

# Huisartsen doen veel aan deskundigheidsbevordering en vooral in de eigen regio

## Analyse van herregistratiegegevens

Lourens Kooij

### Inleiding

De registratie als huisarts is (maximaal) 5 jaar geldig. Vanaf 1978 – 5 jaar na het instellen van het register – worden er aan huisartsen eisen gesteld om in aanmerking te komen voor herregistratie. Aanvankelijk ging het dan alleen om werkzaamheden als

### Samenvatting

Kooij LR. Huisartsen doen veel aan deskundigheidsbevordering en vooral in de eigen regio. Analyse van herregistratiegegevens. Huisarts Wet 2005;48(6):280-3.

**Inleiding** Huisartsen moeten voor herregistratie, berekend over een periode van 5 jaar, ten minste 200 uur aan deskundigheidsbevordering hebben besteed; dit komt neer op gemiddeld minimaal 40 uur per jaar. De HVRC onderzocht hoeveel uur huisartsen feitelijk deelnemen, aan wat voor soort activiteiten en of er verschillen zijn naar geslacht, leeftijd, opleiderschap, voltijds of in deeltijd werken en wijze van beroepsuitoefening.

**Methoden** Uit alle verzoeken tot herregistratie die gedurende zes opvolgende weken zijn ontvangen, zijn gegevens verzameld over de huisartsen en hun deelname aan deskundigheidsbevordering, waarbij onderscheid is gemaakt tussen cursorische nascholing (landelijk, regionaal en van de farmaceutische industrie), toetsing (HAGRO, FTO) en individuele nascholing.

**Resultaten** Huisartsen besteden gemiddeld 250 uur per 5 jaar aan deskundigheidsbevordering, 25% meer dan vereist is voor herregistratie. Bij gemiddeld 78% gaat het dan om nascholing, bij 17% om toetsing en bij 5% om individuele nascholing. Meer dan de helft van de nascholingsuren volgen huisartsen in de eigen regio. Het aandeel van de farmaceutische industrie is met 8% beperkt.

**Conclusie** Er is geen relatie tussen omvang en aard van de deskundigheidsbevordering en geslacht, deeltijdpercentage en wijze van beroepsuitoefening (gevestigd, hidha of waarnemer), maar wel met de leeftijd: oudere huisartsen nemen meer deel dan jongere. De sterkste relatie is die met het opleiderschap: huisartsopleiders steken aanzienlijk meer tijd in deskundigheidsbevordering dan niet-opleiders en dan vooral in de eigen regio.

Dr. Lourens R. Kooij, algemeen secretaris HVRC, KNMG Opleiding & Registratie, Postbus 20054, 3502 LB Utrecht.

Correspondentie: l.kooij@fed.knmg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

huisarts,<sup>1</sup> maar sinds 1996 moeten huisartsen ook deelnemen aan activiteiten die hun deskundigheid bevorderen.<sup>2</sup> Huisartsen dienen bij herregistratie aan te tonen dat zij in de voorafgaande 5 jaar, de referentieperiode, minimaal 200 uur aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering hebben besteed oftewel gemiddeld ten minste 40 uur per jaar. Er moet zowel aan nascholing zijn deelgenomen als aan intercollegiale toetsing, waaronder ook farmacotherapieoverleg (FTO) wordt begrepen. De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) is belast met de uitvoering van de regelgeving. Het College voor Accreditering Huisartsen van de KNMG verricht de accreditering van deskundigheidsbevorderende activiteiten.

De overgrote meerderheid van de huisartsen besteedt meer dan 40 uur per jaar aan deskundigheidsbevordering, maar we weten niet precies hoeveel uur en aan welk soort activiteiten. Zijn er verschillen in omvang en aard van de deskundigheidsbevordering tussen vrouwelijke en mannelijke, jonge en oude huisartsen, opleiders en niet-opleiders, gevestigde huisartsen, hidha's en waarnemers, voltijds en in deeltijd werkzame huisartsen?

