechts een zeer kleine impact op de klinische praktijk en de outcome van de patiënten. (5,17) Er is namelijk aangetoond dat een interactieve en zelfgestuurde aanpak gelinkt aan de klinische praktijk en gebruik van verschillende leermethoden veel beter geschikt zijn als bijscholing voor volwassenen en grotere veranderingen veroorzaken in het handelen van artsen dan traditionele bijscholingen. (1,2,5,7,15,16,18) Bovendien is aangetoond dat deze manieren van leren ook een hoge voldoening geven aan de deelnemers! (16)
Daarnaast zijn ook reminders, patiëntgelinkte interventies, feedback van personen buiten de praktijk en veelzijdige activiteiten effectief in het veranderen van het handelen van artsen en verbeteren van de gezondheidszorg. (7)

Onderzoek heeft aangetoond dat men via leerervaringen ontstaan vanuit de dagelijkse praktijk (=semigestructureerde leeractiviteiten) sneller en efficiënter kan leren. Het is echter vaak moeilijk om effectief te leren op de werkplek omdat het specifieke probleemoplossende en studievaardigheden vergt. (4) Daarnaast botsen artsen die trachten te leren in de dagelijkse praktijk op een aantal praktische problemen. Een eerste belangrijk probleem is dat er teveel onopgeloste vragen zijn en te weinig tijd om deze allemaal op te lossen. Daarom moet er prioriteit gegeven worden aan die vragen die de grootste klinische impact hebben en het snelst te beantwoorden zijn. Een tweede probleem is dat men soms geen duidelijke vraag heeft. Hiernaast is er ook het gebrek aan bronnen en het gebrek aan praktisch bruikbare antwoorden. Een algemeen nadeel van leren vanuit de werksituatie is dat dit afhankelijk is van de patiënten en de problemen die men tegenkomt. Het is dus ook belangrijk om een meer algemene kennis te kunnen opdoen via andere media. Belangrijk bij dit soort van leren is ook dat men de outcome ervan kan controleren via bijvoorbeeld audits of een logboek met vraag en antwoord. (4)

De verschillende soorten van bijscholing kan men elk ergens plaatsen in de 3 modellen van gedragsverandering die beschrijven dat op een effectieve manier bijleren op verschillende manieren kan. (7) Ten eerste is er gedragsverandering door accumulatie. Dit wil zeggen gedragsverandering

wanneer de evidence een bepaalde drempel heeft bereikt. Een tweede model is gedragsverandering door conflict. Dit wil zeggen dat er gedragsverandering optreedt door een kritische gebeurtenis die is opgetreden. Ten derde is er het model van gedragsverandering door continuïteit. Dit wil zeggen dat sommige artsen hun praktijkvoering constant updaten en zeer gevoelig zijn voor invloeden van buitenaf. (7)

2. Motivatie tot deelname

De motivatie om deel te nemen wordt beïnvloed door interne en externe motivationele factoren die samen het uiteindelijke gedrag bepalen. Interne factoren zijn factoren zoals de perceptie van de relevantie en waarde van een taak, in deze context het volgen van een bepaalde bijscholing. Hieronder verstaan we ook het herkennen van een persoonlijke nood. Een voorbeeld van een externe factor is een beloning of straf die verbonden is aan die taak, bijvoorbeeld een examen, verkrijgen of verliezen van inkomen of status. (19)

De belangrijkste reden om deel te nemen aan CME is meestal de wil om up-to-date te blijven met recente medische informatie en onderzoek. (6) Daarnaast zijn er ook heel wat andere belangrijke redenen zoals blijkt uit verschillende onderzoeken.
In wat volgt zullen deze andere redenen besproken worden voor de verschillende soorten bijscholingsactiviteiten

2.1. Formele bijscholingsactiviteiten

Zoals reeds eerder vermeld hebben artsen een voorkeur voor de traditionele formele bijscholingsactiviteiten maar zijn deze minder effectief. Waarom kiezen artsen dan toch nog voor traditionele formele bijscholingen?

In een Canadees onderzoek waren vooral redenen die te maken hebben met het verhogen van zijn competentie en het verbeteren van de patiëntenzorg en verlangen naar persoonlijk welbevinden hierin belangrijk. Onder deze laatste categorie vallen ondermeer plezier tijdens het leren, verhogen van voldoening in het werk en sociale interactie. Professionele relaties en redenen in de categorie regels en wetgeving zijn minder belangrijke factoren, met uitzondering van het verzamelen van CP en behouden van certificatie. Formele CME activiteiten werden daarom gezien als complementair aan informele CME activiteiten. (17)

In een studie in Texas waarbij zowel lezingen als bijscholing op afstand door middel van videotapes en webgebaseerde training werden aangeboden waren de volgende factoren belangrijk in de uiteindelijke keuze van bijscholingsactiviteiten (15): invloed op persoonlijke professionele ontwikkeling, gratis deelname, controle en gemak. Met controle wordt bedoeld de mogelijkheid om de bijscholingsactiviteit af te stemmen op persoonlijke voorkeuren en noden. Met gemak wordt bedoeld: eenvoudig om deel te nemen, makkelijk bereikbare bijscholing op een moment dat goed past voor de arts.
Deze factoren konden 76,9% van de voorkeuren van artsen verklaren. Een andere belangrijke reden is het contact met collega's. De voorkeur van de artsen ging uit naar de lezingen. (15)

In een studie in Duitsland waren vooral de relevantie van het onderwerp voor de klinische praktijk, interesse en gevoel te weinig kennis te hebben over het onderwerp belangrijke motiverende factoren. Anderzijds was ook interactiviteit, bespreking op basis van casussen en samenwerken in team belangrijk. Andere minder belangrijke factoren waren: selectie van de experts, tijdskader en sociaal contact met collega's. (16) Een andere studie toonde gelijkaardige resultaten: belang van

gebruik van praktische richtlijnen, mogelijkheid tot discussie, verstrekken van de laatste nieuwe informatie en werken op basis van casussen. (16) Het gebruik van adult learning technieken blijkt dus toch als positief en belangrijk ervaren te worden door artsen.

In een onderzoek in Canada (18) werden de volgende factoren als belangrijk ervaren voor het volgen van traditionele CME activiteiten: vergaren van informatie en up-to-date blijven, bevestiging van hun huidige kennis en handelen, interactie met en verkrijgen van nieuwe informatie van experten. Dit staat in contrast met de huidige evidence en het gebruik van adult learning methoden waarbij wordt geleerd in kleinere groepen met peers.
Ondanks dat reeds vaak is aangetoond dat traditionele bijscholingen minder effectief zijn konden de artsen toch concrete voorbeelden geven van veranderingen in hun praktijkvoering naar aanleiding van gevolgde bijscholingen (18).

In een ouder literatuuronderzoek uit de jaren 80 waren de factoren min of meer gelijklopend (20). Ten eerste werd het volgen van bijscholing gezien als deel van het beroep. Nochtans werd de verplichting tot verzamelen van CP niet gezien als een belangrijke reden voor participatie aan CME. Ten tweede was interesse in het onderwerp (up-to-date willen zijn, relevantie voor de praktijk, voorkeur voor praktische bijscholingen) belangrijk bij de keuze.
Een derde belangrijke factor was de mogelijkheid tot validatie en aanpassing van huidige kennis en kunde. Hieronder verstaan we nood aan opfrissing van kennis, verbeteren van klinische prestaties en verhogen van zelfzekerheid.
Een vierde bepalende factor was de nood om geïdentificeerde leernoden en doelstellingen te bereiken. Hieronder verstaan we bijvoorbeeld een zoektocht naar een oplossing voor een specifiek probleem zoals een diagnostisch probleem bij een bepaalde patiënt.
Nood aan afleiding van de dagelijkse praktijk was een vijfde bepalende maar minder belangrijke factor.
Tenslotte waren nood aan sociaal contact met andere artsen en de wens om vaardigheden te leren die inkomsten kunnen opleveren een zesde en zevende factor.

In een onderzoek in Duitsland maakte men een vergelijking tussen 2001 en 2007. In dit onderzoek werd gekeken of de voorkeur van artsen wat betreft leermedia was veranderd in de tijd. Ook hier vond men weinig verandering in factoren die artsen belangrijk vinden: betrouwbaarheid, relevantie voor de praktijk, gebruiksvriendelijkheid, compactheid en snelheid waren het meest belangrijk. Interactie en het illustratief zijn van de bijscholing werden als weinig belangrijk ervaren, ondanks dat dit zeer belangrijke kenmerken zijn. (8)

In een onderzoek in Schotland in de jaren 90 (21) werd naast het onderzoeken van motivationele factoren om bij te scholen ook een vergelijking gemaakt tussen deze factoren voor dat er een vergoeding kwam indien men bijschoolde (voor 1990) en erna. Opvallend was dat financiële redenen als motivatie enorm stegen na 1990. Ervoor waren vooral interesse, gebrek aan kennis en in mindere mate het contact met collega's de belangrijkste motivationele factoren tot het volgen van bijscholing. Na 1990 werd het verkrijgen van de 'postgraduate education allowance' (PGEA) de tweede belangrijkste factor na interesse. Na 1990 steeg ook het belang van locatie en maaltijd.
Bij commercieel gesponsorde bijeenkomsten lagen deze factoren daarentegen anders. Hier waren vooral de locatie en maaltijden belangrijk, terwijl de nood aan kennisuitbreiding en het verkrijgen van de PGEA geen invloed hadden. Bovendien vonden de artsen de onderwerpen van deze bijscholingen interessanter. (21) Maaltijden zorgen er ook voor dat er meer artsen deelnemen aan de bijscholing, dat de artsen meer openstaan voor de gegeven informatie en sprekers en hun ideeën beter vinden. Artsen geloven echter niet dat promotie hun voorschrijfgedrag beïnvloedt. (22) Ze vinden daarentegen wel dat leren via farmaceutisch afgevaardigden slechts weinig efficiënt is. (8)
Men moet zich dus de vraag stellen of het invoeren van een vergoeding voor bijscholing ook een positief effect heeft op de kwaliteit van leren en dus op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. (21)

Tenslotte toonde een onderzoek naar motivatie tot deelname aan trainingsprogramma in ‘shared decision making’ aan dat artsen het belangrijk vinden dat bijscholingen worden georganiseerd in of dichtbij hun praktijk. Verder is er ook een voorkeur voor bijscholingen overdag tijdens weekdagen in plaats van ’s avonds of in het weekend en liever niet tijdens de zomerperiode. Artsen zien het ook als een voordeel als er in hun werkschema tijd is ingepland voor het volgen van bijscholing. (2)
Andere belangrijke factoren in dit onderzoek waren: (2) het moet resulteren in verbetering van de medische praktijk, professionele interesse in het onderwerp, bruikbaarheid voor de praktijk, verkrijgen van credits, reputatie van de spreker, interactiviteit, gebruik van decision support, aangeraden door een professionele organisatie en plezier in leren (wordt ook als relatief belangrijk ervaren).

2.2. Informele leeractiviteiten

Hieromtrent werden in de literatuur geen onderzoeken naar motivatie en voorkeur om op deze manier bij te leren gevonden.

2.3. Semigestructureerde leeractiviteiten

2.3.1.Leren op de werkplek

Artikels over motivatie tot dit soort van leren hebben we helaas niet gevonden.

