Evaluatie van een navormingsprogramma ‘Klinisch Neurologisch Redeneren’ bij huisartsen uit Gentse navormingskringen.

Lotte Remmen, Huisarts in Opleiding, Universiteit Antwerpen

Promotor: dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Prof. Jan Reniers, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2014-2016

Abstract

Inleiding

Voortgezet medisch onderwijs en continue professionele vorming zijn van groot belang voor een kwalitatieve gezondheidszorg. In België kampen we met een verouderd accrediteringssysteem dat vooral gebaseerd is op aanwezigheid op een bijscholing en niet op kwaliteitscriteria van de bijscholing. Hierdoor zegt accreditering in België niets over het functioneren van een arts. Een navorming rond 'klinisch neurologisch redeneren' in het Gentse werd geëvalueerd om een beter beeld te krijgen over het leereffect ervan en de factoren die de implementatie van de kennis uit deze navorming in de dagelijkse praktijk beïnvloeden.

Doelstellingen

De doelstelling van deze studie is enerzijds het evalueren van de navorming 'klinisch neurologisch redeneren', en anderzijds inzicht verwerven in de manier waarop Gentse huisartsen kennis uit navormingen toepassen in de dagelijkse praktijk. Door de verworven inzichten willen we beter kunnen inspelen op de leerstijl van de Gentse huisartsen en concrete tips kunnen geven aan zowel toekomstige organisatoren als aan individuele artsen.

Methode

Er werd een interactieve navorming 'klinisch neurologisch redeneren' gegeven aan 67 Gentse huisartsen. Met behulp van een voor- tijdens en natoets werd bij deze artsen de basiskennis neurologie getoetst. Deze kennistoets werd ontworpen in samenspraak met drie neurologen en werd afgenomen 1 maand voor, tijdens en 3 maanden na de navorming. Er gebeurde een statistische analyse van deze resultaten. Aan de hand van 7 semigestructureerde diepte-interviews werd de implementatie van de navorming geëvalueerd en werden barrières voor implementatie en deelname aan de natoets bevraagd. De interviews werden verwerkt door een thematische analyse van de data.

Resultaten

De voorkennis over het 'klinisch neurologisch redeneren' was met een gemiddelde score van 5,25/10 matig en was niet afhankelijk van leeftijd, geslacht of praktijkvorm. De score op de natoets was beter bij jonge vrouwelijke artsen uit een duo- of groepspraktijk dan bij oudere mannelijke solo artsen. Er was geen significante stijging van de scores op de natoets ten opzichte van de voortoets, maar de score tijdens de navorming bleek wel significant hoger. In de interviews gaven artsen verschillende manieren aan waarop ze de kennis hadden gebruikt in hun dagelijkse praktijk. Barrières voor implementatie van de kennis in de dagelijkse praktijk waren: te weinig inoefening door lage frequentie van neurologische problemen en tijdsgebrek, slechte voorkennis, snelle verwijzing naar een specialist en niet willen blunderen bij de patiënt. Barrières voor het deelnemen aan de natoets waren: tijdsgebrek, gebrek aan interesse in de natoets, controlerend gevoel, angst voor gezichtsverlies, niet anoniem, 'eerst nog willen herhalen' en geen accrediteringspunten.

Conclusie

De scores op een toets van 'klinisch neurologisch redeneren' zijn laag en worden amper beïnvloed door een navorming. Bij Gentse huisartsen zijn er weerstanden voor het deelnemen aan toetsen. Zelftoetsing is een belangrijke manier om een zicht te krijgen op lacunes in kennis. Het is daarom belangrijk dat de overheid en de huisartsenorganisaties meer belang hechten aan de kwaliteit van de navormingen en dat het accrediteringssysteem wordt aangepast zodat niet alleen naar de kwantiteit maar vooral naar de kwaliteit van de navorming wordt gekeken. Zelftoetsing moet daarbij als een belangrijk middel worden beschouwd. Het systeem dat in deze studie werd gebruikt om de navorming te evalueren heeft als voordeel dat het uitgebreid is en een globaal beeld geeft over de navorming, maar als nadeel dat het zeer tijdrovend is. Daarom is het niet geschikt om toe te passen op een groot aantal navormingen, tenzij het op een geautomatiseerde manier kan gebeuren.

Kernwoorden

"voortgezet medisch onderwijs", "continue professionele vorming", "huisarts", "zelftoetsing", "barrières", "accreditering"

Inhoudstafel

ABSTRACT 2

INHOUDSTAFEL 3

1. INLEIDING 5

1.1. KEUZE VOOR DIT ONDERWERP 5

1.2. RELEVANTIE 5

1.3. KERNPROBLEMEN 6

1.4. DOELSTELLING VAN HET PROJECT 7

2. LITERATUUR 8

2.1. BESCHRIJVING VAN DE ZOEKSTRATEGIE 8

2.2. HOE LEREN PROFESSIONALS? 8

2.3. EEN GOEDE NAVORMING 9

2.4. SELECTIE VAN EEN NAVORMING 10

2.5. EVALUATIE VAN EEN NAVORMING 10

2.6. ACCREDITERING 11

2.7. FEEDBACK 12

3. ONDERZOEKSMETHODE 13

3.1. HOE ZIET DE TOTALE GENTSE HUISARTSENPOPULATIE ERUIT? 13

3.2. ORGANISATIE VAN DE NAVORMING EN REKRUTERING VAN DE DEELNEMERS 15

3.3. GEGEVENSVERZAMELING EN ANALYSE 17

3.3.1. KWANTITATIEF LUIK: VRAGENLIJSTEN EN KENNISTOETS 17

3.3.2. KWALITATIEF LUIK: SEMIGESTRUCTUREERDE DIEPTE-INTERVIEWS 18

4. RESULTATEN 19

4.1. BESCHRIJVING VAN DE DEELNEMERS 19

4.2. DE IMPACT VAN DE NAVORMING OP DE KENNIS VAN DE DEELNEMERS – KWANTITATIEF LUIK 21

4.2.1. VERSCHIL IN KENNIS VOOR, TIJDENS EN NA DE NAVORMING 21

4.2.2. KENNIS BIJ DE GROTE GROEP ARTSEN 23

4.2.3. VERSCHILLEN IN SCORES BIJ DE SUBGROEPEN (N=28) 23

4.3. TOEPASSING VAN DE KENNIS IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK – KWALITATIEF LUIK 24

4.3.1. NIVEAU VAN TOEPASSING VAN DE KENNIS IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK 24
4.3.2. FACTOREN DIE DE IMPLEMENTATIE IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK BEÏNVLOEDEN 24
4.4. PARTICIPATIE AAN DE NATOETS 26
4.4.1. PARTICIPATIE AAN DE NATOETS 26
4.4.2. FACTOREN DIE DE PARTICIPATIE AAN DE NATOETS BEPALEN 26
4.5. SELECTIE VAN EEN BIJSCHOLING 28

5. PROCESEVALUATIE 30

5.1. TIJDSINVESTERING 30
5.2. RESPONS 30
5.3. HAALBAARHEID 30
5.4. TEVREDENHEID EN FEEDBACK VAN DE DEELNEMERS 31
5.4.1. TEVREDENHEID VAN DE DEELNEMERS 31
5.4.2. FEEDBACK OVER DE NAVORMING 32

6. DISCUSSIE 33

7. BESLUIT 36

8. AANBEVELINGEN 37

8.1. AANBEVELINGEN VOOR INDIVIDUELE HUISARTSEN 37
8.2. AANBEVELINGEN VOOR DE OVERHEID EN NAVORMINGSORGANISATOREN 37

9. REFERENTIES 38

10. DANKWOORD 39

11. BIJLAGEN 40

BIJLAGE 1: GOEDGEKEURD PROTOCOL ETHISCH COMITÉ 40
BIJLAGE 2: GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 41
BIJLAGE 3: KENNISTOETS 'KLINISCH NEUROLOGISCH REDENEREN' + FEEDBACK 43
BIJLAGE 4: INFORMATIEBLAD EN TOESTEMMINGSFORMULIER INTERVIEWS 46
BIJLAGE 5: DRAAIBOEK INTERVIEWS 48
BIJLAGE 6: VRAGENLIJST PARTICIPATIE EN TEVREDENHEID 49

1. Inleiding

1.1. Keuze voor dit onderwerp

Mijn keuze voor dit onderwerp komt voort uit een vraag van de huisartsenvereniging Gent (HVG) om mee te werken aan een evaluatieproject rond de navorming 'klinisch neurologisch redeneren' bij de Gentse huisartsen. Jaarlijks heeft de HVG de gewoonte om een navorming te organiseren waarbij er veel aandacht is voor de kwaliteitsbeoordeling en de toepassing in de dagelijkse praktijk. Persoonlijk werd ik aangesproken door deze twee onderwerpen: zowel neurologie als navorming voor onze beroepsgroep interesseren me. Vooral interessant vind ik hoe artsen omgaan, of juist niet omgaan, met de kennis die ze uit een navorming halen.

De keuze voor het onderwerp neurologie kwam er na overleg met lesgever huisarts Prof. Jan Reniers. Hij geeft sinds geruime tijd de lessen klinisch neurologisch onderzoek aan de bachelor- en masterstudenten van de Universiteit Gent. Door contacten met Gentse navormingskringen kreeg hij te horen dat de globale kennis rond het onderwerp neurologie bij de Gentse huisartsen laag was. Ook is neurologie een thema dat niet vaak aan bod komt in het navormingslandschap voor huisartsen. Hierdoor ontstond het idee voor het organiseren van deze navorming.

Het onderwerp navorming interesseert me omdat we als huisarts dagelijks geconfronteerd worden met problemen waar we geen concreet antwoord op hebben. De innovaties in de medische wereld evolueren zo snel dat navorming een cruciaal onderdeel is van het beroep als arts. Doorsnee navorming is niet altijd gericht op een maximale implementatie in de dagelijkse praktijk. Het leek me daarom interessant om ook een kwalitatieve insteek te hebben en te peilen bij de Gentse artsen naar hun ideeën over navorming en over de implementatie van kennis. Aan de georganiseerde navorming werd een voor-, tijdens- en natoets gekoppeld. Bij vorige navormingen die door de Huisartsenvereniging Gent (HVG) werden georganiseerd viel het op dat de respons op natoetsen telkens laag was. In de loop van dit onderzoek werd dat ook weer duidelijk. Dat was voor mij een motivatie om hier dieper op in te gaan.

1.2. Relevantie

Iedereen is het erover eens dat huisartsen zich continu moeten bijscholen om de kloof tussen de continu evoluerende kennis en de klinische praktijk te overbruggen. Elk land heeft op dit moment zijn eigen strategie om deze bijscholing te organiseren en te controleren. Het blijkt echter niet eenvoudig te zijn om bij de accreditering van artsen niet enkel te oordelen over de kwantiteit ervan, maar ook over de kwaliteit van de navorming.

Vlaanderen heeft een versnipperd navormingslandschap (1). Deze versnippering vindt men ook in het Gentse navormingslandschap terug. Er zijn veel verschillende partners die het organiseren van navorming op zich nemen. Niet enkel de navormingskringen en LOK's, maar ook ziekenhuizen, beroepsverenigingen zoals Domus Medica, de alumni-vereniging van de UGent, de farmaceutische industrie, het ICHO en nog andere partijen

nemen de organisatie van navormingen op zich (2). Er is op dit moment geen centraal punt waar deze navormingen een kwaliteitsbeoordeling krijgen. Artsen zijn dus aangewezen op hun eigen criteria om een keuze te maken uit het grote aanbod (1).

De Huisartsenvereniging Gent (HVG) tracht de huisartsen in dit kluwen van navormingsaanbod te helpen door te werken aan een vorm van kwaliteitsbeoordeling. Op hun website geven ze een aanzet tot inventarisatie van het navormingslandschap met een kwaliteitsbeoordeling van de navormingen. Dit gaat op dit moment niet verder dan de navormingen georganiseerd binnen de Gentse huisartsenkringen. Navormingen georganiseerd buiten de setting van de huisartsenkring, zoals in ziekenhuizen, vallen erbuiten. Op die manier tracht de HVG navormings-organisatoren en individuele huisartsen te helpen om een keuze te maken uit het versnipperde navormingslandschap. Eenmaal per jaar organiseert de HVG zelf een navorming waarbij er expliciet wordt gekeken naar een zo goed mogelijke kennisoverdracht en implementatie van de nieuw aangebrachte kennis in de dagelijkse praktijk. Deze navormingen worden telkens ook uitgebreid geëvalueerd. De navorming 'klinisch neurologisch redeneren' die in deze studie wordt besproken is er hier één van.

Dit project is een praktijk verbeterend project, binnen een praktijk door het geven van concrete tips voor implementatie van kennis, maar ook praktijk overschrijdend met de focus op de hele Gentse huisartsengroep en de organisatie van navorming en accreditering. Het is praktijk verbeterend door het in kaart brengen van het navormingsgedrag van Gentse huisartsen en hierdoor een opening te creëren voor toekomstige projecten rond navorming.

1.3. Kernproblemen

Er werden een aantal onderzoeksvragen vooropgesteld.

1. Wat is de impact van een navorming 'klinisch neurologisch redeneren' op de kennis van de Gentse huisartsen?
    a. Hoe scoren Gentse huisartsen op een kennistoets neurologie voor, tijdens en na de navorming 'klinisch neurologisch redeneren'?
    b. Wat zijn de factoren die de impact op de kennis bepalen?

2. Hoe gebruiken Gentse huisartsen de kennis uit de navorming 'klinisch neurologisch redeneren' in de dagelijkse praktijk?
    a. Hoe implementeren de Gentse huisartsen deze kennis in hun dagelijkse praktijk?
    b. Wat zijn de factoren die de implementatie van kennis beïnvloeden?