### Methoden

Uit alle opeenvolgende verzoeken tot herregistratie die de HVRC gedurende 6 weken in 2003 in behandeling heeft genomen, verzamelden we gegevens over geslacht, leeftijd, duur van de registratie, opleiderschap, wijze van beroepsuitoefening, omvang en duur van de werkzaamheden, en het aantal uren en de soort deskundigheidsbevordering waaraan is deelgenomen. De periode en de duur van het onderzoek heb ik op pragmatische gronden gekozen: het bureau moest de gegevensverzameling naast het gewone werk doen. Tevoren is nagegaan of de leeftijds- en geslachtsverdeling van de huisartsen die 1 tot 3 maanden tevoren waren benaderd niet te zeer verschilde van die van het totale aantal geregistreerde huisartsen.

Bij de beroepsuitoefening heb ik onderscheid gemaakt tussen gevestigde huisartsen, hidha's en waarnemers. Wanneer huisartsen aangaven dat er tijdens de voorafgaande vijf jaar verandering in hun beroepsuitoefening was opgetreden, ben ik uitgegaan van de beroepsuitoefening die in de referentieperiode het langst duurde.

Er zijn drie categorieën deskundigheidsbevordering: cursorische nascholing, toetsing en individuele nascholing. De cursorische nascholing deelde ik weer in drie subcategorieën in: cursussen

in de eigen regio, voornamelijk in WDH- of DHV-verband, landelijke cursussen, zoals het NHG-congres en Boerhaave-cursussen en cursussen van de farmaceutische industrie. Cursussen die georganiseerd zijn door commerciële aanbieders die niet aan een bepaalde farmaceutische industrie zijn verbonden, heb ik als regionaal of landelijk genoteerd. Bij toetsing maakte ik onderscheid tussen intercollegiale toetsing, waaronder ook intervisie, supervisie en praktijkvisitatie (VIP) en farmacotherapieoverleg (FTO). Individuele nascholing omvat alle activiteiten waaraan schriftelijk of via internet kan worden deelgenomen.

De gegevens over de onderwerpen van deskundigheidsbevordering waren onvolledig, zodat we daar niet over kunnen rapporteren.

## Resultaten

### Kenmerken steekproef

De kenmerken van de steekproef zijn in tabel 1 in beeld gebracht. De steekproef omvatte 298 huisartsen (79 vrouwen en 219 mannen); dat is 14% van het cohort dat in 2003 voor herregistratie is benaderd (n=2158) en 3% van de totale populatie van alle op 1 januari 2003 geregistreerde huisartsen (n=9645).

De geslachtsverdeling van de steekproef, 27% vrouwen en 73% mannen, verschilde niet significant van die van het cohort 2003 en ook niet van die van de totale populatie.

Figuur 1 geeft de leeftijdsverdeling van de steekproef in vergelijking met het cohort 2003 en de totale populatie. De jongste huisarts was 33 en de oudste 64, de gemiddelde leeftijd was 49 jaar (vrouwen 44, mannen 51 jaar, SD=7): iets lager dan die van het cohort 2003 (50) en iets hoger dan van de totale populatie (47). Dit gold zowel voor vrouwen als mannen. De leeftijdsverdeling van de steekproef verschilde enigszins van die van het cohort 2003 ( $p < 0,05$ ) en ook van die van de totale populatie huisartsen ( $p < 0,05$ ).

Van de huisartsen in de steekproef waren er 51 erkend als opleider. Het aandeel van opleiders in de steekproef (17%) was ongeveer gelijk aan dat in het cohort en de totale populatie. Dit gold voor zowel mannen als vrouwen.

Van de onderzochte huisartsen was 86% gevestigd, 11% werkzaam als hidha en 3% als waarnemer. Bij vrouwelijke huisartsen was het percentage gevestigden lager dan bij mannelijke (66% versus 93%). De duur van de werkzaamheden in de referentieperiode bedroeg gemiddeld 57 maanden (vrouwen 53, mannen 58). Vrouwen werkten gemiddeld 0,64 fte en mannen 0,91 fte (gemiddeld 0,84 fte). Van de vrouwelijke huisartsen was 34% en van de mannelijke 85% voltijds of nagenoeg voltijds (>80%) werkzaam.