2.3.2.Leren uit fouten en bespreking ervan met collega’s

De grootste reden om aan ‘significant event analysis’ te doen en deel te nemen aan bespreking met collega’s is externe druk zoals het verkrijgen van accreditering. (23) Het kunnen delen van belangrijke gebeurtenissen en alert gemaakt worden op wat verkeerd kan gaan zijn ook belangrijke factoren van grote educatieve waarde. Artsen vinden het dan ook een praktische, flexibele en teamgebaseerde manier om problemen in de praktijk op te lossen of te vermijden. Aan de andere kant worden emotionele aspecten dan weer gezien als een barrière om bepaalde problemen in een groep te bespreken omdat men zich als arts kwetsbaar of schuldig voelt of schrik heeft dat bepaalde problemen niet vertrouwelijk behandeld worden. Daarom zou het kunnen dat de events die uiteindelijk besproken worden zeer selectief zijn. (23)

2.4. Online leren

Uit een onderzoek naar het gebruik van online CME volgden enkele opvallende opmerkingen rond de motivatie van artsen. In tegenstelling tot externe motivatie is interne motivatie meestal gekoppeld aan een meer diepgaande studiebenadering. Een diepgaande studiebenadering zou dan weer vaker voorkomen bij jonge, pas afgestuurde artsen. (24) Dit zou te maken kunnen hebben met het verschil in de basisopleiding van vroeger en nu. Een oppervlakkige leermethode daarentegen is niet leeftijdsgebonden maar wel geassocieerd met de nood om op eigen tempo te leren en om te gaan met tijdsdruk. Dit zijn voor hun dan ook redenen om gebruik te maken van online CME. Bij artsen met een meer diepgaande studiebenadering is het gebruik van online CME niet afhankelijk van deze kenmerken. (24)

Het grootste deel van de artsen maakt tegenwoordig gebruik van het internet, maar volgens een Duits onderzoek zou slechts een kleine groep het internet ook frequent gebruiken om bij te leren. (8) Het gebruik van online CME groeit, maar de voorkeur ligt ondanks de meermaals aangetoonde effectiviteit van e-learning momenteel nog steeds bij de klassieke leermethoden. (8) In 2001 gebruikten 23% van de artsen in Canada en in 2003 46% van de artsen in de Verenigde Staten online CME. (13) Gegevens over de EU zijn niet beschikbaar maar waarschijnlijk ligt de participatie hier lager omdat e-learning in de EU minder ontwikkeld is. (25) In een studie in Texas werden in 2000 1,1% van de CME uren bekomen via het internet, dit is een stijging van 72% ten opzichte van 1999. (15) In 2008 was dit al 6,9 tot 8,8% in de VS. (14,25) Volgens een Duitse studie is het gebruik van online bronnen 10 maal groter dan het gebruik van geschreven tijdschriften. (4) Een groot deel van de artsen maakt dus gebruik van online CME, maar hun voorkeur ligt nog altijd bij face-to-face CME. Er wordt voorspeld dat online CME in de komende 10 jaren zal toenemen tot 50% van alle CME. (12,14,25)

Grote voordelen van online leren zijn de anonimiteit en flexibiliteit, de onafhankelijkheid van tijd en plaats en het groot aantal communicatiemogelijkheden. (12-14,16,24) Bij navraag van artsen zegt het merendeel van hen dan ook online CME tijd- en kosteneffectief te vinden, sommigen vinden het zelfs plezanter. (1) Voor een klein deel van de artsen wordt deze flexibiliteit echter als een nadeel ervaren en zij verkiezen dan ook de discipline van meer gestructureerde CME activiteiten. (13) Volgens een ander onderzoek zouden artsen die online CME expliciet kiezen omwille van werk- en tijdsdruk een oppervlakkige leermethode hebben. (24)

Bij online leren wordt al snel gedacht aan technische problemen als struikelblok. Bij navraag van artsen zegt echter slechts 19,5% dat ze denken dat online leren technisch te moeilijk is. (1) Problemen liggen dan ook meestal niet op technisch vlak maar op een ander vlak, namelijk het sociale wat een essentieel onderdeel van leren is. Dit is een uiting van de sociaal constructivistische of sociaal culturele theorie die zegt dat kennis mede wordt opgebouwd door sociale dialoog. Opdat online leren dus succesvol zou zijn is het daarom van socio-affectief en cognitief belang dat men een soort gemeenschap kan vormen. (26)
Bij die programma's waar sociale interactie mogelijk is treden dan weer communicatieve problemen op door gebrek aan ervaring en scholing met computers en moeilijkheden om zijn mening te verwoorden in een geschreven tekst. Verder wordt het ook als een barrière ervaren dat er slechts weinig tijd is voor sociale interactie waardoor men andere deelnemers moeilijk persoonlijk kan leren kennen en dus moeilijk een interpersoonlijke relatie kan opbouwen. Tenslotte werd ook de kleine grootte van de groep deelnemers gezien als een barrière tot interactie. (26)
In een onderzoek naar deze sociale interacties was tijdsgebrek één van de belangrijkste factoren om niet deel te nemen aan sociale activiteiten. Asynchrone communicatie vraagt dan ook meer tijd om een relatie en gemeenschap te kunnen opbouwen met andere deelnemers en om deel te nemen aan discussies. (26) Een kleine groep artsen daarentegen vindt de asynchrone communicatie een voordeel omdat dit meer mogelijkheid geeft tot persoonlijke reflectie. (13) De tweede belangrijke barrière was het gebrek aan peer respons. Hierdoor wordt het gebrek om een sociale binding te kunnen creëren dé grootste barrière om deel te nemen aan discussies. (26) Voor artsen die reeds meer ervaring hebben met online CME lijkt dit echter minder een probleem te zijn en zij ondervinden ook een grotere educatieve waarde ervan. (13)
Andere belangrijke redenen (26) om niet deel te nemen aan de sociale interactiemogelijkheden waren gebrek aan interesse en niet op de hoogte zijn van de sociale activiteiten en gebrek aan computervaardigheden. Ook persoonlijke attitudes spelen een belangrijke rol: gebrek aan een verplichting ten opzichte van het programma, afkeer zichzelf te uiten in geschreven tekst, niet in het openbaar willen spreken met mensen die men niet kent en weinig feedback van begeleiders. Ook in eerder onderzoek werd al aangetoond dat de eigen leerattitudes, zoals zelfdiscipline en time-management, heel belangrijk zijn voor het verhogen van participatie en het bekomen van

betere resultaten. Tenslotte zijn ook de inhoud en de manier waarop het wordt aangebracht en de grootte van de groep beïnvloedende factoren. (26)
Als motivationele factoren tot deelname daarentegen werden uitvoerbaarheid en bruikbaarheid van de cursus als meest belangrijke factoren aangehaald. Andere belangrijke factoren zijn: sterke wens om te leren, beter time-management, enthousiasme van peers, aantal te verzamelen CP, enthousiasme van de begeleiders,… (13,26)

Belangrijke redenen om al dan niet deel te nemen aan online CME zijn divers (12,13,24).
Ten eerste speelt de geloofwaardigheid van de bronnen een rol.
Ten tweede is er de inhoud en de context. Opvallend hierbij was dat online CME vooral wordt verkozen voor het aanvullen van persoonlijke leernoden of het opfrissen van gekende concepten en dit via casussen, patiëntensimulaties en nieuwe richtlijnen. Voor nieuwe of controversiële onderwerpen wordt daarentegen de voorkeur gegeven aan face-to-face CME omdat er dan meer mogelijkheid is tot een diepgaande discussie, er een duidelijke uitleg kan gegeven worden door experts en er interactie mogelijk is met deze experts. Het al dan niet hechten van belang aan een diepgaande discussie blijkt dus een belangrijk item te zijn in de keuze van de soort van bijscholing en artsen zien online CME dus niet als een vervanging van traditionele bijscholing maar als complementair eraan.
Ten derde is controle over de navigatie doorheen de cursus en over welke delen men al dan niet volgt of overslaat belangrijk.
Een vierde punt is het gebruiksgemak en de technische expertise.
Als vijfde punt speelt de beschikbaarheid van informatie onder verschillende vormen (tekst, audio, video,…) een rol.
De woonplaats is een zesde belangrijk punt. Artsen die minder toegang hebben tot traditionele bijscholingen zullen eerder verkiezen om online te leren of te leren via een videoconferentie.
Het belang van sociale interactie is een zevende reden om niet deel te nemen aan online CME.
Tenslotte is het al dan niet hebben van voldoende toegang tot hoog kwalitatieve face-to-face CME ook belangrijk in deze keuze.

Wat als probleem wordt gezien door sommige artsen is de bescherming van data. (1)

Belangrijk om op te merken is dat online CME momenteel nog voor het grootste deel wordt aangeboden door commerciële bedrijven. (14)

2.5. Redenen om niet deel te nemen

In onderzoeken (2,7,19,24) naar redenen om niet deel te nemen aan bijscholingen waren vooral tijd, werkdruk in de praktijk en familiale verplichtingen belangrijk. Minder belangrijke factoren waren de attitude van collega's, de structuur van de bijscholing, financiële redenen en afgelegen wonen en reismoeilijkheden. Opvallend hierbij is dat dit vooral externe factoren zijn. Andere factoren zijn verlies van inkomen, kwaliteit van de cursus en moeilijkheden om vervanging te vinden bij solo-werkende artsen. Ondanks dat financiële redenen in dit onderzoek naar voor worden geschoven als een minder belangrijk bleek uit een ander onderzoek wel dat 50,9% van de artsen vinden dat ze zelf geen financiële verantwoordelijkheid moeten hebben voor CME (1).

Bespreking en besluit

Het huidige Belgische accrediteringssysteem is momenteel een vrijwillig systeem van bijscholing waarbij men CP moet verzamelen. Als men aan de vastgelegde voorwaarden voldoet is hieraan een

financiële verloning gekoppeld. Er is echter aangetoond dat dit systeem aan een grondige vernieuwing toe is. De basis van een nieuw systeem zou een elektronisch portfolio gekoppeld aan het EMD zijn. In dit portfolio kunnen dan leerdoelen geregistreerd worden en van hieruit zouden dan alle bijscholingsactiviteiten en de accreditering gecoördineerd kunnen worden. Dit nieuwe systeem is uiteraard enkel haalbaar indien alle artsen werken met een EMD en indien ze gecodeerd registreren in dit EMD aangezien de registratie van leerdoelen deels vanuit de gecodeerde registratie zal gebeuren.

Uit de besproken onderzoeken blijkt dat artsen nog steeds een voorkeur hebben voor traditionele bijscholingsactiviteiten zoals lezingen, ookal blijkt dat dit niet altijd de beste manier van bijscholen is. De belangrijkste motiverende factor om voor een bijscholing te kiezen is het onderwerp. Andere belangrijke factoren zijn de reisduur, het tijdstip en de kostprijs. Artsen blijken contact met collega's ook belangrijk te vinden maar dit is minder bepalend in hun keuze van bijscholingen. Financiële redenen blijken duidelijk in belang te stijgen indien er een financiële verloning vasthangt aan het volgen van bijscholingen. Daarnaast blijkt ook een aangeboden maaltijd een duidelijk beïnvloedende factor te zijn om voor de betreffende bijscholing te kiezen.
De belangrijkste redenen om aan online bijscholing te doen is de onafhankelijkheid van tijd en plaats, het groot aantal communicatiemogelijkheden, de kosteneffectiviteit, de anonimiteit en de flexibiliteit. Technische problemen blijken geen groot struikelblok te zijn. Problemen met sociale interactie daarentegen wel.
Al deze observaties zijn belangrijk bij de uitwerking van een nieuw model van accreditering aangezien een arts een bijscholing niet zal volgen indien deze niet aantrekkelijk is voor hem. Ook voor de organisatoren van bijscholingsactiviteiten is het belangrijk dat ze hier rekening mee kunnen houden aangezien deze factoren bepalen of een bijscholing succes zal hebben of niet. Het is dus belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de wensen van de artsen.