3. Wat zijn de factoren die de participatie aan de natoets bepalen?

1.4. Doelstelling van het project

De doelstelling van deze studie is enerzijds het evalueren van de navorming 'Klinisch Neurologisch Redeneren', anderzijds inzicht verwerven in de manier waarop Gentse huisartsen kennis uit navormingen toepassen in de dagelijkse praktijk.

De uiteindelijke doelstelling van dit praktijk verbeterend project is door de verworven inzichten beter te kunnen inspelen op de leerstijl van de Gentse huisartsen. Met de resultaten van dit onderzoek willen we eveneens enkele aanbevelingen formuleren voor de individuele huisarts en de navormingsorganisator.

2. Literatuur

2.1. Beschrijving van de zoekstrategie

De focus werd in deze manama thesis gelegd op het verzamelen en analyseren van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksresultaten. Er is een zeer ruim aanbod aan literatuur rond 'Continuing Medical Education' en 'Continuing Professional Development'. Het hoofdstuk literatuur werd daarom gebaseerd op enkele basisartikels en aangevuld met een systematische opzoeking rond bepaalde deelonderwerpen. Er werd getracht op deze manier een overzicht van de relevante basisliteratuur te bekomen. Artikels rond specifiekere deelonderwerpen en de bekomen ondezoeksresultaten werden gezocht via de zoekmachines PubMed en ERIC. Hierbij werd gebruik gemaakt van een aantal zoektermen die worden weergegeven in tabel 1. Deze zoektermen werden op verschillende manieren als MeSH termen gecombineerd. Er werd gebruik gemaakt van filters tijdens het zoeken. Zo werden de filters 'review' en 'recente artikels' gebruikt indien er te veel resultaten weergegeven werden. Bijkomend werden de referentielijsten van de interessante artikels bestudeerd en werd er gezocht naar vorige relevante scripties op de Icho website. Om actuele Belgische gegevens te betrekken werden enkele recente artikels uit het Tijdschrift voor Geneeskunde en Huisarts & Wetenschap gebruikt. Selectie van artikels gebeurde op basis van titel en abstract.

Tabel 1: gebruikte zoektermen
- "General Practice" OR "Family Practice"
- "Continuing Medical Education" (CME) OR "Continuing Professional Development" (CPD)
- "Accreditation"
- "Physician Learning"
- "(Program) Evaluation"
- "(Health Plan) Implementation"
- "Quality of health care"
- "Older physician"
- "Woman physician"
- "Solo Practice"

2.2. Hoe leren professionals?

Een essentieel kenmerk van een succesvol leerproces is voldoende interactie tussen de persoon die leert en de realiteit. Bij organisatie van voorgezet medisch onderwijs moet voldoende plaats worden toegekend aan het leggen van banden met de klinische praktijk (3).

In vergelijking met studenten in de basisopleiding hebben professionals andere leerstijlen en –objectieven. De andragogie – de leertheorie voor professionals – is uitgegroeid tot een denkkader waarbinnen het voortgezet

medisch onderwijs kan worden ontwikkeld en beoordeeld. Knowles identificeerde zes principes in de leertheorie voor professionelen (4):

1. Resultaatgerichtheid: Professionelen leren resultaatgericht. Ze vinden het belangrijk om te weten waarom het leren belangrijk is, wat men hiervoor moet doen en wat men uiteindelijk geleerd zal hebben.
2. Autonoom en zelfsturend: Professionelen hebben graag controle over de technieken en doelen binnen het leren.
3. Individuele ervaringen als basis: Professionelen hebben nood aan een verbinding tussen hun eigen, in de praktijk opgedane ervaringen en de leerinhoud.
4. Leernoden en relevantie: Professionelen hechten veel belang aan relevantie en moeten een motief hebben om iets te leren. De context moet bijvoorbeeld een bepaalde leernood creëren.
5. Praktijkgericht: Professionelen leren het best wanneer kennis in een realistische context wordt gepresenteerd.
6. Motivatie om te leren: Als ze met nieuwe kennis de kans krijgen om problemen in hun werk/leven op te lossen tonen professionelen een hoge motivatie om te leren.

2.3. Een goede navorming(5)

Davis et al. beschrijven in hun AMEE Education Guide over 'Continuing Medical Education' (CME) een aantal pijlers voor een goede navorming. Eerst en vooral moeten doelen en prioriteiten gesteld worden zodat de lesgever of organisator van tevoren bepaalt wat hij/zij de artsen wil meegeven.

Goede navorming vertrekt vanuit een onderzoek van de **leernoden** van de deelnemers. Deze noden kunnen zowel objectief als subjectief worden bevraagd met behulp van verschillende methodes zoals vragenlijsten, interviews, reflecties, literatuur review, peer review, gestandaardiseerde toetsen, etc. Aan de hand van het ontdekken van de leernoden kan men concretere eindpunten bepalen voor het maken van een goede navorming.

CME gaat verder dan enkel het vergroten van kennis over een bepaald onderwerp. Men wil dat er een hoger niveau wordt bereikt met navorming dan enkel het kennisniveau. Het gaat hierbij over het toepassen van de kennis in de dagelijkse praktijk en het veranderen van gewoontes. Het effect van CME op verandering in de klinische praktijk is vaak laag en is afhankelijk van graad van **interactiviteit, discussie, lokale consensus**, **feedback op persoonlijk medisch handelen en het maken van een plan binnen de groep**. Dit betekent dat er op verschillende niveaus (dokter, team, lokale kringen, regio's) samenhangende doelen en strategieën moeten worden bepaald (6). De implementatie van kennis in de dagelijkse praktijk is afhankelijk van strategieën die gebruikt worden tijdens de navormingen om de implementatie te vergroten (7).

De **lesgever** is een cruciale factor in bij CME, aangezien het van de lesgever afhangt wat de inhoud van een navorming zal zijn. De lesgever bepaalt niet alleen de leerpunten en de leerdoelen, maar ook de stijl van lesgeven. De autoriteit van de lesgever is eveneens van belang voor een goede navorming.

De **vorm** van de navorming is afhankelijk van verschillende factoren: de grootte van de groep, de graad van interactiviteit. Bij kleine groepen is het leren vaak meer georiënteerd naar de deelnemers, terwijl dat bij grote groepen meer naar de spreker is. Vandaag wordt steeds meer gebruik gemaakt van afstandsonderwijs waarbij het internet een cruciale rol speelt. Het voordeel is dat artsen de navorming kunnen volgen op het moment dat voor hen passend is. Op korte tijd is deze vorm van onderwijs zeer populair geworden. Ook gaan er stemmen op voor het portfolio gebaseerd leren waarbij elke arts een persoonlijk archief bijhoudt van zijn of haar individuele leeragenda, kennistoetsen, gevolgde bijscholingen en zelfreflecties. Dit portfolio kan eveneens gebruikt worden voor accreditering.

2.4. Selectie van een navorming

Artsen selecteren navormingen op basis van een aantal persoonlijke criteria. Artsen zijn vaak geneigd om onderwijsactiviteiten te kiezen die aansluiten bij wat ze al kennen, terwijl men juist een toename in de zorgkwaliteit ziet als artsen onderwerpen kiezen die niet hun eigen voorkeur krijgen (8). Sommige artsen trachten bijscholingen te kiezen op basis van hun eigen leernoden. Het is echter moeilijk voor artsen om hun eigen leernoden goed te kennen. Dit werd gerapporteerd door onderzoek waarin er een lage correlatie bleek te zijn tussen zelfevaluatie door artsen en hun prestaties op een objectieve kennistoets (9). Regelmatig toetsen van hun eigen kunnen door het maken van kennistoetsen kan artsen helpen om beter inzicht te krijgen in hun eigen leernoden. Feedback systemen zijn een belangrijk hulpmiddel om artsen te helpen bij het proces van zelfevaluatie (5). Bij de Gentse huisartsen zijn voornamelijk het tijdstip en plaats van de navorming, de relevantie voor de huisartsenpraktijk, de interesse in het onderwerp en of de navorming al dan niet door de eigen kring wordt georganiseerd factoren die artsen als belangrijk aangeven voor het maken van een keuze binnen het navormingslandschap. De vorm van de bijscholing werd door de Gentse artsen als een minder belangrijk criterium beschouwd (2).

2.5. Evaluatie van een navorming

Het is belangrijk om bij het organiseren van navorming te streven naar evaluatie op het hoogst haalbare niveau. Moore maakte een model voor een resultaten-gebaseerde CME evaluatie (10) (zie box 1). De tabel wijst uit dat de lagere niveaus (1-3) gemakkelijk te onderzoeken zijn. De hogere niveaus zijn moeilijker te onderzoeken en hebben bronnen nodig die vaak niet direct ter beschikking zijn. Bovendien zijn de hogere niveaus vaak niet alleen afhankelijk van arts gebonden factoren, maar ook van patiëntgebonden factoren en overheidsfactoren.

Box 1. Zes niveaus van Moore voor een resultaten-gebaseerde CME evaluatie			
Niveau	**Resultaat**	**Definitie**	**Hoe te meten**
1	Participatie	Aanwezigheid	Enquête, aanwezigheidslijsten
2	Tevredenheid	Tevredenheid van de deelnemer	Enquête
3	Leren	Veranderingen in kennis, vaardigheden of attitude	Toetsen op verschillende momenten voor en na de navorming
4	Toepassing	Veranderingen in praktijkvoering	Zelf gerapporteerde perceptie van deelnemers, dossier gegevens
5	Patiënten-niveau	Veranderingen in gezondheid van de patiënt	Toegang tot patiënten gegevens
6	Populatieniveau	Veranderingen in gezondheid van de populatie	Epidemiologische gegevens

2.6. Accreditering

Het krijgen van een credit voor deelname aan een navorming is historisch gegroeid uit het feit dat artsen zich moeten engageren tot levenslang leren, veranderingen bijhouden en zijn of haar kennis en vaardigheden blijven onderhouden (11). Bovendien werd dit in vele landen een wettelijke verplichting. Onderzoek wees uit dat de theoretische kennis van artsen vermindert na tien jaar praktijkervaring en daalt tot onder het niveau van afstuderen (12, 13). Accrediteren betekent het krijgen van een credit voor een welbepaalde CME activiteit. Verschillende landen hebben hun eigen accrediteringssystemen. In de Verenigde Staten bestaat het systeem van 'Recertification', waarbij artsen elke paar jaar een hercertificering moeten afleggen om gecertificeerd te kunnen blijven werken. Op deze manier zijn ze in staat om artsen te identificeren die niet in staat zijn om te voldoen aan de normen (14). In Europa is deelname aan CME programma's in de meeste landen vrijwillig, maar wordt accreditering beloond door een hogere verloning, en beschouwt men het als een morele verplichting om zich bij te scholen.

In België moet men om geaccrediteerd te zijn deelnemen aan verplichte navorming. Men kan als arts echter ook kiezen om niet geaccrediteerd te werken. Het RIZIV definieert 'accreditering' als: "het engagement van artsen en tandartsen om een kwalitatief hoogstaande dienstverlening te garanderen, via navorming, 'peer review' en over het algemeen ook een drempelactiviteit van een minimum aantal patiëntencontacten (15).

De voorwaarden voor accreditering in België zijn:

- Minimum 1250 patiëntencontacten per jaar hebben
- 20 creditpoints (CP) verzamelen door het volgen van navormingen
- Minimum 3 creditpoints verzamelen binnen het gebied ethiek en economie
- Minimum 2 LOK – bijeenkomsten per jaar bijwonen (1u/1CP, >2u/2CP)

Een LOK is een 'Lokale Kwaliteitsgroep'. Het is een groep van 8 tot 25 collega – artsen die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (peer review) om de zorgkwaliteit te verbeteren.

Het Belgische accrediteringssysteem is beperkt tot een louter administratief gebeuren waarbij aanwezigheden op bijscholingen de basis van de accreditering vormen. Bij deze accreditering wordt op geen enkele manier de kwaliteit van het medisch handelen geëvalueerd, terwijl dat wel de doelstelling is van continue professionele ontwikkeling (1). Het geven van CP per uur deelname aan een bijeenkomst is controversieel. Dit verhoogt echter enkel het niveau van participatie maar gaat voorbij aan de rationale van het levenslang leren. De verkregen CP staat garant voor de deelname aan een navormingsactiviteit maar zegt niets over de effectiviteit van de navorming. Critici geven aan dat het geven van CP beter kan gekoppeld worden aan een relatief waardesysteem dat een hogere waarde toekent aan activiteiten die bewezen praktijk verbeterend zijn, zodat accreditering in functie staat van kwaliteit van CME en CPD en niet andersom (5, 16). In Vlaanderen is recent het initatief 'together we change' ontstaan (17). Hierin wordt beschreven dat men streeft naar het uitbouwen van een portfolio gebaseerd accrediteringssysteem: een persoonlijk CPD-plan dat gekoppeld is aan het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Op die manier zou het mogelijk zijn om het werkelijke functioneren van artsen te koppelen aan accreditering.

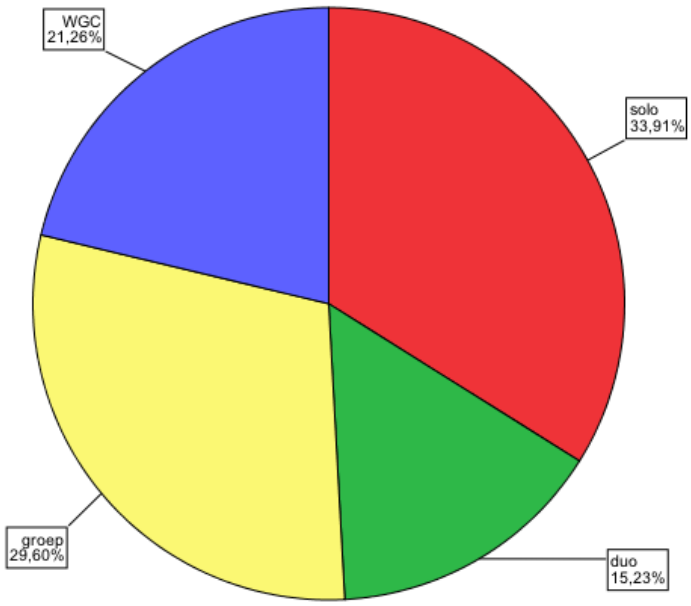
2.7. Feedback

Een feedback systeem impliceert communicatie over de eigenlijke praktijkvoering van de betreffende arts, de praktijkvoering van collega's en de standaarden voor goede praktijkvoering. Een feedback systeem is belangrijk om artsen aan zelfevaluatie te laten doen en om een betere implementatie van kennis in de praktijk te bekomen. Hoe sneller de feedback kan worden gegeven, hoe beter (5, 6).