Tabel 1 Kenmerken steekproef

Kenmerken	Vrouwen	Mannen	Totaal
Aantal (n)	79	219	298
Gemiddelde leeftijd (jaren)	44	51	49
Opleiders (n)	3	48	51
Gevestigd (n)	52	204	256
Hidha (n)	20	12	32
Waarnemer (n)	7	3	10
Duur werkzaamheden (maanden)	53	58	57
Omvang werkzaamheden (%)	64	91	84

### Wat is bekend?

- ▶ Nagenoeg alle huisartsen nemen jaarlijks ten minste 40 uur deel aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.
- ▶ We weten niet precies hoeveel uur en om wat voor soort activiteiten het dan gaat.
- ▶ We weten ook niet of er onderlinge verschillen zijn tussen categorieën huisartsen in deelname aan deskundigheidsbevordering.

### Wat is nieuw?

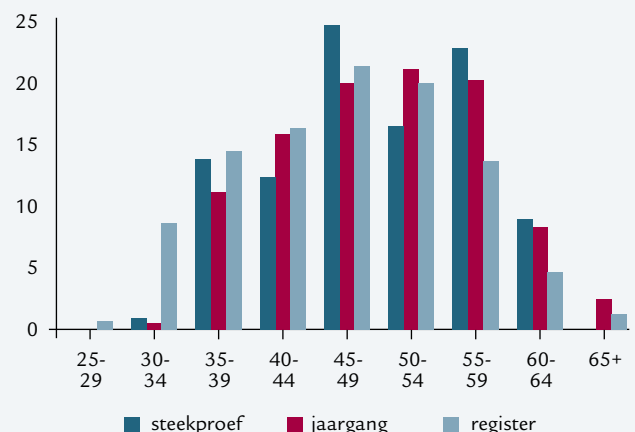
- ▶ Huisartsen besteden gemiddeld 25% meer uren aan deskundigheidsbevordering dan zij op grond van de herregistratie-eisen verplicht zijn.
- ▶ Slechts 8% van hun totaal aantal uren besteden huisartsen aan deskundigheidsbevordering door de farmaceutische industrie.
- ▶ Oudere huisartsen besteden meer tijd aan deskundigheidsbevordering dan jongere en ze doen dat vooral in de eigen regio.
- ▶ Huisartsopleiders steken aanzienlijk meer tijd in deskundigheidsbevordering dan niet-opleiders.

### Deelname aan deskundigheidsbevordering

De tijd die de huisartsen besteedden aan deskundigheidsbevordering ligt met gemiddeld 250 uur (laagste 112, hoogste 449; mediaan 238, SD=58) 25% boven het minimumaantal uren dat vereist is voor herregistratie. Van de 298 huisartsen haalden er 13 (4,4%) het vereiste minimumaantal uren niet.

In tabel 2 wordt aangegeven waar de uren aan zijn besteed: het grootste deel (78%) aan cursorische nascholing, 17% aan toetsingsactiviteiten en 5% aan individuele nascholing. De huisartsen volgden meer dan de helft van de nascholingsuren in de eigen regio. Het aandeel van de farmaceutische industrie is met ruim 8% van het totaal aantal uren deskundigheidsbevordering beperkt. Het merendeel van de huisartsen nam slechts incidenteel deel aan activiteiten die door de farmaceutische industrie waren georganiseerd. Van de toetsingsactiviteiten komt 60% voor rekening van FTO. Van de huisartsen nam 14% niet deel aan FTO

Figuur 1 Leeftijdsverdeling steekproef, jaargang 2003 en totaal aantal huisartsen in het register, in procenten