Veldonderzoek

In dit onderzoek werd er getracht een antwoord te vinden op de vragen:

- Welke zijn de factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden?
- Hoe staan artsen tegenover nieuwe methoden van bijscholing zoals voorgesteld in het nieuwe systeem voor accreditering?
- Voldoen de artsen aan de basisvoorwaarden om het voorgestelde nieuwe accrediteringssysteem te kunnen opstarten?

Methode

Voor het beantwoorden van bovenstaande vragen werd er op twee manieren tewerk gegaan.
Ten eerste werden semigestructureerde interviews afgenomen bij een aantal artsen.
Daarnaast werd er bij een wat grotere populatie een enquête aangeboden op enkele bijscholingen om de resultaten bekomen bij de interviews te kunnen valideren.

Het onderzoek

DEEL I: Interviews

1. Methode

1.1. Opstellen vragen

Vertrekkende vanuit de literatuurstudie werd er een vragenlijst opgesteld die later zou dienen voor de interviews. Hiervoor werd ook gebruik gemaakt van de checklist voor interviews en focusgroepen van Tong, Sainsbury en Craig (27). De vragenlijst werd voor het eerste gebruik gevalideerd door twee artsen. Hierna werd ze gebruikt voor de eerste interviews waar bleek dat er geen aanpassingen meer nodig waren. De volledige vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

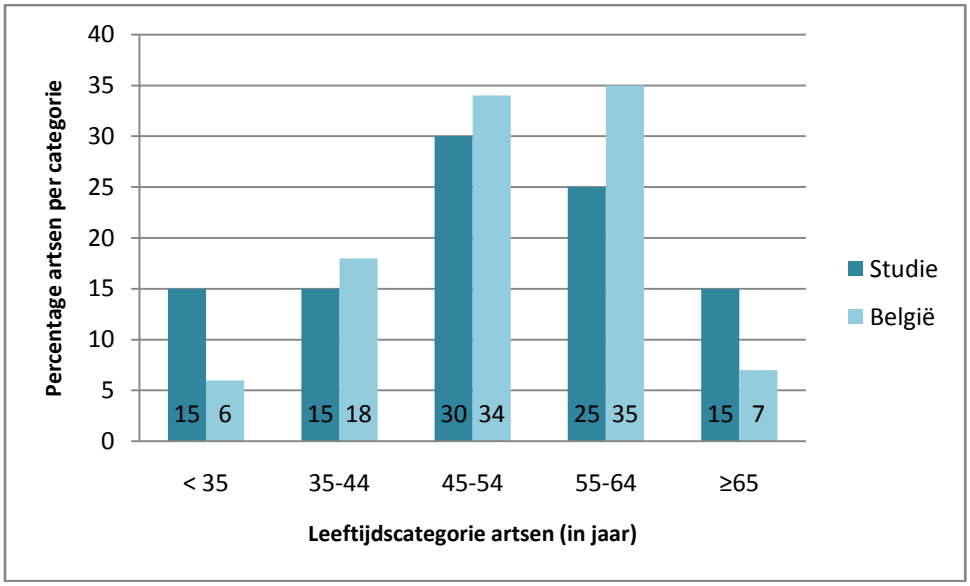
1.2. Onderzoekspopulatie

1.2.1. Selectie onderzoekspopulatie

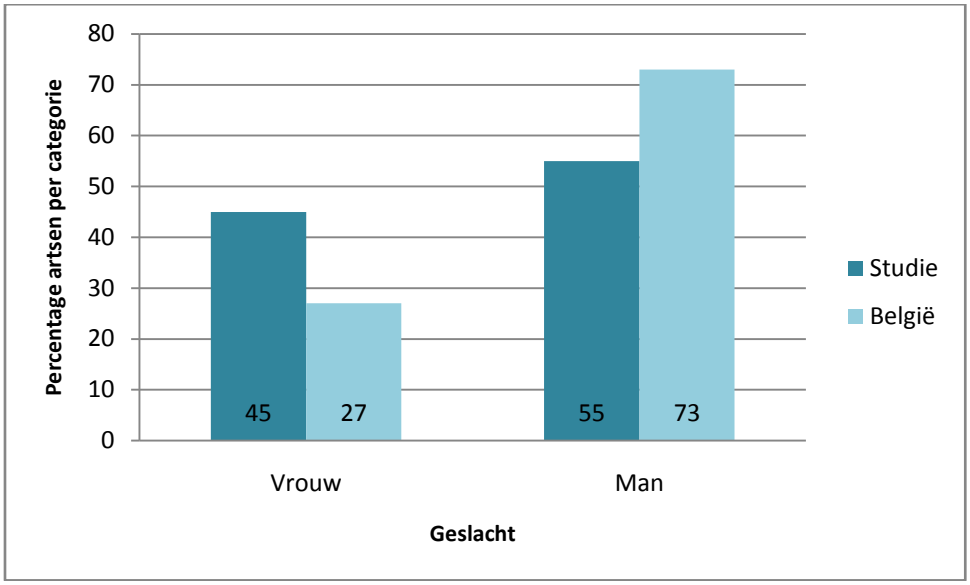
Voor de selectie van de onderzoekspopulatie voor de interviews werd uit praktische overwegingen gekozen voor een gemakkelijkheidssteekproef of convenience sample. Alle huisartsen uit de gemeente Dilsen-Stokkem werden telefonisch gecontacteerd met de vraag of ze wilden deelnemen aan het onderzoek via een interview.

1.2.2. Karakteristieken

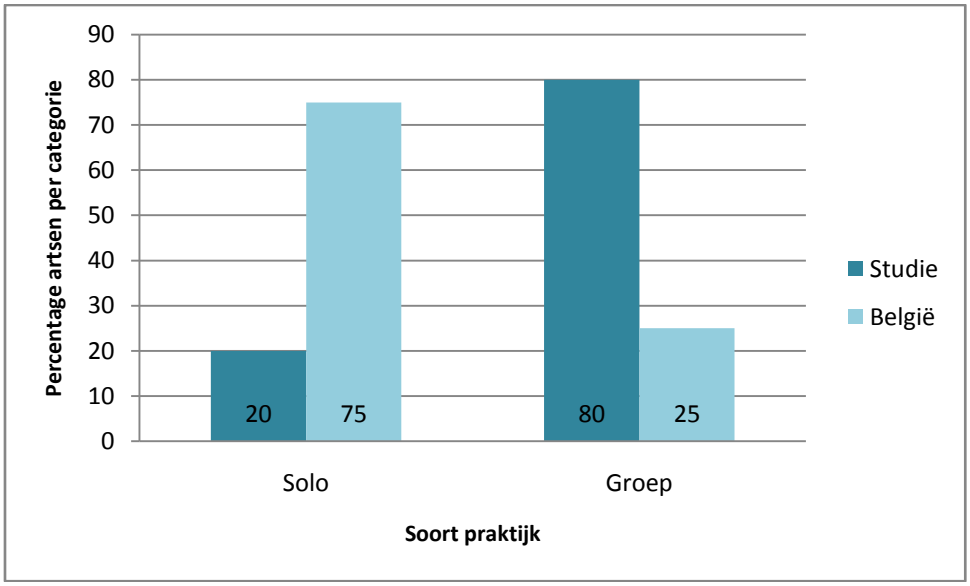
Van de 21 gecontacteerde artsen stemden 20 artsen toe, 1 arts weigerde om deel te nemen. Van deze 20 artsen waren 12 artsen werkzaam in een groepspraktijk, 4 in een duopraktijk en 4 in een solopraktijk.
In onderstaande grafieken 1 tot en met 3 wordt deze populatie vergeleken met gegevens van het RIZIV (9) van de algemene artsenpopulatie in België in 2009. Voor deze vergelijking werd gebruik gemaakt van de cijfers van huisartsen in VTE (voltijds equivalent). Wat het soort praktijk betreft wordt een duopraktijk door het RIZIV beschouwd als een groepspraktijk. De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde artsen bedroeg 50,7 jaar. Bij de Belgische artsenpopulatie bedroeg deze in 2009 51,4 jaar. (9)



Grafiek 1: Vergelijking van de leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie met deze van de Belgische artsenpopulatie in 2009



Grafiek 2: Vergelijking van het geslacht van de onderzoekspopulatie met deze van de Belgische artsenpopulatie in 2009



Grafiek 3: Vergelijking van de soort praktijk van de onderzoekspopulatie met deze van de Belgische artsenpopulatie in 2009

Uit bovenstaande vergelijking kunnen we besluiten dat de onderzoekspopulatie zeker wat betreft leeftijdsverdeling en geslacht een goede steekproef is van de algemene Belgische artsenpopulatie.

1.3. De interviews

Bij het eerste telefonisch contact met de artsen werd er een afspraak gemaakt voor de afname van het interview. De opgestelde vragenlijst werd gebruikt als basis om het interview in goede banen te leiden. Met uitzondering van één interview werden alle interviews na toestemming van de arts opgenomen met een voice-recorder zodat ze later nog herbeluisterd konden worden. Bij één interview was dit om technische redenen niet mogelijk. Tijdens de interviews werden er ook notities genomen. Vervolgens werden de interviews volledig uitgeschreven in Microsoft Office Word. De interviews duurden 17 tot 37 minuten.

1.4. Verwerking

Voor de verwerking van de gegevens werd gebruik gemaakt van het software programma NVIVO 10. Eerst werden alle uitgeschreven interviews ingeladen in het programma. Daarna werd alle informatie gecodeerd en gegroepeerd in verschillende categorieën waarna de analyses konden gebeuren. Voor meer informatie en hulp bij deze verwerking werden artikels over kwalitatieve data-analyse geconsulteerd. (28,29) Ter validatie van de codering werd er een steekproef uit de interviews gecodeerd door een tweede onafhankelijke persoon.

2. Resultaten

2.1. Welke bijscholingen volgen artsen en waarom?

2.1.1.Gevolgde bijscholingen

90% van de artsen waren geaccrediteerd en iedereen volgde meer dan het minimum aantal uren bijscholing om geaccrediteerd te zijn.

De tijd gespendeerd aan niet geaccrediteerde bijscholing varieerde van minder dan 1 uur per week tot 4 à 5 uren per week. Het grootste deel van de ondervraagde artsen, 60%, gaf aan hier gemiddeld 1 tot 2 uren per week aan te spenderen.

Uit de interviews bleek dat de ondervraagde artsen zich op verschillende manieren bijscholen. Er was echter toch een duidelijke voorkeur op te merken. Alle artsen gingen naar lezingen en bijna iedereen, 90% van de artsen, nam deel aan de LOK's. De 2 niet geaccrediteerde huisartsen volgden geen LOK's. Ook opzoeking op internet werd door 90% van de artsen gebruikt als bijscholingsmedium. Hierna volgde het raadplegen van literatuur waar 65% van de artsen gebruik van maakten. Contact met collega-huisartsen en specialisten werd aangehaald door respectievelijk 40 en 35% van de huisartsen en dan hoofdzakelijk door mannelijke en oudere huisartsen. Slechts 20% van de huisartsen maakten gebruik van e-learning. Ook hier was er een verschil op te merken tussen mannen en vrouwen. 33% van de vrouwelijke collega's gaven aan aan e-learning te doen ten opzichte van 18% van de mannelijke collega's. Daarnaast werd ook nog coaching van de groepspraktijk en het zien van vertegenwoordigers gezien als bijscholing door telkens 1 arts, of 5% van de artsen. 1 arts, of 5% van de ondervraagde artsen, gaf aan dat vertegenwoordigers vroeger wel een goede bron van bijscholing waren maar dat de kwaliteit hiervan de afgelopen jaren achteruit is gegaan.