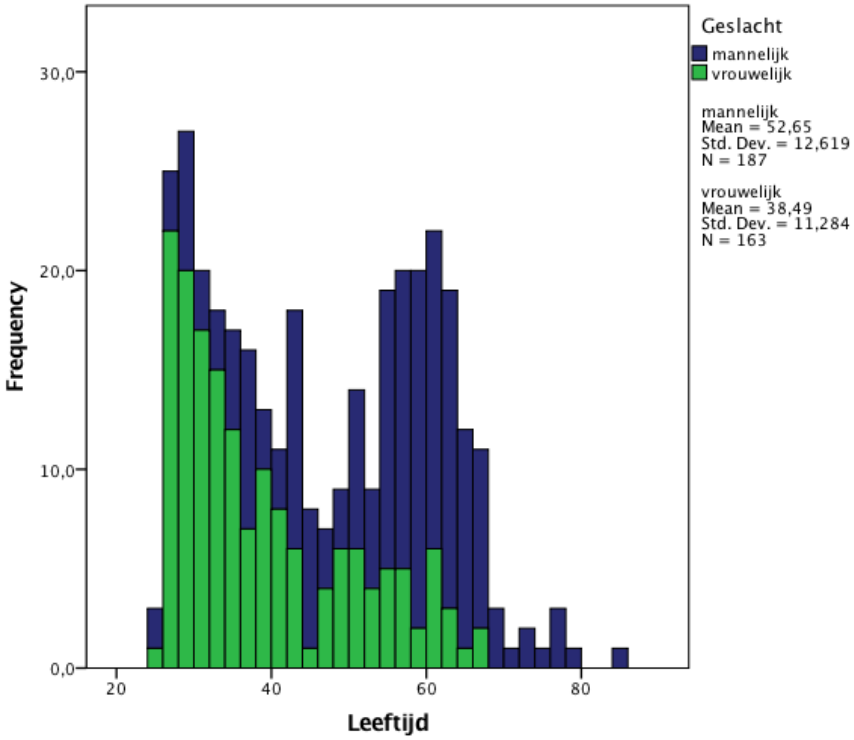
3. Onderzoeksmethode

3.1. Hoe ziet de totale Gentse huisartsenpopulatie eruit?

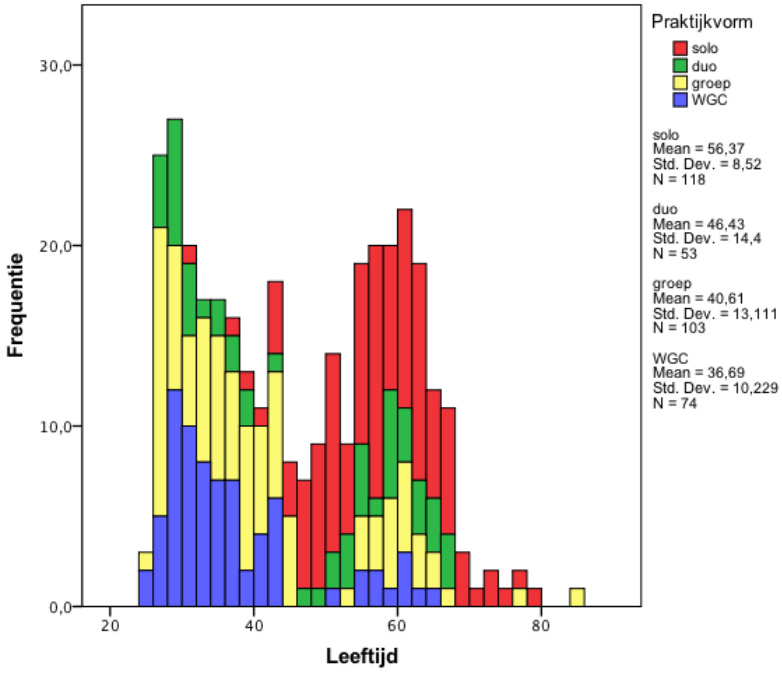
Op het moment van de organisatie van de navormingen bestond de huisartsenvereniging Gent (HVG) uit een totaal van 350 leden, waarvan 53,4% vrouwen en 46,6% mannen. Afbeelding 1 geeft de frequentie van de praktijkvormen van de artsen weer. Afbeelding 2 geeft de verdeling van de leeftijd in de totale groep weer bij mannen en vrouwen. Het valt op dat er twee pieken zijn in de leeftijd van de Gentse artsen: één rond de leeftijd van 30 jaar en één rond de leeftijd van 60 jaar. Jonge artsen bleken vaker vrouwen te zijn. Deze correlatie is statistisch significant ($p<0,001$). Ook vonden we een duidelijke correlatie tussen leeftijd en praktijkvorm ($p<0,001$), waarbij oudere artsen vaker solo werken dan jongere artsen (zie afbeelding 3).



Afbeelding 1: Frequentie van Praktijkvormen bij Gentse huisartsen (n=350) in percentages. (WGC = Wijkgezondheidscentrum)



Afbeelding 2: leeftijd van de Gentse huisartsen (n=350) bij mannen en vrouwen



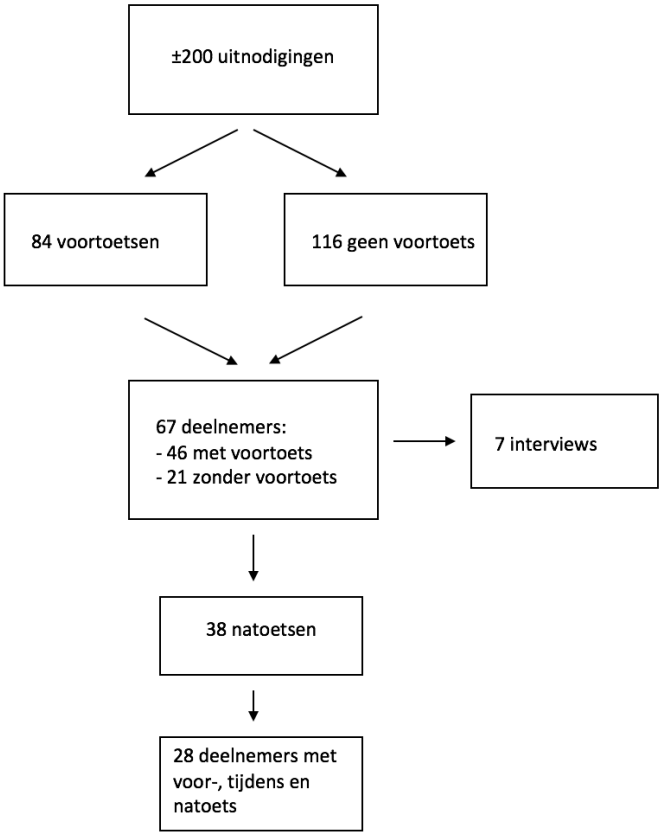
Afbeelding 3: leeftijd van de Gentse huisartsen (n=350) bij verschillende praktijkvormen. (WGC = Wijkgezondheidscentrum)

3.2. Organisatie van de navorming en rekrutering van de deelnemers

Bij het organiseren van de navorming kozen we ervoor om samen te werken met de bestaande Gentse navormingskringen. Deze navorming werd aangeboden aan zes Gentse navormingskringen en in hun vaste navormingskalender ingepland. Een uitnodiging voor deelname aan de navorming werd per e-mail verstuurd aan de verantwoordelijke van de desbetreffende navormingskringen, die op hun beurt de uitnodiging verstuurden aan de leden van hun kring (Circuit, Gent-Centrum, Sint-Amandsberg, Destelbergen, Gentbrugge-Ledeberg, Oostakker). Hierbij ging het om ongeveer 200 verstuurde uitnodigingen. Gent telt 350 huisartsen, waarvan er 150 geen uitnodiging kregen. Enkele navormingskringen vielen buiten deze studie omdat bij hen de betreffende navorming reeds eerder buiten het kader van deze studie werd uitgevoerd. Andere artsen kregen geen uitnodiging omdat zij geen lid waren van een navormingskring. Per sessie waren er 5 tot 25 deelnemers aanwezig.

De navorming werd geoptimaliseerd door toepassing van enkele methodes om interactiviteit te bevorderen (5). Er werd vooraf een kennistoets (voortoets) georganiseerd met een peiling naar lacunes in kennis en specifieke vragen bij de deelnemers. Deze kennistoets werd vooraf samengesteld in samenspraak met drie onafhankelijke neurologen (Dr. L. Algoed, Dr. Jan Debruyne en Dr. Koen Paemeleire) en werd ingevuld door 84 artsen (zie afbeelding 4). Tijdens de les werd gewerkt met concrete casussen uit de dagelijkse praktijk en met een simulatie van het klinisch onderzoek op een simulatiepatiënt om het toepassen gemakkelijker te maken. Aan de deelnemers werden door de lesgever continu vragen gesteld die hun redeneervermogen stimuleerden en uiteindelijk leidden tot een einddiagnose voor elke casus. Aan het einde van de les werd met behulp van een audience-respons systeem (Turning Point) de toets opnieuw gemaakt door de deelnemers (tijdens toets), dit keer met het live visualiseren van de antwoorden van de deelnemers en met live feedback van de lesgever. In totaal namen 67 artsen deel aan de navorming.

Na de navorming werden de PowerPointpresentatie en enkele kernboodschappen verstuurd naar alle aanwezigen. De presentatie bevatte enkele kapstokken die implementering van de kennis in de dagelijks praktijk moesten bevorderen. Drie maanden na de navorming werd opnieuw een kennistoets verstuurd via e-mail. Omwille van de lage respons werden minimum drie herinneringen verstuurd, werd aan de navormingsverantwoordelijken gevraagd om hun leden aan te sporen de natoets in te vullen en werden sommige artsen ook telefonisch gecontacteerd om hen aan te moedigen deel te nemen. De natoets werd uiteindelijk door 38 van de 67 aanwezige artsen ingevuld. Er waren 28 artsen die aanwezig waren op de navorming en zowel de voor-, tijdens- als natoets invulden.



Afbeelding 4: Participatie van de Gentse huisartsen aan een navormingsproject over klinisch neurologisch redeneren. Voortoets één maand voor de navorming (Survey Monkey) – Tijdens toets aan het einde van de navormingssessie (Turning point) – Natoets drie maanden na de navorming (Survey Monkey)

3.3. Gegevensverzameling en analyse

Voor het beoordelen van de navorming 'klinisch neurologisch redeneren' gingen we kijken naar de niveaus van Moore voor evaluatie van CME. Er werd besloten te evalueren tot niveau 4: toepassing in de dagelijkse praktijk. Een overzicht van de onderzoeksmethoden wordt weergegeven in Box 2.

Box 2. Toepassing van de zes niveaus van Moore op de navorming 'klinisch neurologisch redeneren'

Niveau	Resultaat	Methode
1	Participatie	Vragenlijst gekoppeld aan de natoets (zie bijlage 6)
2	Tevredenheid	Vragenlijst gekoppeld aan de natoets (zie bijlage 6)
3	Leren	Kennistoets die één maand voor, tijdens en drie maanden na de navorming werd afgenomen (zie bijlage 3)
4	Toepassing	Interviews bij artsen die deelnamen aan de navorming (toestemmingsformulier en draaiboek: zie bijlages 4 en 5)
5	Patiënten-niveau	Niet haalbaar in deze setting
6	Populatie-niveau	Niet haalbaar in deze setting

3.3.1. Kwantitatief luik: vragenlijsten en kennistoets

Vragenlijsten (zie bijlage 6)

Samen met de natoets werd drie maanden na de navorming eveneens een korte vragenlijst verstuurd via Survey Monkey met vragen rond participatie en tevredenheid. De deelnemers werden gevraagd een score te geven van 1 tot 5 op vragen over het tijdstip, relevantie van het onderwerp, vorm en methode van de navorming, de spreker en het effect van de navorming op de verdere praktijkvoering. Dit evaluatieformulier werd meegestuurd met de natoets en werd ingevuld door 38 artsen (zie afbeelding 4, p. 16).

Kennistoets (zie bijlage 3)

Eén maand voor en drie maanden na de navorming werd een kennistoets neurologie verstuurd via Survey Monkey. De kennistoets werd samengesteld door de lesgever in samenspraak met drie neurologen. Tijdens de navorming werd diezelfde kennistoets afgenomen bij de deelnemende artsen via Turning Point. De resultaten van deze toetsen werden verzameld in SPSS. Er werd bij elke toets een score op 10 berekend door het eenvoudig optellen van de punten. Er werd geen gebruik gemaakt van een giscorrectie. Vragen 9 en 10 werden in de resultaten niet besproken aangezien ze in de les niet behandeld werden.