**Tabel 2** Deelname aan deskundigheidsbevordering naar soort in uren (n=298)

Soort deskundigheidsbevordering	Minimum	Maximum	Uren deelname Gemiddeld	SD	%
Cursorische nascholing:					
- regionaal	0	278	108	58,2	43
- landelijk	0	263	67	51,0	27
- industrie	0	198	21	30,0	8
- alle nascholingssoorten	58	409	195	56,8	78
Intercollegiale toetsing:					
- intercollegiaal (HAGRO)	0	122	17	26,1	7
- farmacotherapieoverleg	0	90	25	20,2	10
- alle toetsingssoorten	0	210	42	36,9	17
Alle soorten van individuele toetsing	0	161	13	25,8	5
Alle soorten van deskundigheidsbevordering	112	449	250	58,0	100

en 11% deed helemaal niet aan toetsing. Meer dan de helft (62%) van de huisartsen maakte gebruik van de mogelijkheden van individuele nascholing en verzamelde hiermee gemiddeld 33 uur (hoogste score 161).

Huisartsen zijn blijkbaar landelijk of juist meer regionaal georiënteerd: deelname aan landelijke nascholing correleerde negatief met regionale nascholing, en hoe meer FTO, hoe meer intercollegiale toetsing en hoe minder landelijke nascholing. Nascholing van de farmaceutische industrie correleerde negatief met zowel regionale als met landelijke nascholing. Individuele nascholing ten slotte correleerde negatief met zowel regionale nascholing als met FTO.

#### Relatie kenmerken en deskundigheidsbevordering

Mannelijke huisartsen namen met gemiddeld 253 uur per 5 jaar iets meer deel aan deskundigheidsbevordering dan hun vrouwelijke collega's met 242 uur (figuur 2). Dit verschil was niet significant. Vrouwen en mannen verschillen ook wat betreft de aard van de gevolgde deskundigheidsbevordering niet.

In een multi-pele regressieanalyse was er een positieve relatie tussen de totale omvang van de deelname aan deskundigheidsbevordering en de leeftijd ( $B=1,73$ ;  $p<0,05$ ), de duur van de werkzaamheden ( $B=0,83$ ;  $p<0,05$ ), maar vooral opleiderschap ( $B=40,51$ ;  $p<0,05$ ). Er bleek een positieve relatie te bestaan tussen het deelnemen aan regionale nascholing en opleiderschap ( $B=51,16$ ;  $p<0,05$ ), leeftijd ( $B=1,53$ ;  $p<0,05$ ), en duur van de werkzaamheden ( $B=1,47$ ;  $p<0,05$ ). Daarnaast besteedden opleiders ook meer tijd aan FTO ( $B=6,31$ ;  $p<0,05$ ).

Er was geen relatie tussen de omvang van de gevolgde deskundigheidsbevordering en het geslacht, het deeltijdpercentage en de wijze van beroepsuitoefening. Er was ook geen duidelijke relatie tussen deelname aan landelijke nascholing, nascholing van de farmaceutische industrie, intercollegiale toetsing en individuele nascholing met de kenmerken van huisartsen.

#### Beschouwing

Over de relatie tussen deskundigheidsbevordering en herregistratie is weinig gepubliceerd en nog minder onderzoek verricht. In dit tijdschrift heeft Hobma enkele malen aandacht besteed aan de kwalitatieve kanten van het systeem.<sup>3,4</sup> Ook in de internatio-

nale literatuur hebben wij geen onderzoek gevonden dat vergelijking met dit onderzoek mogelijk maakt. De WHO heeft een overzicht gepubliceerd van de verschillende Europese systemen van (her)registratie, waaronder de verplichting tot het deelnemen aan deskundigheidsbevordering.<sup>5</sup> Wij kunnen ons betere kwaliteitssystemen voorstellen dan onze herregistratie. Het Nederlandse systeem zou