2.1.2.De keuze van de bijscholing

Aan de artsen werd gevraagd welke factoren er meespelen in de keuze van hun bijscholingsactiviteiten. Er konden 8 soorten factoren geïdentificeerd worden. Tabel 3 geeft een overzicht van deze motiverende factoren.

Ten eerste lijkt het onderwerp een belangrijke bepalende factor. Alle artsen gaven aspecten gelinkt aan het onderwerp aan als belangrijk in hun keuze.

Ten tweede vonden ook alle artsen logistieke en praktische redenen belangrijk in hun keuze van bijscholingsactiviteiten.
30% van de artsen lieten een aangeboden maaltijd meespelen in hun keuze. Zij gaven wel toe dat ze dan meestal niet gaan voor de bijscholing op zich maar eerder voor de gezelligheid en het aangename karakter. Er was wel een opvallend verschil op te merken tussen mannen en vrouwen: 45% van de mannen gaf aangeboden maaltijd aan als een mogelijke factor ten opzichte van slechts 11% van de vrouwen. De artsen die daarentegen de aangeboden maaltijd niet belangrijk vonden vonden dit in het algemeen eerder een reden om niet naar de bijscholing te gaan.
Wat betreft de kosten van de bijscholingen waren alle artsen bereid te betalen voor bijscholing. 40% van de ondervraagde artsen gaven wel aan dat dit een aanvaardbaar bedrag moet zijn en indien te kostprijs te duur is ze eerder voor een andere bijscholing zouden kiezen.

Als derde factor bleek de spreker heel belangrijk. Vrouwen bleken hun keuze hier vaker door te laten beïnvloeden dan mannen (100% van de vrouwen ten opzichte van 82% van de mannen).

Een vierde factor was de vorm en aanpak van de bijscholing.
De artsen die het gebruik van adult learning technieken belangrijk vonden gaven aan dat dit enkel nuttig is indien dit op een goede manier wordt aangepakt. Vooral de jonge artsen onder 35 jaar vonden dit een belangrijk criterium. Wat de artsen verstonden onder een goede aanpak was echter niet duidelijk.
Artsen die de mogelijkheid tot afstemmen op persoonlijke voorkeuren en noden niet als belangrijk aangaven vonden het over het algemeen moeilijk om keuzes te maken bij dit soort van bijscholingen. Als er bijvoorbeeld workshops worden aangeboden zouden ze liever alle workshops willen volgen en moeilijk een persoonlijke keuze kunnen maken. Ook bij deze factor was er een verschil tussen

mannen en vrouwen: maar liefst 78% van de vrouwen vond dit belangrijk in hun keuze, bij de mannen was dit slechts 27%. Daarnaast werd het ook vooral aangehaald door jongere artsen.

Ten vijfde werd een persoonlijk (financieel) voordeel aangehaald door 70% van de artsen. Deze factor werd vaker aangehaald door artsen in een groepspraktijk ten opzichte van artsen in een duopraktijk en nog vaker ten opzichte van artsen in een solopraktijk. Deze factor werd ook vooral vermeld door artsen in de leeftijdscategorie van 35 tot 44 jaar en minder in de andere leeftijdscategorieën.
De mogelijkheid om een extra inkomen te vergaren dankzij een bijscholing, zoals bijvoorbeeld met de bijscholing spirometrie waarbij men spirometrie mag aanrekenen na het volgen van de bijscholing, werd door 50% van de artsen aangegeven als een mogelijke beïnvloedende factor. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat bijna alle artsen toch ook wel aangaven dat ze dit soort van bijscholing niet zouden volgen enkel voor het extra inkomen achteraf maar dat dit ook gekoppeld dient te zijn aan interesse voor het onderwerp.

Een zesde bepalende maar minder vaak aangehaalde factor waren sociale redenen. Hierin was vooral contact met collega's belangrijk. Mannen bleken dit belangrijker te vinden dan vrouwen, 55% van de mannen ten opzichte van 33% van de vrouwen. Opvallend bij deze factor was ook dat 58% van de artsen werkzaam in een groepspraktijk dit belangrijk vonden ten opzichte van slechts 25% van de artsen werkzaam in een duo- of solopraktijk. De meeste andere artsen vonden contact met collega's een heel aangenaam aspect van bijscholingen maar lieten hun keuze hier niet door beïnvloeden.

Als zevende factor werd 25% van de artsen beïnvloed door de organiserende persoon of instelling.

Als achtste en laatste factor gaf één arts (5% van de artsen) aan dat sponsoring een bepalende factor kan zijn omwille van het aangename aspect dat hieraan gekoppeld is door middel van een etentje en contact met collega's en dus niet omwille van het bijscholingsaspect. Voor de meeste andere artsen was sponsoring geen bepalende factor maar werden gesponsorde bijscholingen ook niet vermeden. Belangrijk was dat het gekoppeld moest zijn aan interesse voor het onderwerp.

Beïnvloedende factor	Aantal artsen met dit antwoord
Onderwerp	20
Interesse	*18*
Nieuwe informatie en nieuwe evoluties	*4*
Nood aan bijscholing	*5*
Onderwerp relevant voor een specifiek probleem	*1*
Relevantie voor de praktijk	*15*
Logistieke en praktische redenen	20
Aangeboden maaltijd	*6*
Afstand	*17*
Kosten	*8*
Locatie	*1*
Tijdstip	*18*
Spreker	18
Vorm en aanpak van de bijscholing	16
Gebruik van adult learning technieken	*5*
Huisartsgericht	*2*
Kunnen bespreken van casussen	*5*
Kwaliteit van de bijscholing	*1*
Mogelijkheid tot afstemmen op persoonlijke voorkeuren en noden	*10*
Praktijkgericht	*6*
Persoonlijk (financieel) voordeel	14
Accreditering	*8*
Extra inkomen vergaren	*10*
Sociale redenen	9
Contact met collega's	*9*
Gezelligheid	*1*
Waar collega's naartoe gaan	*1*
Organiserende persoon of instelling	5
Gesponsorde bijscholing	1

Tabel 3: Overzicht van alle factoren die de keuze tot bijscholing van artsen beïnvloeden. Aantal artsen weergeven als aantal artsen van de 20 ondervraagde huisartsen die de bepaalde factor als antwoord gaven.

Aansluitend op de vraag welke factoren belangrijk zijn in de keuze van de bijscholingen werd er gevraagd of het wel eens was gebeurd dat men niet naar een bijscholing was geweest die de arts wel interesseerde. Met uitzondering van één arts zeiden alle artsen, dus 95% van de artsen, dat dit wel eens was voorgevallen. De belangrijkste reden was duidelijk werkdruk. Daarnaast waren ook persoonlijke en familiale redenen, andere activiteiten en het tijdstip belangrijke factoren. Tenslotte werden ook nog reisduur, het grote aanbod aan bijscholingen, geen energie of geen zin en vergeten van de bijscholing aangehaald. Er was ook een arts die zei dit wel eens voor te hebben met LOK's georganiseerd door een LOK-groep waartoe ze zelf niet behoorde. De reisduur en het hebben van andere activiteiten bleken vaker een probleem te zijn voor vrouwen dan voor mannen. Deze laatste bleek ook vaker een probleem bij artsen onder 35 jaar.

2.1.3.Gebruik van e-learning

Zoals reeds eerder gezegd maakten 20% van de artsen gebruik van e-learning. Daarnaast waren er nog 5 artsen, of 25%, die vroeger wel gebruik hadden gemaakt van e-learning modules en 2 artsen, of 10%, die interesse hadden om dit te doen in de toekomst.
De belangrijkste redenen om aan e-learning te doen was de flexibiliteit en de goede kwaliteit van de e-learning modules. Daarnaast waren de mogelijkheid om af te stemmen op de eigen noden, de mogelijkheid tot communicatie en interactie en het feit dat e-learning actief je aandacht vraagt

belangrijk. Minder frequent aangehaalde redenen waren het feit dat er niet wordt afgeweken van het onderwerp, liever leren van een tekst en de directe toepasbaarheid. 1 arts (= 5% van de ondervraagde artsen) gaf aan dit een heel handige manier van bijscholen te vinden voor informatica, meer bepaald het EMD. Ze gebruikte dan ook vooral hiervoor e-learning modules. Een andere arts vond het leren via e-learning heel plezant.

De belangrijkste redenen om geen gebruik te maken van e-learning omvatten technische problemen, aangehaald door 35% van de artsen. Ook de voorkeur voor persoonlijk contact, aangehaald door 25% van de artsen, was belangrijk omdat dit bijscholing plezanter en gezelliger maakt, deze artsen graag contact hebben met collega's bij de bijscholingen en ze e-learning nogal onpersoonlijk vinden. Andere aspecten waren het onbekende van e-learning, het feit al genoeg aan een computer te moeten werken, moeilijkheid van leren van een computerscherm, het feit dat e-learning zeer veel concentratie vraagt en een voldoende aanbod aan face-to-face bijscholingen. Tenslotte werden ook nog aangehaald het feit dat men de betrouwbaarheid van de organisator moeilijk kan nagaan, het schoolse aspect, tijdsgebrek, het feit dat het vaak betalend is terwijl er voldoende gratis aanbod is en het kleine aanbod aan e-learning.

2.2. Nieuw accrediteringssysteem

2.2.1.Opmerkingen voorgestelde nieuwe systeem

Aan alle artsen werd het eerder beschreven mogelijke nieuwe systeem van accreditering voorgesteld aan de hand van tabel 2. Vervolgens werd er naar hun mening gevraagd. Tabel 4 geeft een volledig overzicht van alle opmerkingen die werden gemaakt en het aantal artsen die de opmerking maakten.

Over het algemeen werd het voorgestelde systeem positief onthaald maar 80% van de artsen linkten het aan controle en sanctionering ookal werd dit systeem helemaal niet voorgesteld als een controlesysteem maar als een systeem om efficiënter te kunnen bijscholen. Dit was dan ook een grote bekommernis van de artsen. Mannen maakten deze opmerking vaker dan vrouwen.

Een tweede heel belangrijke opmerking die werd gegeven door 45% van de artsen waren de praktische problemen die erbij zouden komen kijken. Deze opmerking werd opvallend meer gemaakt door de mannelijke artsen, 64% van de mannen ten opzichte van 22% van de vrouwen.
Enkele artsen maakten de opmerking "wat als er geen bijscholingen beschikbaar zijn in je persoonlijke leerdoelen?".

Een aantal artsen (35%) zagen ook een aantal tekortkomingen en hiaten in het systeem. Zo maakten enkele artsen de opmerking dat men toch ook nog persoonlijke accenten moet kunnen leggen zoals bijvoorbeeld naar een bijscholing gaan omdat het je interesseert ookal zou deze bijscholing volgens je leerdoelen niet nuttig zijn. Daarnaast werd er ook gezegd dat om je leerdoelen te bereiken je niet altijd naar een bijscholing moet gaan maar dat je je leerdoelen ook kan bereiken door bijvoorbeeld iets op te zoeken. Wat hiermee? Kan dit ook geaccrediteerd en/of geregistreerd worden? Een andere arts vond het registreren van leerdoelen vanuit het EMD een tekortkoming omdat je ook leerdoelen kan hebben die niet rechtstreeks uit een patiëntencontact komen. Vraag was of het ook mogelijk zou zijn deze leerdoelen te registreren.
Het percentage artsen per leeftijdscategorie dat opmerkingen maakte rond tekortkomingen en hiaten lag hoger bij de artsen onder 35 jaar ten opzichte van de andere leeftijdscategorieën, 67% ten opzichte van 33 en 40%. De oudste artsen boven 65 jaar zagen geen tekortkomingen of hiaten.