3.3.2. Kwalitatief luik: Semigestructureerde diepte-interviews

Voor het onderzoeken van de toepassing van de kennis in de dagelijkse praktijk en de factoren die participatie aan de natoets bepalen werd gebruikt gemaakt van semigestructureerde diepte-interviews. De deelnemers voor de interviews werden geselecteerd op basis van enkele selectiecriteria:

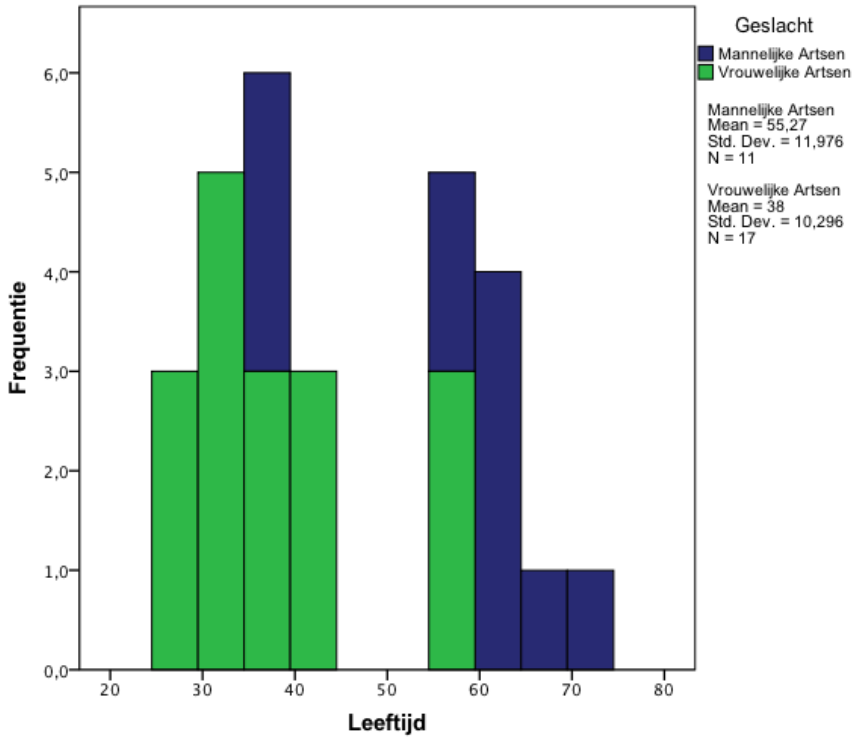
a. Deelname aan de navorming.
b. Bereidheid tot deelname aan het interview.
c. Zo groot mogelijke variatie in leeftijd en geslacht: 5 vrouwen en 2 mannen, met leeftijden tussen 30 en 67 jaar.

In totaal boden zich na uitnodiging via e-mail en telefoon zeven deelnemers aan voor de interviews en van deze deelnemers werden interviews afgenomen. Het tijdstip van de interviews was ongeveer drie maanden na het plaatsvinden van de navormingssessie. De interviews werden letterlijk uitgetypt en er gebeurde een thematische analyse van de data met behulp van het softwareprogramma NVivo. Er werden codetabellen opgesteld en vervolgens werden de gegevens anoniem verwerkt tot een tekst.

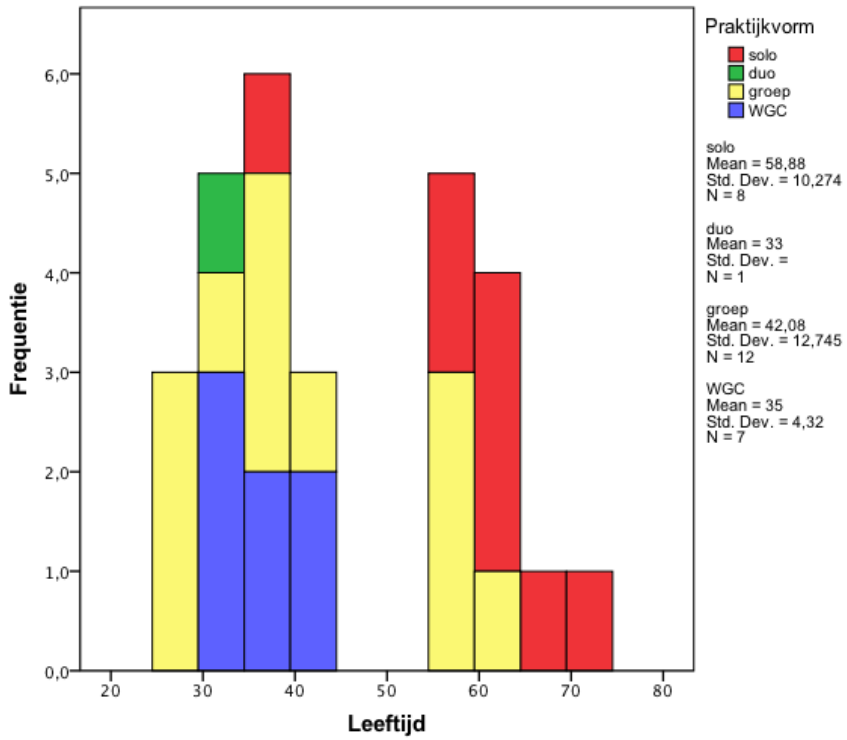
4. Resultaten

4.1. Beschrijving van de deelnemers

Er waren 28 deelnemers die de drie toetsen invulden. Er was in deze kleine groep een significante correlatie (p<0,001) tussen leeftijd en geslacht, waarbij de gemiddelde leeftijd van de mannen hoger lag dan die van de vrouwen (zie afbeelding 5). Eveneens was er een significante correlatie tussen leeftijd en praktijkvorm (p<0,001) waarbij oudere artsen vaker solo werkten en een significante correlatie tussen geslacht en praktijkvorm (p<0,001) (zie afbeelding 6).



Afbeelding 5: Leeftijd en geslacht van de deelnemers (n=28)



Afbeelding 6: Leeftijd en praktijkvorm van de deelnemers (n=28)

Er werd een vergelijking gemaakt tussen de totale groep van Gentse huisartsen (n=350) en de 28 deelnemers die het gehele traject doorliepen. Hierbij keken we naar de variabelen geslacht, leeftijd en praktijkvorm. De hierboven beschreven kenmerken vinden we eveneens terug bij de totale Gentse huisartsenpopulatie (n=350).

Om te bekijken of het geslacht in de deelnemersgroep vergelijkbaar is met de totale populatie werd een 'Chi-Square test' uitgevoerd. Er was geen significant verschil in geslacht tussen de twee groepen (Chi-Square = 2,447; p = 0,118). De leeftijd werd vergeleken aan de hand van een 'Independent Samples T-Test' waarbij bleek dat de leeftijd van de deelnemers niet statistisch significant verschillend van de leeftijd in de totale populatie (p = 0,615). Er was ook geen significant verschil in praktijkvormen tussen de twee groepen. (Chi-Square = 0,473; p = 0,789). Bij deze berekening werden duo- en groepspraktijken samengevoegd omdat de aantallen in de individuele groepen anders te klein waren. Solo-artsen en WGC-artsen werden wel als een aparte groep beschouwd.

4.2. De impact van de navorming op de kennis van de deelnemers – Kwantitatief luik

4.2.1. Verschil in kennis voor, tijdens en na de navorming

In onderstaande tabellen worden de scores per vraag (zie tabel 3) en de totale scores op tien punten (zie tabel 2) weergegeven van de groep van 28 artsen die deelnamen aan alle toetsen. In tabellen 2 en 3 zien we een toename van het aantal juiste antwoorden bij de tijdens-toets en een afname van de scores bij de natoets. Vraag 9 en 10 kwamen niet aan bod in de les. In tabel 3 zien eveneens we dat deze vragen minder goed werden beantwoord op de tijdens toets dan op de voortoets. Daarom werden deze beschouwd als niet relevant en werden ze weggelaten uit de berekening van de totale scores en eveneens uit alle volgende resultaten. De totale scores voor en na stijgen van 5,26/10 naar 5,62/10. Er werd een 'Paired Samples Test' uitgevoerd. De stijging tussen voor- en de natoets bleek niet statistische significant ($p = 0,443$). Het verschil in score tussen enerzijds de voor- en de tijdens toets ($p < 0,001$) en anderzijds de tijdens- en de natoets ($p < 0,001$) is wel statistisch significant. Er werd dus beduidend beter gescoord op de tijdens toets dan op de voor- en natoets.

Tabel 2. Totale Score op 10 (n=28)

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard Deviatie
Totaal voortoets	2,50	8,75	5,26	1,534
Totaal tijdens toets	3,75	10,00	7,58	1,629
Totaal natoets	2,50	8,75	5,62	1,847

Tabel 3. Percentage juiste antwoorden per vraag (n=28)			
Vraag	**Voortoets**	**Tijdens toets**	**Natoets**
1. Bij multiple sclerose is de n. opticus frequent aangetast. Wat is geen functie van de n. opticus?	71,4	76,0	71,4
2. Een vrouw van 45 jaar lijdt al 20 jaar aan diabetes type I en heeft haar behandeling verwaarloosd. Ze heeft een uitval van haar n. oculomotorius rechts. Welke afwijking zal ze niet vertonen?	57,1	78,6	42,9
3. Een jonge vrouw van 35 jaar lijdt aan een acute verlamming van Bell. Welk deel van haar gelaat is aangetast bij een verlamming van de linker n. facialis?	71,4	96,4	78,6
4. Een jongeman van 28 jaar wil getest worden omdat hij rechts minder goed hoort en vreest geluidschade te hebben. Welke stelling i.v.m. gehoor en stemvorktesten is fout?	46,4	67,9	46,6
5. Een man van 70 jaar heeft een aantal weken geleden een uitgebreid CVA doorgemaakt in de rechter hemisfeer, waarvan hij slechts gedeeltelijk gerecupereerd is. Welke afwijking zal hij links niet vertonen?	25,0	78,6	46,6
6. Een vrouw van 75 jaar, heeft problemen met haar evenwicht. Dit gebeurt volgens haar vooral in het donker. Ook bij de proef van Romberg is er vooral een evenwichtsstoornis met de ogen gesloten (wankelen in alle richtingen). Dit wijst op welke stoornis:	21,4	53,6	39,3
7. Welke test of testen zullen niet gestoord zijn bij een proprioceptieve stoornis?	39,3	74,1	46,4
8. Welke test zal niet gestoord zijn bij cerebellair lijden?	89,3	96,3	78,6
9. Een vrouw van 50 jaar heeft o.a. een hypo-esthesie van de duim. Dit kan veroorzaakt worden door een letsel van	53,6	51,9	71,4
10. Een man van 45 jaar heeft een aantasting van wortel S1 t.g.v. een discushernia L5- S1. Naast pijn en paresthesieën kan hij volgende motorische gevolgen hebben? Eén hiervan is niet correct?	64,3	55,6	60,7

4.2.2. Kennis bij de grote groep artsen

Er waren uiteraard meer dan 28 artsen die aan de deeltoetsen deelnamen (zie afbeelding 4, p. 16). Om een beter beeld te krijgen van het verschil in kennis tussen 28 artsen die aan alle toetsen deelnamen en de grote groep van Gentse huisartsen die één of twee deeltoetsen invulden, geven we in tabel 4 de resultaten van deze grote groep weer. Er is een klein verschil tussen de kleine (n=28) en de grote groep, maar de resultaten lopen niet meer dan 0,04/10 punten uiteen. Ook hier werden vraag 9 en 10 niet opgenomen in de resultaten. Om te bekijken of deze scores significant verschilden werd een 'independent samples T-test' uitgevoerd waarbij de deelnemers op alle toetsen (n = 28) werden vergeleken met de niet-deelnemers. Er bleek geen significant verschil tussen scores op voor- (p = 1), tijdens (p = 0,127) en natoets (p = 0,918). Onze kleine groep is dus een weerspiegeling van de grotere groep.

Tabel 4. Totale Score op 10 bij alle deelnemers op de verschillende deeltoetsen

	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard Deviatie
Totaal voortoets (n=84)	2,50	8,75	5,26	1,681
Totaal tijdens toets (n=67)	1,25	10,00	7,20	1,923
Totaal natoets (n=38)	2,50	8,75	5,64	1,733

4.2.3. Verschillen in scores bij de subgroepen (n=28)

Als we de resultaten van naderbij bekijken, zien we een verschil in score tussen de vrouwelijke en mannelijke artsen, en dit vooral bij de natoets. Deze correlatie van het geslacht en de natoets is statistisch significant (p = 0,023). Deze correlatie bestaat niet bij de voor- (p = 0,677) en de tijdens toets (p = 0,086).

Er blijkt eveneens een significante correlatie te bestaan tussen de scores op de natoets en de leeftijd: jongere artsen scoren iets beter (p = 0,030). Er was geen significante correlatie tussen de leeftijd en de voor- (p = 0,104) en tijdens toets (p = 0,123).

Solo artsen (n = 8) bleken significant minder goed te scoren op de natoets (p < 0,001) dan artsen uit een duo-, groepspraktijk of WGC (n = 20). Hierbij werden deze als twee groepen vergeleken waarbij de artsen uit een duo-, groepspraktijk en WGC als één groep werden bekeken. Er was geen correlatie tussen scores op de de voor- (p = 0,813) en de tijdens toets (p = 0,259) en praktijkvorm.

4.3. Toepassing van de kennis in de dagelijkse praktijk – Kwalitatief luik

In dit hoofdstuk worden relevante codes uit de interviews weergegeven in codetabellen. De codes worden telkens toegelicht in de daaropvolgende tekst. Aan het einde van de quotes wordt telkens tussen haakjes weergegeven: nummer interview, geslacht respondent, leeftijd respondent.