Ondanks deze opmerkingen was het grootste deel van de ondervraagde artsen toch wel positief ten opzicht van het nieuwe systeem. Er waren hierin ook geen opvallende verschillen op te merken

tussen de verschillende leeftijdscategorieën. 40% van de artsen vonden het goed om bijscholing te individualiseren. 20% van de artsen gaven expliciet positieve opmerkingen rond het portfolio. 10% van de artsen vond het ook goed dat het bijscholingssysteem gekoppeld zou worden aan het EMD. 5% van de artsen daarentegen vonden dat leerdoelen beter rechtstreeks in het portfolio konden ingegeven worden in plaats van via het EMD omdat dit handiger leek.

30% van de artsen hadden een duidelijke voorkeur voor het registreren van leerdoelen op één bepaalde manier en vonden dat er een vrije keuze moet zijn in de manier van registreren. Wat de leerdoelen betreft werd er ook nog opgemerkt dat het goed zou zijn een minimum en maximum aantal leerdoelen voorop te stellen om te voorkomen dat sommige artsen bijna niets registreren of dat men zou registreren om te registreren.

Een belangrijke opmerking was de angst voor selectie van patiënten, zeker als er gebruik zou worden gemaakt van audits. De resultaten van een audit zijn namelijk ook deels afhankelijk van de patiënten. De betreffende arts had schrik dat sommige collega's patiënten zouden selecteren of net weigeren op basis van hun therapietrouw en dergelijke om zo tot betere resultaten te komen, zeker als er ook een verloning tegenover deze betere resultaten zou staan.

Tenslotte was er ook nog de schrik voor de schending van de privacy van de patiënt indien het nieuwe systeem aan het EMD gekoppeld zou worden.

Mening nieuw model	Aantal artsen met dit antwoord
Schrik voor controle en sanctionering	16
Controle en onderdrukking vrij beroep	*12*
Extra belasting	*5*
Het mag zijn doel niet voorbijschieten	*1*
Lat wordt te hoog gelegd	*1*
Moet niet gekoppeld worden aan accreditering	*2*
Schools	*3*
Schrik voor sancties	*4*
Positief	9
Praktische problemen	9
Je denkt er niet constant aan	*2*
Niet vanzelfsprekend voor oudere artsen	*2*
Probleem met compatibiliteit computerprogramma's	*1*
Sommige dingen zijn afhankelijk van je patiënten	*2*
Wat als bijscholingen in je leerdoelen niet beschikbaar zijn?	*3*
Het is goed om bijscholing te individualiseren	8
Tekortkomingen en hiaten in het systeem	7
Goed voor dingen die meetbaar zijn	*1*
Leerdoelen kunnen ook bereikt worden door een opzoeking,…	*2*
Ook mogelijkheid bieden leerdoelen te registreren die niet rechtstreeks uit patiëntencontacten komen	*1*
Persoonlijke accenten moeten mogelijk zijn	*4*
Voorkeur voor bepaalde manier van zoeken naar leerdoelen	6
Audits vind ik een goed idee	*1*
Beter iedereen individueel laten kiezen hoe men zijn leerdoelen wil registreren	*1*
Feedback van overheid vind ik wel goed	*2*
Forum vind ik niks	*1*
Kennistoets vrijwillig laten maken	*1*
Voorkeur voor subjectieve leerdoelen	*1*
Voorstander van kennistoets	*2*
Positief ten opzichte van het portfolio	4
Aanbod op basis van leerdoelen in portfolio vind ik goed	*1*
Regeling via portfolio is goed	*1*
Registreren van leerdoelen vind ik goed	*4*
Koppeling aan het EMD is een goed idee	2
Leerdoelen beter rechtstreeks in portfolio ingeven in plaats van via het EMD	1
Minimum en maximum aantal doelen voorop stellen	1
Schrik voor schending van de privacy van de patiënt	1
Angst voor selectie van patiënten	1

Tabel 4: Overzicht van alle opmerkingen rond het voorgestelde nieuwe model voor accreditering. Aantal artsen weergeven als aantal artsen van de 20 ondervraagde huisartsen die een bepaald antwoord gaven.

2.2.2.Suggesties nieuw accrediteringssysteem

Nadat het nieuwe accrediteringssysteem was voorgesteld en de mening van de artsen uitgebreid was besproken werd er als laatste vraag van het interview nog gevraagd naar suggesties voor een nieuw accrediteringssysteem als dat er ooit zou komen. De meeste artsen vonden dit nogal een moeilijke vraag omdat ze hier nooit over hadden nagedacht maar uiteindelijk kwamen er toch heel wat nuttige dingen naar boven. Tabel 5 geeft een overzicht van alle suggesties die de artsen gaven.

Suggesties nieuw accrediteringssysteem	Aantal artsen met dit antwoord
Kwaliteitsvol, huisartsgericht en praktisch	8
Bijscholingen met huisartsgericht, praktisch en concreet zijn	*4*
Kwaliteit moet beter	*3*
Neutrale bijscholingen aanbieden	*1*
Verplichting tot volgen van kwaliteitsvolle bijscholingen	*1*
Consequenties moeten veranderen	8
Geen minimum en maximum vereisten in verschillende categorieën meer	*1*
Geen verplichting meer	*1*
Honorering aanpassen, niet meer alles of niets	*1*
Meer controle op aanwezigheid	*4*
Verplichting is nodig	*1*
Voorkeur voor bepaalde soorten bijscholing	7
Accreditering van bijscholing via opzoekwerk	*2*
e-learning is interessant en meer kwaliteitsvol	*3*
LOK is fijnste manier van bijscholen	*1*
Ondersteuning dagelijkse praktijk vanuit EMD	*1*
Het moet eenvoudig zijn	5
e-learning moet eenvoudiger	*1*
Praktische kant accreditering vereenvoudigen	*4*
Het huidige systeem is niet slecht	3
Aanpak van de bijscholingen	2
Bijscholingen voorbereiden	*1*
Korte kennistoets na de bijscholing	*2*
Aanbod verbreden	2
Breder aanbod bieden	*2*
Teveel bijscholingen over medicatie of over hetzelfde onderwerp	*1*
Lijst ter beschikking stellen met alle bijscholingen van bepaalde regio	1
Eigen medisch handelen meer kritisch bekijken in de LOK's	1
Meer persoonlijke organisatie	1
Blok voor bijscholing voorzien tijdens de werkuren	1

Tabel 5: Overzicht van alle suggesties voor een nieuw accrediteringssysteem. Aantal artsen weergeven als aantal artsen van de 20 ondervraagde huisartsen die een bepaald antwoord gaven.

15% van de artsen gaven expliciet aan het huidige systeem niet slecht te vinden en hadden geen suggesties ter verbetering van het systeem.
Een eerste belangrijke opmerking was dat bijscholingen kwaliteitsvol, huisartsgericht en praktisch moeten zijn.
Ten tweede vonden heel wat artsen dat de consequenties die aan accreditering verbonden zijn moeten veranderen. De artsen vonden het vooral belangrijk dat er meer controle moet zijn op de aanwezigheid van de artsen omdat artsen vaak veel te laat komen of niet tot het einde blijven en toch hun CP krijgen. Er waren zelfs voorbeelden van artsen die een handtekening zetten voor een collega huisarts of partner die huisarts is zonder dat deze aanwezig is.
Ten derde waren er enkele artsen die een voorkeur hadden voor een bepaalde manier van bijscholing die op dit moment niet geaccrediteerd (opzoekwerk), soms niet kwaliteitsvol (LOK) of weinig beschikbaar is (e-learning en ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering vanuit het EMD). Hierin wilden ze dus graag verandering zien.
Een vierde opmerking die bij deze vraag naar voren kwam was dat een nieuw systeem en het gebruik van de verschillende bijscholingstools eenvoudig moeten zijn.
Ten vijfde werd er voorgesteld de aanpak van bijscholingen wat te veranderen. De 2 artsen die deze opmerkingen gaven vonden het nuttig om een bijscholing op voorhand voor te bereiden en/of achteraf een korte kennistoets te organiseren om te toetsen wat men ervan had geleerd. Op deze

manier zou men veel bewuster en actiever bezig zijn met bijscholen waardoor men veel meer kan bijleren.
Ten zesde werd er nog als suggestie gegeven het aanbod te verbreden.
In aansluiting hiermee werd er als zevende opmerking ook gevraagd het volledige aanbod van een bepaalde regio ter beschikking te stellen via een lijst. Nu is het namelijk zo dat men vaak enkel op de hoogte is van de dichtstbijzijnde bijscholingen en niet van het aanbod daarbuiten. Bovendien kan men dit nergens op één plek opzoeken.
Als achtste en negende opmerking werd er gezegd dat men zijn eigen medisch handelen nog meer kritisch mag bekijken in de LOK's en dat bijscholingen meer persoonlijk georganiseerd moeten worden, zoals bijvoorbeeld voorgesteld in het nieuwe systeem.
Tenslotte vond als tiende en laatste opmerking nog een arts dat men, net zoals bij vele andere beroepen, een blok voor bijscholing moet voorzien tijdens de werkuren in plaats van altijd na de werkuren te moeten bijscholen.

2.3. Basisvoorwaarden nieuw accrediteringssysteem

19 van de 20 of 95% van de ondervraagde huisartsen maakten gebruik van een EMD. De arts die niet met een EMD werkte was een oudere arts die niet met een computer werkte. 1 van de 19 artsen maakte echter geen actief gebruik van zijn EMD tijdens zijn consultatie en registreerde de belangrijke gegevens vooral 's avonds na de consultatie in zijn EMD.
12 van de artsen, of 63% van de artsen die een EMD gebruikten, deden aan gecodeerd registreren of probeerden dit te doen in de mate van het mogelijke. Eén arts gaf aan wel gecodeerd te willen registreren maar deed dit niet omdat deze toepassing in haar EMD niet gebruiksvriendelijk was. Als we gingen kijken naar de soort praktijk bleek dat met hoe meer de artsen samenwerkten hoe meer er aan gecodeerd registreren werd gedaan. Wat betreft leeftijd zagen we dat er vooral gecodeerd werd geregistreerd door de artsen tot 54 jaar.

DEEL II: Enquête

1. Methode

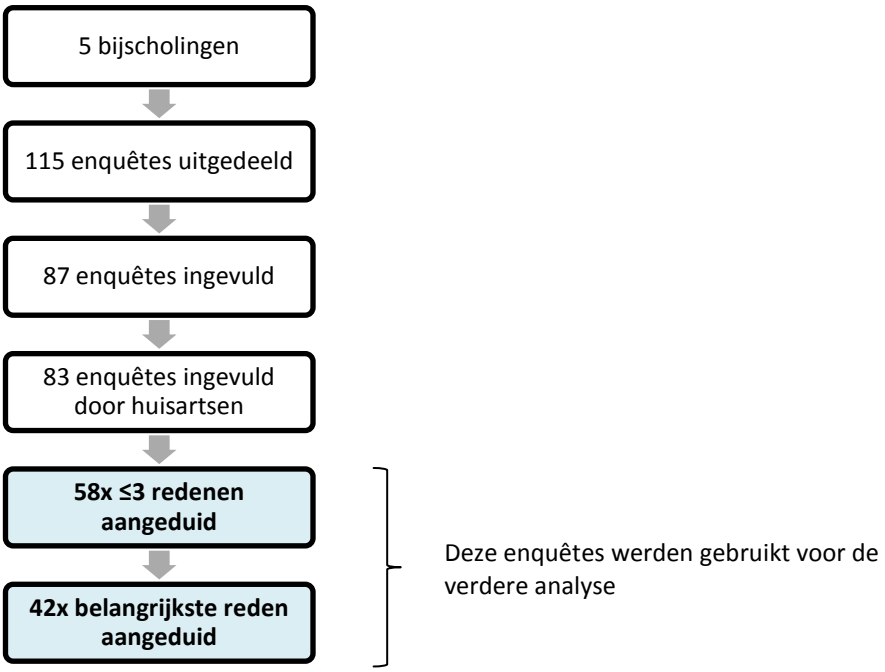
1.1. Opstellen enquête

Vertrekkende vanuit de literatuurstudie werd de enquête opgesteld. Voor gebruik gebeurde er een validatie door twee artsen. Het gebruik van deze vragenlijst in een pilootversie leidde tot een aantal bijkomende veranderingen. Van deze pilootversie werden er in totaal 135 enquêtes uitgedeeld gespreid over 2 bijscholingen met een tussentijdse aanpassing. Deze werd ingevuld door 55 personen. Op basis van de bekomen gegevens kon uiteindelijk de definitieve enquête opgesteld worden. De volledige definitieve enquête is terug te vinden in bijlage 2.

1.2. Onderzoekspopulatie

Na de validatie werd omwille van de zeer slechte respons van huisartsen op bijscholingen in ziekenhuizen, waar de validatie gebeurde, beslist om de enquête enkel nog uit te delen op bijscholingen specifiek gericht op huisartsen. De enquête werd uiteindelijk uitgedeeld op 5 bijscholingen. Deze werden georganiseerd door de huisartsenkringen van Maasmechelen, Genk, Brussel en door het Lokaal Multidisciplinair Netwerk (LMN) Maas en Kempen. Er werd ook contact opgenomen met een farmaceutische firma die een bijscholing met maaltijd organiseerde. Deze weigerde echter de deelname.

Van de 115 uitgedeelde enquêtes konden er uiteindelijk 58 weerhouden worden voor verdere analyse (zie ook tabel 6). 12 van deze 58 enquêtes waren afkomstig van de bijscholing van de huisartskring van Maasmechelen, 20 van die van Genk, 17 van die van Brussel en 9 van de bijscholing georganiseerd door LMN Maas en Kempen.



Tabel 6: Respons enquêtes bijscholingen

1.3. Afnemen van de enquête

De organisatoren van de betreffende bijscholingen werden persoonlijk gecontacteerd om de nodige afspraken te maken. De enquêtes werden aan alle artsen aanwezig op de bijscholingen uitgedeeld en er werd door de organisator expliciet gevraagd om de enquête in te vullen. De artsen die wensten deel te nemen vulden de enquête in en leverden het formulier aan het einde van de bijscholing in.

1.4. Verwerking

De verwerking van de gegevens gebeurde door middel van Microsoft Office Excel.

2. Resultaten

Aan de artsen werd gevraagd de belangrijkste redenen waarom ze voor de betreffende bijscholing hadden gekozen aan te duiden. Er werd gevraagd zich te beperken tot maximaal 3 redenen, de 3 belangrijkste. 58 artsen beantwoordden deze vraag op de juiste manier. Met een duidelijke meerderheid gaven 81% van de artsen up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp en nood aan bijscholing en opfrissing als reden.
Hierna volgde het verzamelen van CP voor accreditering, aangeduid door 33% van de artsen. Dit antwoord werd 19 maal gegeven waarvan 11 maal op de bijscholing van de Brusselse huisartsenkring. Dit wil zeggen dat 58% van de artsen die dit antwoord gaven artsen waren die de bijscholing in Brussel bijwoonden.
Een overzicht van alle antwoorden is terug te vinden in tabel 7.

Antwoordmogelijkheid	Percentage
Up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp/nood aan bijscholing en opfrissing	81%
Verzamelen van credit points voor mijn accreditering	33%
Algemene interesse in het onderwerp	26%
Gemak	26%
Relevantie voor mijn dagelijkse praktijk	24%
De bijscholing is praktisch en dat vind ik belangrijk	21%
Contact met collega's	19%
De spreker	14%
Kunnen bespreken van casussen/problemen uit mijn dagelijkse praktijk	9%
De bijscholing is gratis	5%
Gebruik van adult learning technieken	5%
Het onderwerp is relevant voor een specifiek probleem dat ik ben tegengekomen in mijn dagelijkse praktijk	3%
De locatie	2%
Andere: morele verplichting wegens in stuurgroep	2%
Vaardigheden leren die een extra inkomen kunnen opleveren	0%
Aangeboden maaltijd	0%

Tabel 7: Resultaten enquête: antwoorden op de vraag 'Kruis de belangrijkste redenen (maximaal 3) aan waarom u naar deze bijscholing bent gekomen'. Resultaten weergegeven als percentage van de artsen die de antwoordmogelijkheid belangrijk vonden.

Geen enkele arts had de reden 'aangeboden maaltijd' of 'het bekomen van een extra inkomen aangeduid'. Op de bijscholingen waar de enquête werd afgenomen werd er dan ook geen maaltijd aangeboden, enkel een klein hapje en een drankje, en er was ook geen bijscholing die ervoor zou zorgen dat men achteraf iets zou kunnen aanrekenen wat men zonder de bijscholing niet zou kunnen.

Hierna werd de vraag gesteld om uit de aangekruiste redenen uit de vorige vraag nog eens de belangrijkste reden aan te duiden. 42 van de 58 artsen die de vorige vraag op de juiste manier hadden beantwoord gaven een antwoord op deze vraag. Up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp en nood aan bijscholing en opfrissing bleek de belangrijkste reden om naar de bijscholingen te gaan. 69% van de artsen gaven dit aan als de belangrijkste reden. Daarnaast waren relevantie voor de dagelijkse praktijk, contact met collega's en gemak minder belangrijke redenen met respectievelijk 7, 5 en 5%. De andere redenen werden weinig tot niet aangekruist als belangrijkste reden. Tabel 8 geeft een volledig overzicht van de antwoorden op deze vraag.

Antwoordmogelijkheid	Percentage
Up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp/nood aan bijscholing en opfrissing	69%
Relevantie voor mijn dagelijkse praktijk	7%
Contact met collega's	5%
Gemak	5%
Verzamelen van credit points voor mijn accreditering	2%
Het onderwerp is relevant voor een specifiek probleem dat ik ben tegengekomen in mijn dagelijkse praktijk	2%
De spreker	2%
Gebruik van adult learning technieken	2%
Algemene interesse in het onderwerp	2%
De bijscholing is praktisch en dat vind ik belangrijk	2%
Kunnen bespreken van casussen/problemen uit mijn dagelijkse praktijk	0%
De bijscholing is gratis	0%
De locatie	0%
Vaardigheden leren die een extra inkomen kunnen opleveren	0%
Aangeboden maaltijd	0%
Andere	0%

Tabel 8: Resultaten enquête: antwoorden op de vraag 'Geef uit de aangekruiste redenen aan welke voor u de belangrijkste reden was om naar deze bijscholing te komen'. Resultaten weergegeven als percentage van de artsen die de antwoordmogelijkheid belangrijk vonden.

Bespreking

I. Samenvatting en interpretatie van de bevindingen

1. <u>Factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden</u>

Artsen hebben een duidelijke voorkeur voor bijscholingen onder de vorm van lezingen. Daarnaast gaan de meeste artsen echter ook naar de LOK's en leren ze via opzoekingen op internet.

Het bijscholingsgedrag van artsen wordt beïnvloed door heel wat uiteenlopende factoren. De belangrijkste factor in de keuze van bijscholingen blijkt het onderwerp te zijn. Uit de interviews bleek dat logistieke en praktische redenen, vooral afstand en tijdstip, minstens even belangrijk zijn in deze keuze. Volgens de resultaten van de enquêtes daarentegen is deze factor minder belangrijk.
In de interviews bleek dat de spreker ook een heel belangrijke factor is. Een bijscholing met een goede spreker kon bijna iedereen overtuigen om naar de bijscholing te gaan en omgekeerd. In de enquêtes bleek de spreker wel belangrijk te zijn maar hier stond deze factor niet in de top 3 van belangrijkste factoren.
De vorm en de aanpak van de bijscholing was ook belangrijk maar dan vooral bij jongere artsen.
Een persoonlijk (financieel) voordeel is ook een meespelende factor al dient dit toch altijd gekoppeld te zijn aan een interesse voor het onderwerp.
Artsen vinden het over het algemeen heel aangenaam dat ze op bijscholingen contacten kunnen hebben met collega's. Een kleine meerderheid van de artsen laat zijn keuze hier echter niet door beïnvloeden. Artsen werkzaam in een groepspraktijk gaan vaker naar bijscholingen omwille van contact met collega's.
Wat de aangeboden maaltijd betreft bleken de meningen duidelijk verdeeld. Sommige artsen vinden dit een expliciete reden om niet naar de bijscholing te gaan omdat ze bijvoorbeeld niet graag laat eten. Andere artsen gaven expliciet toe dat dit hun keuze duidelijk beïnvloed maar ze beseften in het algemeen wel dat ze naar deze bijscholingen niet moeten gaan voor 'de bijscholing' maar voor de gezelligheid en het aangename karakter. Sommige zeiden ook dat ze hier tegenwoordig sneller op ingaan omdat het niet meer zo vaak voorkomt in vergelijking met vroeger.

De kostprijs van bijscholingen blijkt een valkuil te zijn. Artsen zijn zeker bereid te betalen voor bijscholing maar het moet aanvaardbaar zijn. Indien met kan kiezen zal men toch vaak de voorkeur geven aan gratis bijscholingen.

Slechts 4 van de ondervraagde huisartsen maakten gebruik van e-learning met als belangrijkste reden de flexibiliteit en kwaliteit. Technische problemen blijken de belangrijkste reden om niet deel te nemen aan e-learning. Daarna kwam pas de voorkeur voor persoonlijk contact. Sommige artsen gaven het onbekende van e-learning aan als reden.