4.3.1. Niveau van toepassing van de kennis in de dagelijkse praktijk (codetabel 1)

Codetabel 1: toepassing van de kennis in de dagelijkse praktijk
• Kapstokken • Grondiger klinisch onderzoek • Meer overzicht over neurologie en gestructureerder denken • Betere verwijsbrief

Het niveau van implementatie was afhankelijk van deelnemer tot deelnemer. De meeste respondenten vonden dat de navorming **kapstokken** aanreikte om een grondiger klinisch onderzoek te kunnen verrichten. *"Ik vond dat eigenlijk een heel goed gebrachte navorming, gestructureerd en eenvoudig met een paar kapstokken waardoor dat je het toch beter in de praktijk kunt brengen. Zoals bij die gangstoornissen of evenwichtsstoornissen, cerebellaire stoornissen of diepe gevoeligheid. Ik vind dat dat helpt om beter te onthouden." (2, V, 30j)*

Het klinisch onderzoek was bij enkele respondenten ook **meer doordacht** en beredeneerder. *"Dat ik er toch aan terug denk en dat ik me wel probeer te herinneren van - wat hebben we daar nu over gezegd, hoe moesten we daar nu aan beginnen. Bijvoorbeeld, ik zag laatst een man met recidiverend vallen. En dan – proberen nagaan van aan welk systeem kan dat hier nu liggen. Mijn onderzoek was zeker anders door de bijscholing." (2, V, 30j)*

De navorming hielp enkele respondenten om betere **verwijsbrieven** te schrijven naar een neuroloog. *"Dat er iemand kwam met een verminderd gehoor langs één kant, dat je die gehoortesten toch doet en meer nadenkt, in plaats van gewoon door te sturen, dat je zelf een keer nadenkt van wat het zou kunnen zijn. Dan kun je dat op uw verwijsbrief zetten, dat is wel beter denk ik. Voor uzelf ook he." (4, V, 30j)*

4.3.2. Factoren die de implementatie in de dagelijkse praktijk beïnvloeden (codetabel 2)

Uit de interviews kwamen enkele negatieve feedbackpunten waardoor het voor enkele respondenten moeilijk was om de aangebrachte kennis uit de navorming in de praktijk te implementeren. Deze negatieve feedback zal verder worden beschreven in de procesevaluatie.

Codetabel 2: barrières voor implementatie

• Te weinig inoefening
  o Frequentie
  o Tijdsgebrek
• Slechte voorkennis
• Snelle verwijzing naar specialist
• Niet willen blunderen bij patiënt

Een zeer belangrijke barrière voor implementatie van de kennis uit deze navorming neurologie was het gebrek aan inoefening door de **lage frequentie** van neurologische casussen. Opvallend was het verschil in mening hierover tussen verschillende artsen. *"Het is zodanig iets dat niet zoveel voorkomt, dat dat niet in mijn hoofd allemaal blijft hangen." (3, V, 30j) "Vooral de klacht duizeligheid, evenwichtsstoornissen. 'Ik heb het gevoel dat ik niet goed kan stappen'. Dat zie je toch wel veel. Hoe lang is dat geleden die navorming… Als er mensen komen met het gevoel: ik kan niet goed stappen, dat ik mijn evenwicht verlies – is dat eigenlijk al een neurologische klacht (…). En ik heb ook een nieuwe parkinson gehad." (6, V, 31j)*

Tijdsgebrek was een andere belangrijke factor die implementatie belemmerde en werd door enkele respondenten aangebracht. *"Wij moeten enorm veel luisteren. En er zijn hoe langer hoe meer oude mensen waar je tijd in moet steken, die je tijd moet geven. En dan is de vraag – moet ik dat neurologisch goed kennen of moet ik nu luisteren naar die mens die in nood is. Dat is eigenlijk een beetje onze keuze die we voortdurend moeten maken." (1, V, 67j)*

Snelle verwijzing naar een neuroloog is een andere factor die meespeelt. Hierbij kiezen artsen voor verwijzing in plaats van het zelf uitwerken van een casus. *"We zeggen: oei dat is niet pluis – neurologisch: hop, neuroloog. En die werkt alles uit. En zo word je lui van geest he." (5, M, 67j)*

Het **niet willen blunderen bij een patiënt** werd door een van de oudere artsen aangebracht als barrière voor het implementeren van nieuwe kennis uit een navorming. *"Je moet worstelen tegen gewoonten. Je moet breken met oude gewoonten, met oude angsten, met oude onzekerheden. Nieuwe onzekerheden erbij nemen en dan de nieuwe kennis implementeren, met het gevaar dat het misloopt. Maar men grijpt altijd naar wat je goed kent. Men wil niet blunderen. Dat is de grote moeilijkheid van implementatie." (5, M, 67j)*

4.4. Participatie aan de natoets

Bij de organisatie van vorige navormingen door de HVG bleek dat de participatie aan de natoets een probleem was. Omwille van die reden werd deze participatie van naderbij bekeken. In volgende puntjes worden de resultaten weergegeven van een korte kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie.

4.4.1. Participatie aan de natoets

In totaal namen 38 van de 67 deelnemers (56%) deel aan de natoets. De participatie aan de natoets bleek (correlatietest) niet afhankelijk van leeftijd (p = 0,261), geslacht (p = 0,860) of praktijkvorm (p = 0,223).

4.4.2. Factoren die de participatie aan de natoets bepalen (codetabel 3)

Codetabel 3: barrières voor het invullen van de natoets

• Tijdsgebrek
• Gebrek aan interesse in de natoets
  o Te veel tijd tussen navorming en natoets
  o Het nut van de natoets niet inzien
  o Uitstelgedrag
• Controlerend gevoel
• Angst voor gezichtsverlies
• Niet anoniem
• Eerst nog willen herhalen
• Geen accrediteringspunten

Tijdsgebrek werd beschreven als een belangrijke barrière voor het invullen van de natoets. *"Tijdsgebrek is een belangrijke factor om dergelijke "taakjes" uit te voeren. We zijn allen druk in de weer om onze job goed in te vullen, niet enkel het klinisch werk, ook de vele administratieve taken die er ieder jaar bijkomen, wegen door." (e-mail)*

Er bleek een **gebrek aan interesse** om de natoets in te vullen. Als reden hiervoor werd aangegeven dat er een **te groot tijdsvenster was tussen de navorming zelf en de natoets**. Het was daarom moeilijk voor de artsen om zich nog iets van de navorming te herinneren. *"Ik denk dat dat daarom komt dat het zo weinig wordt ingevuld, omdat dat laat is. Dat is al lang uit u hoofd." (6, V, 31j) "Wij vinden echter dat de tijdspanne tussen de "les" en de natoets veel te ver uiteen liggen. Mocht die natoets max 2 weken na de "les" komen dan zouden we voor een groot deel ons kunnen beroepen op ons geheugen en zou het maken van de natoets beter ingeprent zitten in ons brein." (e-mail)*

Sommige artsen hadden een sterk **controlerend** gevoel door de natoets wat hen ervan weerhield om deze in te vullen. *"Ik weet dat dat bij veel artsen speelt, dat controlerend effect." (7, M, 58j)*

Een opvallende, en ook veel voorkomende reden om de natoets niet in te vullen was **angst voor gezichtsverlies**. *"Een van de drempels is gezichtsverlies. (…) Als ik dat met de collega's bespreek hoor ik dat. Collega's van mijne leeftijd kunnen zich niet meer permitteren om gezichtsverlies te lijden door slecht te scoren op een test." - "En ooit heb ik een collega gehad die iets ouder was dan mij en die zei: ik ga er niet aan beginnen aan HAIO's opleiden want dan moet je al uw standaard kennen, ik ken dat niet dus ik ga dat niet kunnen. Die collega was toen eind vijftig. Beslagen huisarts in alles en nog wat. Hij vond zich dus inderdaad helemaal niet goed om dat te doen. Die was heel onzeker." (7, M, 58j)*

Het feit dat een andere arts – collega de resultaten te zien krijgt en dat de toets hierdoor **niet anoniem** was, bleek voor sommige artsen een barrière om de toets in te vullen. *"Ik denk dat – ik denk dat veel artsen graag zichzelf willen laten toetsen, maar er nooit toe komen omdat ze zeggen: het slechtste wat ze kunnen doen is: de ene arts de andere laten bevragen he – dat is voor onder tafel te zinken denk ik. Dat wil niemand. Maar zelf aan de slag in uw eigen omgeving zonder pottenkijkers…" (7, M, 58j)*

Een aantal artsen waren wel geïnteresseerd in het invullen van de natoets maar vertoonden uitstelgedrag omdat ze **eerst de les nog eens wilden herhalen**. *"En dan zijn er nog zo'n paar dingen dat ik ook voel – ik ga het eerst nog een keer bekijken. Dat heeft daarmee te maken natuurlijk he. Op de lange baan schuiven dat je de dingen niet goed kunt doen." (7, M, 58j)*

Eén van de artsen merkte op dat er waarschijnlijk meer respons geweest zou zijn als de natoets aan de **accrediteringspunten** gekoppeld zou zijn.

4.5. Selectie van een bijscholing

In de interviews werd bijkomend gepeild naar de manier waarop deze artsen hun keuze maken uit het navormingslandschap. In Codetabel 4 worden de belangrijkste codes hieromtrent weergegeven.

Codetabel 4: criteria voor selectie van een navorming

• Aanbod bepaalt
• Huisartsrelevant
• Thema
  o Selectie op basis van interesse
  o Selectie op basis van hiaten in kennis
• Vorm - Niveau van interactie
• Betrouwbaarheid bron – niet gesponsord – goede spreker
• Collega-specialisten leren kennen
• Nieuwe tendensen

De belangrijkste factor die bij elke arts terugkwam voor het kiezen van een navorming is het **aanbod**. De artsen gaan af op wat er in hun navormingskring georganiseerd wordt. *"Eigenlijk heb ik tot nu toe niet echt gezocht op een thema zelf, alé het is niet van – ik wil daar een bijscholing over doen en ik kijk wat er is. Eigenlijk is het toch vooral zo een paar bronnen dat je hebt – zoals circuit waar ik gewoon standaard naartoe ga, of de woensdagavonden in het UZ, dat je de agenda krijgt en dan ziet: dat is er dan, dat is er dan. Of de uitnodigingen van Palfijn of Sint-Lucas ofzo, eigenlijk uitnodigingen die ik krijg en waaruit ik dan een beetje selecteer wat er mij inhoudelijk aanspreekt. Want hoe de bijscholing zelf gaat zijn kan je meestal pas inschatten op het moment dat je er bent." (2, V, 30j)*

Alle artsen brachten aan dat een navorming vooral **huisartsrelevant** moet zijn. *"Meestal laat ik het gewoon maar komen maar ik hoop toch altijd dat het huisartsrelevant is en huisartsgericht en dat ik met een aantal kernboodschappen naar huis kan gaan of naar de praktijk kan gaan om dat dan te kunnen toepassen." (3, V, 30j)*

Een andere belangrijke factor is het **thema**. Artsen kiezen voor een bijzondere interesse of juist voor een thema rond een onderwerp dat een hiaat in hun kennis is. *"Van sommige dingen wil je gewoon meer weten omdat het je interesseert. Zoals op circuit vorige keer was het over kraamzorg. Dat vind ik wel een tof onderwerp voor in de praktijk. Een leuk om mee bezig te zijn en leuk om iets over te weten. En andere zijn dan wat meer nodig om meer over te weten. Maar dat gaat samen he meestal." (2, V, 30j)*

De **vorm** van de bijscholing bleek dan weer bij veel minder artsen belangrijk te zijn.

Een criterium dat bij veel artsen bleek terug te komen was een **niet gesponsorde en betrouwbare bron**. *"Geen sponsoring. En zeker niet in een restaurant… zeker geen financiële dingen. Dat kan heel gezellig zijn maar ok, bon dat weet je, het is gekleurde informatie. Dan ben je met iets anders bezig, dat kan gerust een plaats innemen maar dat is geen navorming." (7, M, 58j)*

Collega-specialisten leren kennen was voor één respondent een belangrijke reden om naar een bepaalde bijscholing te gaan.*"Maar het kan ook zijn dat ik gewoon de mensen wil leren kennen die de bijscholingen geven. De manier waarop zij naar dingen kijken. Als dat bijvoorbeeld met een team in een Ziekenhuis is, dan ga ik daar graag naartoe om te zien hoe het daar werkt, hoe ze tegenover een bepaald onderwerp staan, hoe ze samenwerken. Dat ik weet naar wie ik doorverwijs." (1, V, 67j)*

Sommige artsen kozen ervoor om naar bijscholingen te gaan waar specifiek **nieuwe tendensen** werden voorgesteld. *"En ook die bijscholing – ik ben nu naar de laatste bijscholing in Jan Palfijn geweest – dat waren de jonge artsen die zich kwamen voorstellen – dat was wel interessant maar het was nogal vluchtig – over de nieuwe tendensen. En dat vind ik wel interessant want dan kan je tegen de patiënten zeggen zo en zo en zo." (1, V, 67j)*

5. Procesevaluatie

5.1. Tijdsinvestering

Het schrijven van deze MaNaMa thesis ging niet zonder slag of stoot. Vanaf de start van de studie waren er een aantal barrières die efficiënt werken tegen hielden. Eén van de belangrijkste barrières was de moeilijkheid om te werken met artsen als onderzoekspopulatie.

Andere tijdrovers waren de verschillende gebruikte computerprogramma's met hun voor- en nadelen. Ik maakte gebruik van Survey-Monkey, PowerPoint, Turning Point, Excel, SPSS, NVivo en Word. Van deze programma's had ik tot nu toe enkel ervaring met het gebruik NVivo, Word en PowerPoint. Technische details zorgden ervoor dat ik werd tegengehouden om verder te werken.

De noodzakelijke aanwezigheid bij alle zes navormingssessies en de zeven bijkomende interviews zorgden eveneens voor een hoge tijdsinvestering.

5.2. Respons

Huisartsen zijn een bijzonder moeilijke doelgroep aangezien ze weinig tijd hebben, zeer traag reageren op uitnodigingen en bovendien niet staan te springen om mee te werken aan de – zoveelste – MaNaMa thesis. Dit heeft ervoor gezorgd dat er zeer veel tijd werd geïnvesteerd in het versturen van uitnodigingen via email en herinneringen via email en telefoon. Ik ben hierin ver gegaan omdat ik uiteraard een hoge respons nastreefde. Elke toets werd minimum drie keer verstuurd, en zo nodig belde ik de artsen op om het invullen te stimuleren of om hen uit te nodigen voor een interview.

De lage respons op de natoets werd in het onderzoek verklaard door de barrières die in de interviews naar voor kwamen met als belangrijkste redenen gebrek aan interesse en tijd. Omwille van dezelfde redenen werden maar zeven interviews uitgevoerd in plaats van de vooropgestelde tien. De deelname aan de natoets bleek niet afhankelijk te zijn van geslacht, leeftijd of praktijkvorm.

5.3. Haalbaarheid

Het is quasi onmogelijk om dit soort evaluatie op deze manier systematisch toe te passen op toekomstige navormingen. Voor mij was het de eerste keer om dit proces te doorlopen. Het is noodzakelijk om een meer geautomatiseerde manier te gebruiken voor het versturen van de toetsen en het analyseren van de resultaten. Toetsresultaten werden elektronisch vanuit Survey-Monkey en Turning Point in Excel bestanden omgezet. Echter, het coderen van 'goede' en 'foute' antwoorden, het samenvoegen van bestanden, het versturen van

feedback met individuele scores zijn dingen die enorm veel tijd in beslag namen omwille van het handmatig toepassen en omwille van een aantal technische barrières door gebrek aan scholing. Vermoedelijk zijn er efficiëntere manieren zodat dit alles geautomatiseerd kan verlopen en zodat de tijdsinvestering voor de organisator beperkt kan blijven.

5.4. Tevredenheid en Feedback van de deelnemers

5.4.1. Tevredenheid van de deelnemers

In tabel 5 worden de resultaten uit de vragenlijst over de tevredenheid weergegeven. Enkele vrije opmerkingen die artsen konden geven gingen voornamelijk over het feit dat de kennis die in de navorming werd opgedaan al snel weer terug werd vergeten en dat herhaling noodzakelijk is voor het behouden van de opgedane kennis en inzichten. *"Ik had het gevoel na enkele maanden toch weer veel informatie verloren te hebben, alhoewel de les zelf zeer goed gegeven was!"*

Een aantal artsen suggereerden dat er buiten de PowerPointpresentatie ook een zeer korte en bondige samenvatting of flowchart mocht gemaakt worden van het klinisch neurologisch onderzoek.

Tabel 5. Tevredenheid over de navorming in percentages.

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Gewogen gemiddelde op 5 punten
Het tijdstip was voor mij geschikt.	2,70%	0,00%	16,22%	29,73%	51,35%	4,27
Het onderwerp was relevant voor de huisartsenpraktijk.	2,70%	0,00%	5,41%	24,32%	67,57%	4,54
De vorm en methode waren aantrekkelijk.	2,70%	5,41%	2,70%	40,54%	48,65%	4,27
De spreker was goed. (Huisarts Jan Reniers)	2,70%	2,70%	5,41%	32,43%	56,76%	4,38
Deze navorming zal een gunstig effect hebben op mijn praktijkvoering.	2,70%	2,70%	24,32%	54,05%	16,22%	3,78

5.4.2. Feedback over de navorming

Uit de interviews kwamen heel wat positieve en negatieve feedbackpunten naar voor. Deze feedback wordt weergegeven in codetabel 5.

Codetabel 5: Feedback
Positieve feedback
○ Goede bijscholing
○ Goede herhalingsles
○ Interactief
○ Praktijkgericht
○ Relevant onderwerp
Negatieve feedback
○ Te kort/te snel/te veel
○ Te specialistisch

Een voorbeeld uit de positieve reacties: *"Ik vond dat wel een zeer goede navorming. Ik was daar zeer enthousiast over. Omdat het zo praktisch gericht was. (…) Je moest mee nadenken, waardoor je sneller iets onthoudt dan wanneer je gewoon luistert." (6, V, 31j)*

Eén van de negatieve feedbackpunten was dat er **te veel informatie op korte tijd** verteld werd. Dit werd vooral ervaren door de oudere artsen. Als verklaring hiervoor gaven ze zelf dat de voorkennis over het onderwerp onvoldoende was. *"Niet ingeoefend, niet doordringend, te snel. Het was eigenlijk een lessenreeks voor iemand die het al goed kende. Het was eigenlijk een soort herhalingsles. Bij de meesten is dat allemaal uit een ver, ver verleden. Zoals Jan over zichzelf gezegd heeft, maar hij heeft er zich op gestort. En de jongere collega's zijn blijkbaar beter opgeleid dan wij. Zij herinnerden zich sneller al die dingen." (5, M, 67j)* Een andere respondent vond de navorming **te specialistisch** en te weinig toegepast op huisartsen niveau. *"Ik vond het te veel specialistisch, te veel uitgepuurd. Voor mij he… Voor die ene patiënt ik per jaar tegenkom vond ik dat niet nodig.*

6. Discussie

We hebben getracht in deze studie te peilen naar Moore's niveaus één (participatie) tot en met vier (implementatie in de dagelijkse praktijk). Evaluatie van niveaus vijf en zes waren in deze setting wegens gebrek aan tijd en middelen niet mogelijk. Een belangrijke bedenking bij onze resultaten is de grootte van onze groep van 28 artsen en 7 interviews. De groep deelnemers was klein in vergelijking met de totale populatie. Er waren echter geen significante verschillen in leeftijd, geslacht en praktijkvorm ten opzichte van de totale populatie waardoor we onze resultaten als betrouwbaar inschatten. Het is mogelijk dat er een bias is opgetreden en dat enkel gemotiveerde artsen de toetsen hebben ingevuld. Een hogere motivatie kan leiden tot betere scores (18).

De gebruikte kennistoets bestond slechts uit tien vragen, waarvan er acht gebruikt werden in de resultaten. De toets werd gemaakt in samenspraak met drie lokale neurologen en de vragen waren gericht op basiskennis en bestonden uit casussen. De toets was echter niet gevalideerd op een grote groep en er ontbreekt een gouden standaard. Een belangrijke vraag is en blijft hoe we klinisch neurologisch redeneren het best kunnen toetsen, en vooral hoe we de toets nog relevanter kunnen maken voor de huisartsenpraktijk. Sommige casussen uit de toets waren immers zeldzaam in de huisartsenpraktijk. Acht vragen is weinig om een volledig beeld te krijgen van de neurologische kennis van de huisartsen. De rationale achter het gebruik van een korte toets is het beperken van de tijdsinvestering en belasting voor de deelnemers. Moore's niveau vier – implementatie van de kennis in de dagelijkse praktijk – werd onderzocht door middel van een aantal interviews. We kunnen ons de vraag stellen of dat voldoende is om de implementatie ten gronde te bestuderen. Observatie of dossierstudie zouden betere methodes zijn, maar waren in deze beperkte setting niet haalbaar.

Uit de kwantitatieve resultaten van deze studie blijkt dat de voorkennis over neurologisch redeneren, gemeten met de voortoets, bij de Gentse huisartsen met een gemiddelde score van 5,25/10 matig was en niet afhankelijk was van leeftijd, geslacht of praktijkvorm. Hoewel de kennis duidelijk toenam op het einde van de navorming, is er slechts een kleine, niet significante toename in kennis ten opzichte van de voortoets drie maanden na de navorming. De navorming heeft dus mogelijks haar doel niet bereikt. Meer herhaling van de principes uit de les is nodig om tot betere resultaten te komen.

De score op de toets was afhankelijk van een aantal factoren. Jonge vrouwen uit een groepspraktijk scoorden beter op de natoets en konden de kennis dus beter onthouden dan oudere solo werkende mannen. Dit verschil was niet aanwezig bij de voor- en tijdens toets. In de literatuur werd eerder reeds beschreven dat oudere solo werkende artsen minder goed scoren op kennistoetsen (19) en minder gemakkelijk hun certificatie bleken te behouden (USA) (20). In onze groep was er een duidelijk significante associatie tussen leeftijd, geslacht en solo werken. Dit kan verklaren waarom vrouwen beter scoren. Uit onderzoek bleek ook dat jonge vrouwelijke artsen sneller informatie opzoeken dan hun oudere mannelijke collega's en gemakkelijker aan online CME programma's deelnemen (21, 22).

Tijdens het onderzoek werd duidelijk hoe laag de respons op de natoets was. Dit probleem werd eerder al vastgesteld bij vorige navormingen die door de HVG werden georganiseerd. De participatie bleek niet afhankelijk van leeftijd, geslacht of praktijkvorm. Uit de interviews zijn een aantal redenen naar voor gekomen. Hierbij zijn gebrek aan interesse, tijdsgebrek en angst voor gezichtsverlies relevante thema's. Dit tijdsgebrek werd recent geïllustreerd aan de hand van een internationale vergelijking waarbij verschillende eerstelijns systemen uit Europa met elkaar vergeleken werden op basis van verschillende factoren. Uit deze studie bleek dat Belgische huisartsen met een gemiddelde van 51 uren per week koplopers zijn in Europa (23). Bovendien heeft een vierde van de huisartsen bij gebrek aan formeel kader geen enkele assistentie in de praktijk (17, 24). Gezichtsverlies is iets dat kan meespelen in LOK-groepen. Het doel van de LOK-groepen is peer-review en het open met collega's in vertrouwelijke sfeer communiceren. Als gezichtsverlies echter een barrière is voor het invullen van een toets, kunnen we ons de vraag stellen of zo'n LOK-groepen hun doel niet missen. Zoals uit het literatuuronderzoek bleek, is het voor artsen moeilijk om een inschatting te maken van hun eigen kennis (9). Opvallend is hierbij dat er in België momenteel geen systemen bestaan om aan zelf toetsing te doen. Onze noorderburen hebben onder andere met het systeem van elektronische navorming via "PIN's", georganiseerd door de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), een manier gevonden om accrediteringspunten te koppelen aan toetsresultaten. Ook worden via NHG manieren en toetsen aangeboden om je eigen kennis te evalueren. In België gebeurt dit reeds bij de Huisartsen in Opleiding. Zij moeten tijdens het zevende en het achtste jaar deelnemen aan een zeer ruime kennistoets om hun eigen lacunes te leren kennen. Dit soort kennistoets zou een grote meerwaarde kunnen zijn voor de Belgische huisartsen omdat ze vanuit die toets objectief geconfronteerd zouden kunnen worden met hun eigen leerpunten en op basis daarvan navorming opzoeken.

Enkele artsen gaven in interviews aan dat de kennis uit de navorming goed werd geïmplementeerd in de praktijk. Dit beschreven ze door aan te geven hoe de navorming structuur in hun klinisch neurologisch redeneren bracht. Deze artsen vonden dat ze de kennis uit de navorming goed gebruikten. Andere artsen vonden dat de voorkennis te laag was waardoor de navorming bij sommige artsen als te veel, te snel en te kort werd ervaren. Hierdoor bleef er minder hangen en was het leereffect niet zo groot.

In het dit onderzoek werd kort gepeild naar manieren waarop de Gentse huisartsen een navorming selecteren. De selectie van een navorming gebeurt vooral op basis van het aanbod, het thema en de relevantie voor de huisartsenpraktijk. De vorm van de bijscholing bleek een veel minder belangrijk criterium. Dit werd eerder ook al beschreven in een vorige MaNaMa thesis (2). Dit is opvallend aangezien uit onderzoek is gebleken dat net de vorm en kwaliteit van de navorming bepalend zijn voor het niveau van implementatie (7). Dit geeft weer hoe belangrijk het is om als organisator meer aandacht te hebben voor educatieve kwaliteit van een bijscholing.

Het is belangrijk om na te streven dat artsen zichzelf leren toetsen. Het gebrek aan zelftoetsing dient aangepakt te worden om beter te kunnen aansluiten bij de leernoden. Het is van cruciaal belang dat overkoepelende organisaties zoals de overheid en de huisartsenverenigingen meer belang hechten aan de kwaliteit van de navormingen en dat het accrediteringssysteem wordt aangepast. Het systeem dat in deze studie gebruikt wordt

om een navorming te evalueren heeft als voordeel dat het uitgebreid is en een globaal beeld geeft over de navorming, maar als nadeel dat het zeer tijdrovend is. Daarom is het niet bruikbaar om toe te passen op een groot aantal navormingen, tenzij het op een geautomatiseerde manier kan gebeuren, zoals men bijvoorbeeld bij de Nederlandse PIN's doet. In Vlaanderen verscheen recent 'Together we change' (17). Hierin is eveneens een luik rond accreditering waarbij er een voorstel werd gedaan rond het koppelen van een persoonlijk 'continue professionele vormingsplan' aan het 'elektronisch medisch dossier'. In andere landen moeten huisartsen daadwerkelijk in toetsen laten zien wat ze kunnen. Mogelijk moet de beroepsgroep hier zelf over nadenken om een beter beeld te krijgen van de kwaliteit van hun werk.

7. Besluit

Aan de hand van de evaluatie van deze navorming 'klinisch neurologisch redeneren' kunnen we besluiten dat de basiskennis neurologie na de navorming licht maar niet significant steeg ten opzichte van de voorkennis. De score op de voortoets was laag en werd niet bepaald door leeftijd, geslacht of praktijkvorm. De score op de natoets was beter bij jonge vrouwelijke artsen uit een duo- of groepspraktijk dan bij oudere mannelijke solo artsen. De respondenten gaven enkele manieren aan waarop de navorming hun praktijkvoering heeft beïnvloed en hun neurologisch denkkader verbeterde. Barrières voor implementatie waren: te weinig inoefening door lage frequentie van neurologische problemen en tijdsgebrek, slechte voorkennis, snelle verwijzing naar specialist en niet willen blunderen bij de patiënt. De participatie aan de natoets bleek laag. Barrières voor het deelnemen aan de natoets waren: tijdsgebrek, gebrek aan interesse in de natoets, controlerend gevoel, angst voor gezichtsverlies, niet anoniem, 'eerst nog willen herhalen' en geen accrediteringspunten.