Indien we de resultaten bekijken kunnen we enkele opmerkingen maken.
Dat jonge artsen de vorm en de aanpak van bijscholingen belangrijker vinden dan hun oudere collega's lijkt ons logisch omdat jongere artsen meer vertrouwd zijn met moderne leertechnieken dan oudere artsen.
Wat betreft accreditering als beïnvloedende factor zijn er enkele bedenkingen te maken. Eén van de bijscholingen waar de enquête werd uitgedeeld bleek enkele dagen voor de bijscholing zou plaatsvinden geen toekenning van accreditering te krijgen. De artsen werden hiervan op de hoogte gebracht en op het moment van de bijscholing bleken minder dan de helft van de ingeschreven artsen aanwezig te zijn. De reden hiervoor is niet gekend maar men zou kunnen vermoeden dat de aankondiging van de weigering van accreditering hierin een rol speelde. We stellen ons dan ook de vraag of accreditering dan toch een belangrijkere factor is dan de artsen effectief hebben aangegeven in de enquêtes en interviews. Ook opvallend was dat 11 van de 19 artsen die in de enquête aangaven naar de bijscholing te zijn gekomen omwille van accreditering huisartsen waren die de bijscholing in Brussel bijwoonden. Gaan de Brusselse huisartsen effectief vaker naar een bijscholing omwille van accreditering dan de Limburgse artsen? Of zijn de Limburgse artsen niet helemaal eerlijk geweest bij het invullen van de enquête en wordt accreditering dus onderschat als factor?
Het viel op dat artsen werkzaam in een groepspraktijk vaker naar bijscholingen gaan omwille van contact met collega's. We kunnen dit moeilijk verklaren aangezien zij door het werken in een groepspraktijk reeds veel meer contact hebben met collega's dan hun solowerkende collega's. Hebben artsen die solo werken over het algemeen misschien minder nood aan sociale contacten met collega's en werken ze daarom ook solo?
Sommige artsen gaven het onbekende van e-learning aan als reden om niet aan e-learning te doen. Misschien kan men hier iets aan doen door meer publiciteit te maken rond e-learning.

2. Mening nieuw accrediteringssysteem

Over het algemeen waren de artsen positief ten opzichte van het voorgestelde nieuwe systeem van accreditering. Er waren echter heel wat interessante opmerkingen en suggesties.
Het grootste deel van de artsen linkten het systeem direct aan controle en sanctionering en hadden hier duidelijk schrik voor als het systeem ooit in de praktijk zou ingevoerd worden. Het woord 'big brother' is tijdens de interviews dan ook meermaals ter sprake gekomen.
Naast deze schrik voor controle zagen heel wat artsen ook praktische problemen in het systeem.
Een derde belangrijke categorie van opmerkingen waren de tekortkomingen en hiaten in het systeem. Vooral artsen onder 35 jaar zagen tekortkomingen en hiaten.
De meeste artsen waren er echter wel effectief van overtuigd dat het huidige systeem van accreditering mag veranderen. Ze vinden het vooral belangrijk dat bijscholing huisartsgericht, kwaliteitsvol en praktisch is.
Daarnaast vonden ze ook dat de consequenties ervan moeten veranderen. Enkele artsen stoorden zich duidelijk aan de slechte controle op aanwezigheid waardoor iemand zomaar een handtekening voor een collega kan zetten.

Tenslotte waren er nog enkele interessante opmerkingen zoals de vraag naar accreditering van bijscholing via opzoekwerk, vraag naar verbetering van de kwaliteit van de LOK's en de suggestie om bijscholingen voor te bereiden en een kennistoets te doen achteraf.

Voor de praktische problemen die de artsen aanhaalden kan er waarschijnlijk wel een oplossing gevonden worden maar hier zaten toch twee terechte en zeer belangrijke opmerkingen bij. De eerste was 'Wat als bijscholingen in je leerdoelen niet beschikbaar zijn?'. De tweede was dat sommige dingen, zoals bijvoorbeeld welke leerdoelen uit je EMD komen en resultaten van audits, afhankelijk zijn van je patiënten. Deze problemen zouden in het voorgestelde systeem misschien moeilijker opgelost kunnen worden.
Ook de opmerkingen rond tekortkomingen en hiaten in het systeem zijn zeer belangrijk. Ook hier zal zeker nog aan gewerkt moeten worden indien men dit systeem in de praktijk zal willen gebruiken. Opvallend was dat vooral artsen onder 35 jaar tekortkomingen en hiaten zagen. Komt dit door hun grotere ervaring met moderne leertechnieken? Of door hun interesse in het systeem?
Het voorgestelde systeem lijkt dus zeer goede elementen en ideeën te bevatten maar voor gebruik in de dagelijkse praktijk zal het eerst grondig herbekeken moeten worden.

3. <u>Basisvoorwaarden om het voorgestelde nieuwe accrediteringssysteem te kunnen opstarten</u>

De minimum vereisten om het voorgestelde nieuwe accrediteringssysteem te kunnen opstarten zijn dat alle artsen werken met een EMD en dat ze gecodeerd registreren. Met uitzondering van één oudere huisarts maakten alle geïnterviewde huisartsen gebruik van een EMD. Hier zullen zich dan ook waarschijnlijk geen problemen stellen. Er zullen zich eerder problemen voordoen met het gecodeerd registreren. 60% van de ondervraagde huisartsen trachtten dit te doen.

Wat deze basisvoorwaarden betreft lijkt er dus zeker nog werk in het gebruiksvriendelijk maken van de tools om gecodeerd te registreren, dit bekend te maken bij de artsen, het belang en de mogelijkheden die het biedt duidelijk te maken en het te promoten.

II. Situering van de bevindingen ten opzichte van de literatuur

Heel wat bevindingen komen overeen met wat we reeds terugvonden in de literatuur: onder andere de voorkeur voor bijscholing onder vorm van lezingen en het onderwerp als belangrijkste bepalende factor in de keuze van bijscholingen. Ook het feit dat artsen graag contacten hebben met collega's bij hun bijscholingen maar hun keuze hier meestal niet door laten beïnvloeden komt terug in de literatuur.
We vonden echter ook enkele tegenstellingen met de literatuur. Zo blijken technische problemen volgens het onderzoek de hoofdreden te zijn om niet aan e-learning te doen. Volgens de literatuur daarentegen zijn sociale redenen het belangrijkste terwijl deze in het onderzoek pas op de tweede plaats kwamen. Ook blijkt uit het onderzoek dat het voorgestelde systeem voor accreditering dat gebaseerd is op de literatuur nog grondig herbekeken dient te worden opdat de theorie op een efficiënte manier in de praktijk kan toegepast worden.

III. Sterktes en zwaktes

Het onderzoek heeft enkele belangrijke sterktes en zwaktes.

Voor de interviews werd er een gemakkelijkheidssteekproef genomen. Uit de vergelijking van de onderzoekspopulatie met de Belgische artsenpopulatie bleek dat dit, op het kenmerk 'soort praktijk'

na, een goede steekproef was. Dit is een sterk punt. Het zou echter kunnen dat de onderzoekspopulatie voor andere ongekende en misschien belangrijke variabelen afwijkt van de algemene artsenpopulatie. Zo kan de woonplaats een zwak punt zijn aangezien voor de interviews enkel artsen uit de gemeente Dilsen-Stokkem werden gekozen. Een sterk punt is echter dat omwille van de mogelijke ongekende beïnvloedende factoren voor een deel van het onderzoek een validatie van de resultaten werd uitgevoerd door middel van de enquête. We hebben echter enkel de resultaten rond motivatie gevalideerd op deze manier, de andere delen van het onderzoek niet. Ondanks dat dit voor deze andere onderdelen minder belangrijk is is dit dan weer toch mogelijks een zwak punt.
De grootte van de steekproef voor de interviews kan een volgend zwak punt zijn. Deze is niet groot genoeg om subgroepen goed te kunnen vergelijken. Naarmate de interviews vorderden bleken dezelfde antwoorden echter steeds vaker terug te komen. Er was dus saturatie van de gegevens en dus was het minder nuttig om nog meer interviews te doen.
Al deze artsen werden door dezelfde persoon geïnterviewd. Bovendien kenden de ondervraagde artsen en de interviewer elkaar reeds voor het onderzoek. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat er een geremdheid was om bepaalde antwoorden te geven of dat de artsen niet helemaal eerlijk waren. Om deze zwakte in de mate van het mogelijke te vermijden werd er duidelijk aangegeven dat alle resultaten anoniem zouden worden verwerkt en dat er geen goede of slechte antwoorden waren. Ook om deze reden werd er een validatie van een deel van de resultaten gedaan door middel van de enquête wat dan weer een sterk punt is.
De verwerking van de gegevens door één persoon zou men ook een zwak punt kunnen noemen. Om deze bias tot een minimum te beperken en zo de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten werd een steekproef van de interviews gecodeerd door een tweede onafhankelijke persoon. In eerste instantie kwam de codering voor 69% overeen. Na bespreking en verheldering van enkele notities die op een verkeerde manier werden geïnterpreteerd zijn we dan tot overeenstemming gekomen.
Tenslotte werd de enquête niet afgenomen op bijscholingen van ziekenhuizen, omwille van de zeer slechte respons tijdens de testfase, en niet op bijscholingen georganiseerd door farmaceutische firma's, wegens weigering van deelname. Ze werd bovendien enkel voorgelegd aan artsen die lezingen bijwoonden en niet aan artsen die een online bijscholing of andere soorten bijscholingen volgden. Dit zou misschien een vertekend beeld van de resultaten kunnen geven indien er aan deze bijscholingen andere huisartsen deelnemen en we kunnen hierdoor uit de enquête geen besluiten trekken rond de motivatie voor het volgen van dit soort van bijscholingen.

IV. Implicaties voor het veld en voor verder onderzoek

Het zou goed zijn om in een uitgebreidere versie van dit onderzoek een grotere populatie artsen uit verschillende gemeenten te ondervragen zodat de huidige onderzoeksresultaten versterkt kunnen worden. Daarnaast zou het interessant zijn om in aansluiting met dit onderzoek ook de organisatoren van bijscholing te gaan ondervragen over hoe zij bijscholing en de aanpak van bijscholing in de toekomst zien.
Op basis van de bekomen gegevens zou het voorgestelde nieuwe model van accreditering dan aangepast kunnen worden. Dit systeem zou dan gebruiksklaar gemaakt kunnen worden en dan in een volgend onderzoek getest kunnen worden in de praktijk.

Besluit

De belangrijkste redenen voor huisartsen om te kiezen voor een bijscholing zijn het onderwerp, de afstand en het tijdstip. Artsen hebben op dit moment nog altijd een voorkeur voor bijscholingen via traditionele lezingen maar ze scholen zich ook frequent bij via LOK of opzoekingen op internet. Ondanks hun voorkeur voor lezingen staan ze wel open voor andere manieren van bijscholing zoals e-learning en zijn ze zelfs vragende partij voor kwaliteitsvolle andere manieren van bijscholing en de accreditering ervan. Ze staan dan ook positief tegenover het nieuwe systeem van accreditering en hebben hier een duidelijke mening over. Indien we dit nieuwe systeem van accreditering willen doen slagen is het belangrijk dat men bij de verdere uitwerking ervan rekening houdt met deze mening, de wensen en de suggesties van de huisartsen aangezien zij degenen zijn die dit systeem later in de praktijk zullen moeten gebruiken. Zeer belangrijk hierin is dat dit geen systeem van controle en sanctionering mag worden! Om het systeem in de praktijk bruikbaar te maken zullen er dus heel wat aanpassingen moeten gebeuren om het beter te doen aansluiten bij de percepties van de artsen en zullen er bovendien inspanningen gedaan moeten worden om artsen meer gecodeerd te doen registreren.