Het systeem dat in deze studie gebruikt wordt om een navorming te evalueren heeft als voordeel dat het uitgebreid is en een globaal beeld geeft over de navorming, maar als nadeel dat het zeer tijdrovend is. Daarom is het niet bruikbaar om toe te passen op een groot aantal navormingen, tenzij het op een geautomatiseerde manier kan gebeuren.

Bij Gentse huisartsen zijn er weerstanden voor het deelnemen aan toetsen. Zelftoetsing is een goede manier om een zicht te krijgen op lacunes in kennis. Het is daarom belangrijk dat de overheid en de huisartsenorganisaties meer belang hechten aan de kwaliteit van de navormingen en dat het accrediteringssysteem wordt aangepast zodat niet alleen naar de kwantiteit maar vooral naar de kwaliteit van de navorming wordt gekeken. Zelftoetsing moet daarbij als een belangrijk middel worden beschouwd. Een ruime kennistoets die peilt naar basiskennis van recente richtlijnen zou een grote meerwaarde kunnen zijn voor de Belgische huisartsen omdat ze vanuit die toets objectief geconfronteerd kunnen worden met hun eigen leerpunten en op basis daarvan gericht navorming kunnen opzoeken.

8. Aanbevelingen

8.1. Aanbevelingen voor individuele huisartsen

Tot slot kwamen uit dit onderzoek enkele concrete tips voor individuele huisartsen voor het beter implementeren van kennis in de dagelijkse praktijk. De tips werden verzameld in de interviews en werden aangevuld met andere resultaten uit dit onderzoek.

- Ontdek je eigen lacunes in kennis en leernoden door deelname aan een (globale) kennistoets.
- Bewaar je notities op een vaste plaats in een schriftje of in de computer zodat je ze gemakkelijk en snel terug kunt vinden.
- Maak gebruik van een – al dan niet neergeschreven – leeragenda. Start met het implementeren van één leerpunt tegelijk.
- Begin zo snel mogelijk na de navorming met het toepassen van de nieuwe kennis op één patiënt. Oefen eventueel op een patiënt met een gekende diagnose.
- Gebruik een schematische samenvatting die je op je bureau legt en kunt raadplegen terwijl de patiënt bij je zit.
- Breng de leerpunten uit een navorming op het artsenoverleg binnen de praktijk. Op die manier kan een praktijkconsensus opgebouwd worden en kan er gereflecteerd worden over de aangebrachte onderwerpen.

8.2. Aanbevelingen voor de overheid en navormingsorganisatoren

- Het accrediteringssysteem dient te worden aangepast zodat niet enkel naar de kwantiteit, maar ook naar de kwaliteit van de navormingen wordt gekeken.
- Zelftoetsing is een belangrijke manier voor artsen om lacunes in hun kennis op te sporen. Voorzie daarom de mogelijkheid om aan een globale kennistoets deel te nemen.
- Het is belangrijk voor het geven van een navorming de leernoden van de deelnemers te kennen. Een voor en natoets geven een beeld van de voorkennis en onthouden kennis. De toets moet huisartsrelevant zijn. Gebruik voor deze toetsing een geautomatiseerd systeem. Geef individuele feedback aan de deelnemers over deze toetsen.

9. Referenties

1. Pype P, Wens J, Stes A, Deveugele M, Van den Eynden B. Navorming voor huisartsen in Vlaanderen inzake palliatieve zorg: een doorlichting van het registratiesysteem. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2012;68(3):109-15.
2. Vermeulen L. Analyse van de barrières die Gentse huisartsen ondervinden met betrekking tot de deelname aan navorming georganiseerd door de Huisartsenvereniging Gent: Universiteit Gent; 2013.
3. Vannieuwenborg L, Goossens M, De Lepeleire J, Schoenmakers B. Voortgezet medisch onderwijs voor huisartsen: een programmaconcept. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2015;71(20):1303-11.
4. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. The adult learner. New York: Routledge; 2012.
5. Davis N, Davis D, Bloch R. Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35. Medical Teacher. 2008;30:652-66.
6. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. The Lancet. 2003;362(30):1225-30.
7. Davis D. Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. Int J Psychiatry Med. 1998;28(1):21-39.
8. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomised trial of continuing medical education. N Engl J Med. 1982;306:511-5.
9. Tracey J, Arroll B, Richmond DE, Barham PM. The validity of general practicioners' self assessment of knowledge: cross sectional study. BMJ. 1997;315:1426-8.
10. Moore D. A framework for outcomes evaluation in the continuing professional development of physicians. The Continuing Professional Development of Physicians. 2003.
11. Gray DP. Accreditation in general practice. Quality in health care. 1992;1(1):61-4.
12. van Leeuwen YD. Change in knowledge of general practicioners during their professional careers. . Fam Pract. 1995;12:313-7.
13. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of care. Ann Intern Med. 2005;142:260-73.
14. Bashbook P, Parboosingh J. Recertification. BMJ. 1998;316:545-8.
15. Riziv. Voorwaarden waaraan een arts moet voldoen om geaccrediteerd te worden en te blijven 2016 [Available from: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/arts-accreditering-volledig-reglement.pdf.
16. Holm DA. Quality issues in continuing medical education. BMJ. 1998;316(316):621-4.
17. De Maeseneer J, Aertgeerts B, Remmen R, Devroey D. Together we change. Eerstelijnszorg: nu meer dan ooit!2015.
18. Omrani S, Fardanesh H, Hemmati N, Hemmati N. Exploring an Appropriate Instructional Design Model for Continuing Medical Education. Turkish Onine Journal of Distance Education. 2012;13(3):347-61.
19. Grace ES, Wenghofer EF, Korinek EJ. Predictors of physician performance on competence assessment: Findings from CPEP, the Center of Personalized Education for Physicians. Acad Med. 2014;89(6):912-9.
20. Xierali IM, Rinaldo JC, Green LA, Petterson SM, Phillips RLJ, Bazemore AW, et al. Family physician participation in maintenance of certification. Ann Fam Med. 2011;9(3):203-10.
21. Bennett NL, Casebeer LL, Zheng S, Kristofco R. Information-seeking behaviors and reflective practice. J Contin Educ Health Prof. 2006;26(2):120-7.
22. Harris JM, Novalis-Marine C, Harris RB. Women physicians are early adopters of on-line continuing medical education. J Contin Educ Health Prof. 2003;23(4):221-8.
23. van Hassel D, van der Velden L, Batenburg R. Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen. Huisarts en Wetenschap. 2016;59(4):150-4.
24. Schoenmakers B, Aertgeerts B, Buntinx P, Vankrunkelsven P, Van Pottelberg G, De Lepeleire J. De Vlaamse huisarts anno 2013: op kruissnelheid naar verandering. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014;70(12).

10. Dankwoord

Er zijn heel wat mensen die ik graag persoonlijk wil bedanken voor hun ondersteuning aan deze MaNaMa thesis:

Allereerst mijn promotor Peter Pype voor zijn heldere feedback en copromotor Jan Reniers voor de feedback en de fijne samenwerking tijdens de navormingen.

De medewerkers van de HVG voor hun logistieke ondersteuning en behulpzaamheid.

Mijn vader voor de snelste feedback ooit, de kritische blik en de cruciale hulp op onmogelijke momenten.

Mijn moeder voor het leuke avondje statistiek, de feedback en de ondersteuning.

Mijn opleiders Rudi Vermeirssen en Erik Kegels en STACO's Bart Van Balen en Marc Cosyns, voor alles wat met opleiding te maken heeft buiten de thesis.

Johannes voor het eeuwige geduld.

11. Bijlagen

BIJLAGE 1: Goedgekeurd protocol Ethisch Comité

Omschrijving project

Deze manama is een project in samenwerking met de huisartsenvereniging Gent (hvg), die al enkele jaren hun navormingen evalueert. In het jaar 2015 zal de navorming vanuit de hvg gaan over klinische neurologie; de navorming zal worden gegeven door een huisarts en zal bestaan uit één sessie waarin enkele nuttige klinische casussen worden doorgenomen die moeten dienen als handvat voor het aanpakken van andere neurologische problemen. Deze masterproef zal peilen naar de eerste 4 niveaus van moore (cf infra) voor het beoordelen van een navorming (tot en met toepassing in de dagelijkse praktijk)

Concrete vraagstelling

- wat is het verschil in kennis bij gentse huisartsen voor, tijdens en na de update klinische neurologie?

- hoe gebruiken gentse huisartsen de kennis uit de update klinische neurologie in de dagelijkse praktijk?

- wat zijn de factoren die bij de gentse huisartsen de implementatie van de kennis uit de update klinische neurologie beïnvloeden. → hoe kan je als huisarts het beste rendement halen uit een opleiding? → hoe kunnen we in de toekomst navormingen organiseren die de implementatie van de opgedane kennis in de dagelijkse praktijk vergroten?

Methode

- Moore niveau 1 (participatie) en 2 (tevredenheid) zullen respectievelijk voor en na de navorming worden bevraagd in een vragenlijst gekoppeld aan de kennistoets. (zie bijlage 2)
- Moore niveau 3 (leren) zal getest worden door middel van een door 3 onafhankelijke specialisten (dr. Luc algoed, dr. Jan debruyne, dr. Koen paemeleire) gevalideerde kennistoets die voor, tijdens en 3 maanden na de navorming zal worden afgenomen via email (zie bijlage 3).
- Moore niveau 4 (toepassen in de dagelijkse praktijk) zal getest worden door het interviewen van artsen die tijdens de derde kennistoets lieten weten dat ze na de navormingssessie eén of meerdere interessante neurologische casussen hebben gezien
    - selectiecriteria van de artsen
        - artsen die een neurologische casus hebben gezien
        - artsen die bereid zijn mee te werken aan een interview
        - zo groot mogelijke variabiliteit in de score van de artsen op de kennistoets
        - zo groot mogelijke variabiliteit in leeftijd en geslacht
    - Aantal interviews: +-10
    - informatieblad en toestemmingsformulier interviews: zie bijlage
    - draaiboek interviews: zie bijlage
    - verwerking gegevens uit de interviews zal gebeuren door middel van een thematische analyse van de data.
- Anonieme verwerking van alle gegevens tot een tekst.

BIJLAGE 2: Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Prof. dr. Myriam DEVEUGELE
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. K. Vandewoude

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0254	26-mrt-15	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Evaluatie van een navormingsprogramma rond neurologisch redeneren bij huisartsen uit Gentse navormingskringen. (Ma-na-ma Lotte Remmen)

Belgisch Registratienummer: B670201524169

* Antwoord onderzoekers via mail dd. 17/03/2015 (ontv. dd. 18/03/2015) op opmerkingen EC dd. 05/03/2015
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 17/03/2015
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier interviews (versie 2) dd. 17/03/2015
* Vragenlijsten en informatie bij de voor- en natoets (versie 2) dd. 17/03/2015
* Diverse
  - Kennistoets (versie 2 dd. 17/03/2015)
  - Draaiboek interviews (versie 2 dd. 17/03/2015)
* Protocol (versie 2) dd. 17/03/2015

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. M. DEVEUGELE ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 26/03/2015. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/03/2016, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 26/03/2015. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/03/2016, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/04/2015

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/04/2015

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2015/0254	26-mrt-15	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2015/0254

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

BIJLAGE 3: Kennistoets 'Klinisch neurologisch redeneren' + Feedback

1. Bij multiple sclerose is de n. opticus frequent aangetast. Wat is geen functie van de n. opticus?

1. pupilconstrictie
2. gezichtsscherpte
3. **oogvolgbewegingen**
4. gezichtsvelden
5. Ik weet het niet

Feedback:

Gezichtsscherpte en –velden zijn een functie van de n. opticus. Pupilconstrictie is een functie van zowel de n. opticus als de n. oculomotorius. Oogvolgbewegingen zijn een functie van n. oculomotorius, trochlearis en abducens.

2. Een vrouw van 45 jaar lijdt al 20 jaar aan diabetes type I en heeft haar behandeling verwaarloosd. Ze heeft een uitval van haar n. oculomotorius rechts. Welke afwijking zal ze niet vertonen?

Ptose van haar rechter bovenste ooglid

1. **Een vernauwde pupil rechts**
2. Haar rechter oog staat iets naar buiten en beneden
3. Dit strabisme wordt duidelijk erger als ze naar links boven kijkt
4. Ik weet het niet

Feedback:

De n. oculomotorius innerveert de m. levator palpebrae superioris waardoor er bij uitval een ptosis ontstaat. Hij innerveert de m.sphincter pupillae (parasymphatisch) waardoor de rechter pupil in mydriase zal zijn. Bij een diabetische oculomotorius neuropathie is de pupil typisch gespaard (pupillary sparing) vermoedelijk omdat de buitenzijde van de zenuw gespaard is (ook bij hypertensie). Goedaardig verloop met genezing binnen enkele maanden. Bij uitval met ontbreken van pupilreflexen altijd verdenking van aneurysma).

De m. rectus lateralis is bezenuwd door de n. abducens. Door een overwicht van de m. rectus lateralis (n. VI) en m. obliquus superior (n. IV) zal het oog naar beneden en temporaal staan.

3. Een jonge vrouw van 35 jaar lijdt aan een acute verlamming van Bell. Welk deel van haar gelaat is aangetast bij een verlamming van de linker n facialis?

1. **Li boven en onderste gelaatshelft**
2. Li onderste gelaatshelft
3. Re boven en onderste gelaatshelft
4. Re onderste gelaatshelft
5. Ik weet het niet

Feedback:

Bij een perifere facialisverlamming links zal het hele gelaat links aangetast zijn. Bij een centrale facialisverlamming zal enkel de contralaterale onderste gelaatshelft aangetast worden omdat het bovenste deel van de nucleus facialis, gelegen in de pons, afdalende vezels ontvangt van beide hemisferen, terwijl het onderste deel van deze kern alleen door de contralaterale hemisfeer wordt geïnnerveerd. Andere argumenten voor een centrale facialisparese zijn de eventuele betrokkenheid van homolaterale arm of been (parese). Bij automatismen (lachen) zal de parese ter hoogte van de mond bij een centrale origine grotendeels worden opgeheven dit in tegenstelling met een perifere facialisparese.

4. Een jongeman van 28 jaar wil getest worden omdat hij rechts minder goed hoort en vreest geluidschade te hebben. Welke stelling i.v.m gehoor en stemvorktesten is fout?

1. In normale omstandigheden is onze luchtgeleiding beter dan onze beengeleiding.
2. De proef van Weber kan differentiëren tussen een conductief en een neurosensorieel gehoorsverlies.
3. Bij een middenoorontsteking kan de proef van Rinne omgekeerd zijn.
4. **De Weber lateraliseert naar het goed horende oor bij een conductieverlies.**
5. Ik weet het niet

Feedback:

Luchtgeleiding is onze normale manier van horen en dus veel beter dan de beengeleiding. De proef van Weber kan differentiëren tussen een

conductief en een neurosensorieel gehoorsverlies. Een middenoorontsteking veroorzaakt een conductieverlies en kan leiden tot een omgekeerde proef van Rinne.

De Weber lateraliseert naar het goed horende oor bij een neurosensorieel gehoorsverlies (= oor met de beste botgeleiding).

5. Een man van 70 jaar heeft een aantal weken geleden een uitgebreid CVA doorgemaakt in de rechter hemisfeer, waarvan hij slechts gedeeltelijk gerecupereerd is. Welke afwijking zal hij links niet vertonen?

1. Hemiparese
2. Hemianopsie
3. **Hyporeflexie**
4. Aanwezig teken van Babinski
5. Ik weet het niet

Feedback:

Bij een CVA (aandoening van het bovenste motorneuron) zal contralateraal een hemiparese en hemianopsie optreden met uiteindelijk spasticiteit en flexiecontractuur. Er is een hyperreflexie aan de aangetaste kant en een aanwezig teken van Babinski.

6. Een vrouw van 75 jaar, heeft problemen met haar evenwicht. Dit gebeurt volgens haar vooral in het donker. Ook bij de proef van Romberg is er vooral een evenwichtsstoornis met de ogen gesloten (wankelen in alle richtingen). Dit wijst op welke stoornis:

1. Vestibulair
2. Cerebellair
3. **Proprioceptief**
4. Mogelijks alle 3
5. Ik weet het niet

Feedback: Om het evenwicht te bewaren integreert het cerebellum impulsen vanuit het visuele systeem, het vestibulaire systeem en het proprioceptieve systeem. Stoornis van elk van deze modaliteiten kan (geheel of gedeeltelijk) worden gecompenseerd door input vanuit

de andere 2 systemen. De proef van Romberg is als oriënterend onderzoek van groot belang, in het bijzonder om een verlies van proprioceptie op te sporen, mogelijks door beschadiging van de dorsale strengen van het ruggenmerg of als gevolg van polyneuropathie. Bij het sluiten van de ogen treedt een multidirectionele valneiging op. Een positieve Romberg is ook mogelijk bij vestibulair lijden, maar daarbij is de valneiging steeds naar dezelfde zijde (in richting van letsel + nystagmus). Een valneiging met open en gesloten ogen is suggestief voor een cerebellair letsel. De proef van Romberg kan ook psychogeen gestoord zijn: angst of conversie (simuleren).

7. Welke test of testen zullen niet gestoord zijn bij een proprioceptieve stoornis?

1. Vibratiezin
2. **Proef van Barré (latente parese bovenste lidmaat)**
3. Proef van Romberg
4. Vinger-neus proef
5. Ik weet het niet

Feedback:

Een verminderde vibratiezin t.g.v. een perifere neuropathie of door een letsel van de dorsale strengen in het ruggenmerg kan leiden tot een gestoorde proprioceptie. De proef van Barré is een motorische test die gebruikt wordt om een latente parese ten gevolge van aantasting van de pyramidebaan op te sporen.

Zowel de Romberg als de vinger-neus proef zijn met de ogen gesloten gestoord bij een verminderde proprioceptie.

8. Welke test zal niet gestoord zijn bij cerebellair lijden?

1. Koorddansersgang
2. **Vibratiezin**
3. Proef van Romberg
4. Vinger-neus proef
5. Ik weet het niet

Feedback:

Bij cerebellair lijden zien we afwijkingen bij de vinger-neus proef en de proef van Romberg (allebei zowel met ogen open en dicht) en ook de

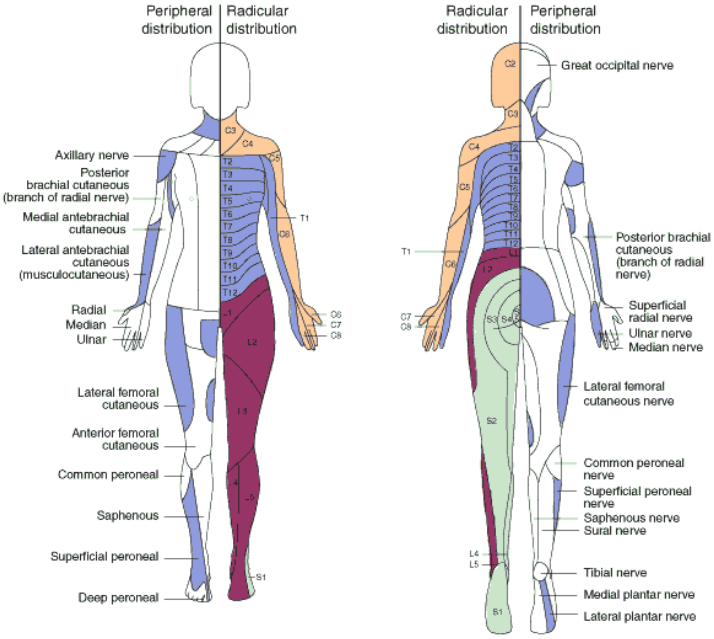
koorddansersgang zal moeilijk tot onmogelijk zijn. Vibratiezin zal (in principe) normaal zijn.

9. Een vrouw van 50 jaar heeft o.a. een hypoesthesie van de duim. Dit kan veroorzaakt worden door een letsel van

1. n. radialis
2. n. medianus
3. wortel C6
4. geen van de drie
5. **alle drie**
6. Ik weet het niet

Feedback:

De n. radialis bezenuwt de laterale helft van de duim, de n. medianus de mediale helft. Dermatoom C6 omvat o.a. duim en vinger 2, soms handrug en voorarm.



10. Een man van 45 jaar heeft een aantasting van wortel S1 t.g.v. een discushernia L5- S1. Naast pijn en paresthesieën kan hij volgende motorische gevolgen hebben? Eén hiervan is niet correct?

1. Gestoorde teengang
2. Hyporeflexie Achillespees
3. **Hyporeflexie Kniepees**
4. Atrofie van m gastrocnemius
5. Ik weet het niet

Feedback:

Uitval van wortel S1 leidt motorisch tot een parese van de m. gastrocnemius (teengang niet meer mogelijk) met secundaire atrofie. L5-S1 is het spinale segment van de achillespeesreflex. Het dermatoom S1 bestrijkt o.a. de kleine teen en de voetzool. Uitval van wortel L5 maakt de hielgang onmogelijk. Het dermatoom L5 bestrijkt o.a. de grote teen en fibulair en voetrug.

Het spinale segment van de kniepeesreflex is L3-L4.

BIJLAGE 4: Informatieblad en Toestemmingsformulier Interviews

INFORMATIEBLAD INTERVIEWS

Evaluatie van een navormingsprogramma rond neurologisch redeneren bij huisartsen uit Gentse navormingskringen: toepassing van de kennis in de dagelijkse praktijk.

Met dit document willen we meer informatie geven over het onderzoek waaraan u zal deelnemen. Dit is een onderzoek naar de toepassing van de kennis uit een navorming in de dagelijkse praktijk. In dit formulier zult u informatie vinden over de studie en wordt er ook gevraagd naar uw toestemming zodat we de gegevens uit dit interview kunnen gebruiken.
Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van factoren die zorgen voor een geslaagde navorming bij huisartsen. De bedoeling is met deze studie een aantal tips te kunnen meegeven voor een goede integratie van uw nieuwe kennis in de praktijk.
Dit onderzoek vraagt uw deelname aan een interview dat maximaal 30 minuten zal duren. Uw deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kan op elk moment beslissen om deelname te weigeren.

We vragen u om uw eigen ideeën en ervaringen omtrent de navorming te vertellen. Dit gebeurt door middel van een interview waarin voornamelijk open vragen worden gesteld. Het is hierbij belangrijk dat u uw eigen mening vertelt, en dat u zich niet geremd voelt hierbij.
Het interview zal worden opgenomen om latere analyse gemakkelijker te maken. Enkel de leden van de onderzoeksgroep zullen deze opnames te horen krijgen en deze opnames worden anoniem behandeld. Ze zullen een nummer krijgen, en uw naam zal worden gewist. Na het onderzoek zullen de opnames worden vernietigd. Ook bij publicatie worden alle gegevens anoniem gemaakt, zodat men op geen enkele manier kan weten dat u in dit onderzoek betrokken was. Indien er citaten worden gebruikt, worden hier alle gegevens uit verwijderd die naar u als deelnemer van dit onderzoek kunnen verwijzen.

Tijdens het interview is het mogelijk dat er gevoelige onderwerpen aan bod komen. Als u op bepaalde vragen niet wenst te antwoorden kunt u dat zelf beslissen. Er is geen enkele verplichting aan dit interview verbonden.

Het einde van deze studie wordt verwacht in mei 2016. Er bestaat de mogelijkheid voor u om de resultaten in te zien.

Deze studie kreeg goedkeuring van het Ethisch Comité van de Universiteit Gent. Dit mag in geen geval uw beslissing beïnvloeden om aan de studie deel te nemen.

Een foutloze aansprakelijkheidsverzekering werd afgesloten via de Universiteit Gent.

Als u meer vragen heeft over dit onderzoek kan u terecht bij Lotte Remmen op het e-mail adres Lotteremmen@gmail.com of via het nummer 0499/301589.

TOESTEMMINGSFORMULIER INTERVIEWS

Deel voor de geïnterviewde

Ik ben uitgenodigd voor deelname aan een onderzoek rond kwalitatieve navorming. Ik heb bovenstaande informatie gelezen, of het is mij voorgelezen. Ik heb de kans gekregen om hierover vragen te stellen en deze vragen werden voldoende beantwoord. Ik beslis om vrijwillig deel te nemen aan deze studie.

NAAM OF STEMPEL DEELNEMER:

HANDTEKENING DEELNEMER:

DATUM (dag/maand/jaar):

Deel voor de interviewer

Ik bevestig dat de deelnemer voldoende kans heeft gehad om vragen te stellen over de studie en dat ik alle vragen correct en zo goed mogelijk beantwoord heb. Ik bevestig dat ik de deelnemer niet heb gedwongen om dit consent te ondertekenen en dat het consent vrijwillig werd ondertekend. Een kopie van dit informed consent werd gegeven aan de deelnemer.

NAAM INTERVIEWER:

HANDTEKENING INTERVIEWER:

DATUM (dag/maand/jaar):

BIJLAGE 5: Draaiboek Interviews

Introductie

- Ik ben HAIO en maak mijn Manama-thesis over de evaluatie van de navorming rond het neurologisch onderzoek, georganiseerd door de HVG.
- Informed consent: Eerst zou ik willen vragen om samen met mij het informed consent door te nemen en te ondertekenen.
    - Anonieme verwerking van de gegevens
    - Vrijwillige deelname
    - Eigen ideeën, geen censuur
    - Geluidsopname om analyse mogelijk te maken
- Dan zullen we nu aan het interview beginnen. Ik zal starten met enkele algemene vragen. Daarna gaan we dieper in op enkele vragen. U mag op eender welk moment eigen toevoegingen doen.

Inleidende vragen

- Algemeen
    - Hoe lang bent u al huisarts?
    - Volgt u vaak bijscholingen zoals deze?
    - Wat is uw favoriete vorm van bijscholing? Waarom?

Evaluatie navorming

- Hoe selecteert u de navorming die u wil volgen?
    - Dingen die u interesseren of eerder lacunes in uw kennis.
    - Hoe heeft u deze navorming ervaren?
- Positief
    - Beantwoorden aan verwachtingen?
    - Wat zou u zeker zo houden?
- Negatief
    - Wat vond u niet goed?
    - Wat was overbodig?
    - Onbeantwoorde vragen?

Gebruik van de kennis in de dagelijkse praktijk

- Hoe heeft u de kennis kunnen gebruiken in de dagelijkse praktijk?
    - Komt u veel met neurologische patiënten in aanraking?
    - Is er een concrete neurologische casus die u kunt toelichten zodat we een zicht krijgen op de toepassing van de kennis?
    - Op welke momenten dacht u terug aan de navorming?
- Op welke manier heeft u geprobeerd om de kennis uit de navorming te gebruiken en niet te vergeten?
- Heeft u tips voor andere artsen voor het integreren van nieuwe kennis in de dagelijkse praktijk?

Afsluiting

- Heeft u nog eigen toevoegingen?
- Bedankt voor de medewerking.

BIJLAGE 6: Vragenlijst participatie en tevredenheid

Met onderstaande vragen willen we weten hoe u de navorming ervaren heeft.

	Helemaal niet akkoord	**Niet akkoord**	**Neutraal**	**Akkoord**	**Helemaal Akkoord**	**Opmerkingen**
Het tijdstip was voor mij geschikt.						
Het onderwerp was relevant voor de huisartsenpraktijk						
Het onderwerp was interessant voor mij als huisarts						
De vorm en methode waren aantrekkelijk						
De spreker was goed						
Deze navorming zal een gunstig effect hebben op mijn praktijkvoering						

Eigen suggesties: …