Referenties

1. Kempkens, D., Dieterle, W. E., Butzlaff, M., Wilson, A., Böcken, J., Rieger, M. A., Wilm, S., Vollmar, H. C. German ambulatory care physicians' perspectives on continuing medical education – A national survey. Journal of continuing education in the health professions 2009; 29(4): 259-268.
2. Allaire, A. S., Labrecque, M., Giguere, A., Gagnon, M.P., Légaré, F. What motivates family physicians to participate in training programs in shared dicision making? Journal of continuing education in the health professions 2012; 32(2): 98-107.
3. Frank, J.R. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
4. Wyatt, J. C., Sullivan, F. ABC of health informatics. Keeping up: learning in the workplace. BMJ 2005; 331: 1129-1132.
5. Campbell, C., Silver, I., Sherbino, J., Ten Cate, O., Holmboe, E. S. Competency-based continuing professional development. Medical teacher 2010; 32: 657-662.
6. Bower, E. A., Choi, D., Becker, T. M., Girard, D. E. Awareness of and participation in maintenance of professional certification: a prospective study. Journal of continuing education in the health professions 2007; 27(3): 164-172.
7. Goodyear-Smith, F., Whitehorn, M., MC Cormick, R. General practitioners' perceptions of continuing medical education's role in changing behaviour. Education for health 2003; 16(3): 328-338.
8. Vollmar, H.C., Ostermann, T., Hinz, A., Rieger, M.A., Butzlaff, M.E. Hausärzte, internet und fortbildungsmedien. Nutzung und effizienszeinschätzung durch allgemeinärzte und hausärztlich tätige internisten im 6-jahres-vergleich. Medizinische klinik 2008; 103: 425-432.
9. Meeus, P., Van Aubel, X. Performantie van de huisartsgeneeskunde. Een check-up. Health Services Research (HSR). Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). 2012. D/2012/0401/12.
10. Roex, A., Agten, M., Crauwels, E., De Boeck, E., Erkens, M., Moermans, S., Aertgeerts, B. Twintig jaar accreditering van huisartsen in België: situering ten opzichte van andere Europese landen.Tijdschrift voor geneeskunde 2014; 70(2): 66-74.
11. Roex, A., Agten, M., Crauwels, E., De Boeck, E., Erkens, M., Moermans, S., Aertgeerts, B. Accreditering vanuit het elektronisch medisch dossier: naar een nieuw model? Tijdschrift voor geneeskunde 2014; 70(2): 75-81.
12. Young, K. J., Kim, J. J., Yeung, G., Sit, C., Tobe, S. W. Physician preferences for accredited online continuing medical education. Journal of continuing education in the health professions 2011; 31(4): 241-246.
13. Sargeant, J., Curran, V., Jarvis-Selinger, S., Ferrier, S., Allen, M., Kirby, F., Ho, K. Interactive on-line continuing medical education: physicians' perceptions and experiences. The journal of continuing education in the health professions 2004; 24: 227-236.
14. Harris, J. M., Sklar, B. M., Amend, R. W., Novalis-Marine, C. The growth, characteristics, and future of online CME. Journal of continuing education in the health professions, 2010; 30(1): 3-10.

15. Stantic, N., Mullen, P. D., Prokhorov, A. V., Frankowski, R. F., McAlister, A. L. Continuing medical education: what delivery format do physicians prefer? The journal of continuing education in the health professions 2003; 23: 162-167.
16. Kühne-Eversmann, L., Eversmann, T., Fischer, M. R. Team- and case-based learning to activate participants and enhance knowledge: an evaluation of seminars in germany. Journal of continuing education in the health professions 2008; 28(3): 165-171.
17. McLeod, P.J., McLeod, A.H. Personal view. If formal CME is ineffective, why do physicians still participate? Medical teacher 2004; 26(2): 184-186.
18. Harrison, C., Hogg, W. Why do doctors attend traditional CME events if they don't change what they do in their surgeries? Evaluation of doctor's reasons for attending a traditional CME programme. Medical education 2003; 37: 884-888.
19. Pitts, J., Vincent, S. General practitioners' reasons for not attending a higher professional education course. British journal of general practice 1994; 271-273.
20. Richards, R. K., Cohen, R. M., Why physicians attend traditional CME programs. Journal of medical education 1980; 55: 479-485.
21. Kelly, M.H., Murray, T.S. Motivation of general practitioners attending postgraduate ecucation. British journal of general practice 1996; 46: 353-356.
22. Fugh-Berman, A. J., Scialli, A. R., Bell, A. M. Why lunch matters: assessing physicians' perceptions about industry relationships. Journal of continuing education in the health professions 2010; 30(3): 197-204.
23. Bowie, P., McKay, J., Dalgetty, E., Lough, M. A qualitative study of why general practitionars may participate in significant event analysis and educational peer assessment. Quality & safety in health care 2005; 14: 185-189.
24. Sanders, J., Walsh, K., Homer, M. High users of online continuing medical education: a questionnaire survey of choice and approach to learning. Medical teacher 2010; 32: 83-85.
25. Horsley, T., Grimshaw, J., Campbell, C. Maintaining the competence of Europe's workforce. BMJ 2010; 341: c4687.
26. Guan, J., Tregonning, S., Keenan, L. Social interaction and participation: formative evaluation of online CME modules. Journal of continuing education in the health professions 2008; 28(3): 172-179.
27. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International journal for quality in health care 2007; 19(6): 349-357.
28. Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E., Denier, Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. International journal of nursing studies 2012; 49: 360-371.
29. Thomas, J., Harden, A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. BMC Medical research methodology 2008; 8:45.

Bijlage 1: Basisvragen semigestructureerde interviews

Algemene vragen

Leeftijd: … jaar
Geslacht: Man / Vrouw
Soort praktijk: solo- / duo- / groepspraktijk

Wat betekent bijscholing voor u en hoe schoolt u zich bij/aan welk soort activiteiten neemt u deel?

- Live vs niet live
- Lezingen
- E-learning
- LOK
- Informeel (lezen, internet, discussie met collega's, vertegenwoordigers, brieven van specialisten,…)
- Semigestructureerde leeractiviteiten naar aanleiding van een probleem: contact specialist voor overleg, opzoeking,…

Hoeveel tijd spendeert u aan geaccrediteerde bijscholing?

- Ik doe weinig aan bijscholing, zeker niet voldoende voor accreditatie
- Het minimum om accreditatie te bekomen
- Minimaal het aantal uren om accreditatie te bekomen maar meestal meer
- …

Hoeveel tijd spendeer je daarnaast aan niet geaccrediteerde bijscholingsactiviteiten zoals het lezen van artikels, gebruik van de evidence linker, etc?

Vragen ivm motivatie

Op basis van welke criteria kiest u voor een bepaalde bijscholing?

- Accreditatie
- Onderwerp
    - ✓ Up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp/nood aan bijscholing en opfrissing
    - ✓ Interesse
    - ✓ Relevantie voor de praktijk
    - ✓ Laatste nieuwe informatie
    - ✓ Praktische bijscholing
    - ✓ Onderwerp waar men onzeker over is
    - ✓ Onderwerp relevant voor een specifiek probleem → nood om geïdentificeerde leernoden en doelstellingen te bereiken
- Kosten van de bijscholing
- Vaardigheden leren die een extra inkomen kunnen opleveren
- Mogelijkheid tot afstemming op persoonlijke voorkeuren en noden
- Gemak:
    - ✓ Eenvoudig om deel te nemen
    - ✓ Bereikbaarheid/reisduur
    - ✓ Tijdstip en dag van de week
    - ✓ Duur van de bijscholing

- Contact met collega's
- Adult learning technieken
    - ✓ Interactie en mogelijkheid tot discussie
    - ✓ Bespreking op basis van casussen
    - ✓ Samenwerken in team
- Spreker
- Organisatie
- Locatie
- Maaltijd
- Gesponsorde bijscholingen
- Kunnen bespreken van casussen of problemen die men in de dagelijkse praktijk is tegengekomen

Is het in de voorbije maanden reeds gebeurd dat u, hoewel u interesse had in het thema van de bijscholing, er toch niet hebt aan deelgenomen? Wat waren de redenen hiervoor?

- Werkdruk
- Familiale redenen
- Attitude van collega's
- Structuur van de bijscholing
- Kwaliteit van de bijscholing
- Financiële redenen
- Reisduur
- Moeilijkheid om vervanging te vinden
- Emotionele barrière om problemen die men tegenkwam in de praktijk te bespreken

Neemt u deel een online bijscholing? Waarom wel of waarom niet?

- Neen
    - Dit soort van bijscholing is voor mij onbekend
    - Flexibiliteit, meer discipline nodig
    - Technische problemen
    - Problemen met sociale interactie en opbouwen van een interpersoonlijke relatie
    - Niet voor nieuwe of controversiële onderwerpen
    - Voldoende aanbod aan face-to-face bijscholingen
- Ja
    - Flexibiliteit: onafhankelijk van tijd en plaats
    - Anonimiteit
    - Communicatiemogelijkheden
    - Kosteneffectiviteit
    - Ter aanvulling en opfrissing van reeds bestaande kennis en vaardigheden
    - Grotere controle over welk deel van de cursus men wil doorlopen en op welke manier
    - Woonplaats

Vragen ivm nieuwe accrediteringsmodel

Maakt u gebruik van een elektronisch medisch dossier?

Doet u aan gecodeerd registreren?

Voorstelling van het nieuwe voorgestelde model met het portfolio:

- Kort peilen naar de mening van de arts
- Suggesties of ideeën

Bijlage 2: Enquête

Enquête
WAAROM KOOS U VOOR DEZE BIJSCHOLING?

Ik zit momenteel in mijn 2de jaar als HAIO (Huisarts In Opleiding). In het kader van mijn masterproef doe ik een onderzoek naar de factoren die het bijscholingsgedrag van artsen beïnvloeden. Indien u wenst deel te nemen aan dit onderzoek mag u onderstaande enquête invullen en aan mij/de organisatie terugbezorgen na de bijscholing.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Stefanie Moermans

U bent?

- Huisarts ☐
- HAIO ☐
- Specialist ☐
- Andere ☐

Kruis de belangrijkste redenen waarom u naar <u>deze bijscholing</u> bent gekomen aan. (zie ook keerzijde!)

OPGELET: GRAAG <u>MAXIMAAL 3</u> VAKJES AANDUIDEN <u>UIT DE VOLLEDIGE LIJST</u>!

Geef uit de aangekruiste redenen aan welke voor u <u>de belangrijkste reden</u> was. Duidt dit aan met het <u>cijfer 1</u>.

- Redenen gelinkt aan het onderwerp
  - ✓ Up-to-date willen blijven betreffende het onderwerp/ nood aan bijscholing en opfrissing ☐
  - ✓ Algemene interesse in dit onderwerp ☐
  - ✓ Relevantie voor mijn dagelijkse praktijk ☐
  - ✓ Het onderwerp is relevant voor een specifiek probleem dat ik ben tegengekomen in mijn praktijk ☐
  - ✓ De spreker ☐
- Vorm/aanpak van de bijscholing
  - ✓ De bijscholing is praktisch en dat vind ik belangrijk ☐
  - ✓ Kunnen bespreken van casussen of problemen die men in de dagelijkse praktijk is tegengekomen ☐
  - ✓ Gebruik van adult learning technieken: ☐
    Dit wil zeggen:
    - Interactie en mogelijkheid tot discussie
    - Bespreking op basis van casussen
    - Samenwerken in team

        - Mogelijkheid tot afstemming op persoonlijke voorkeuren en noden

- Contact met collega's ☐
- Persoonlijk (financieel) voordeel:
    - ✓ Verzamelen van credit points voor mijn accreditering ☐
    - ✓ Vaardigheden leren die een extra inkomen kunnen opleveren ☐
- Logistieke/praktische redenen:
    - ✓ De locatie ☐
    - ✓ Aangeboden maaltijd ☐
    - ✓ De bijscholing is gratis ☐
    - ✓ Gemak: ☐
        - Eenvoudig om deel te nemen
        - Bereikbaarheid/reisduur
        - Tijdstip en dag van de week
        - Duur van de bijscholing
- Andere: …