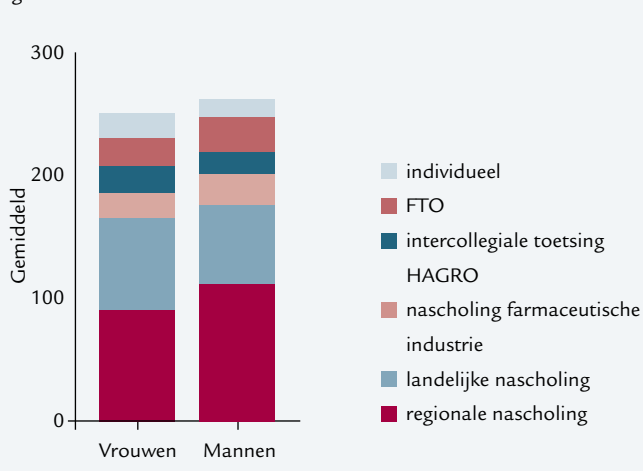
overigens op eenvoudige wijze verder kunnen worden verbeterd.<sup>6</sup>

Huisartsen doen gemiddeld 250 uur per 5 jaar aan deskundigheidsbevordering en dat is aanzienlijk meer (25%) dan zij op grond van de herregistratie-eisen verplicht zijn. Het grootste deel van de uren besteden zij aan cursorische nascholing, op afstand gevolgd door toetsingsactiviteiten inclusief FTO en individuele nascholing. Huisartsen volgen meer dan de helft van hun nascholingsuren in de eigen regio. Het aandeel van de farmaceutische industrie in het aantal uren deskundigheidsbevordering is klein.

Vrouwelijke huisartsen nemen niet meer of minder deel aan deskundigheidsbevordering of aan andere activiteiten dan hun mannelijke collega's. Datzelfde geldt voor in deeltijd en voltijds werkzame huisartsen. Ook de wijze van beroepsuitoefening, als gevestigde huisarts, hidha of waarnemer, blijkt geen verschil te maken.

Oudere huisartsen besteden meer tijd aan deskundigheidsbevordering dan jongere en ze doen dat vooral in de eigen regio. Huisartsopleiders zijn met gemiddeld 293 uur aanzienlijk actiever (21%) dan niet-opleiders met gemiddeld 242 uur. Dit is niet verwonderlijk omdat opleiders verplicht zijn scholingsactiviteiten bij de opleidingsinstituten te volgen. Omdat wij deze scholingsactiviteiten als regionale nascholing hebben geboekt is de oververtegenwoordiging van opleiders daarin verklaard.

**Figuur 2** Deelname aan deskundigheidsbevordering in uren naar geslacht



## Abstract

Kooij LR. General practitioners put a great deal of effort into increasing their skills, especially in their own region. An analysis of re-certification data. *Huisarts Wet* 2005;48(6):280-3.

**Introduction** In the Netherlands the registration of general practitioners is limited to five years. Re-certification is based on having worked as a GP and having taken part in continuing medical education (CME) for at least 40 hours per year, 200 hours per period of five years. In this study we attempted to assess the actual number of hours of CME participation, the sort of CME activities, and differences in GP participation in CME according to gender, age, trainership, whether full time or part time and how practising (settled, assistant, locum).

**Methods** Over a period of six weeks data were collected, from all requests for re-certification, on the family physicians and their participation in CME. Three types of CME were distinguished: CME courses (nationwide, regional and organised by the pharmaceutical industry), audit (peer group review, pharmaceutical therapy audit, etc.) and individual activities (by post and Internet).

**Results** The mean number of hours spent on CME was 250 per period of five years, 25% more than required for re-certification. The mean percentage of hours spent on CME courses was 78%, audit 17% and individual activities 5%. More than half of the hours were spent in participation in regional activities. Only 8% was spent on activities organised by pharmaceutical companies.

**Conclusions** No relation was found between the extent and the sort of CME and gender, full-time or part-time work or way of practising, but a relation was established with the age of the GP: older GPs spend more hours on CME than their younger colleagues. The strongest relation was

established between the number of hours spent on CME and trainership: GP trainers spent far more hours on CME, especially in the region, than GPs not recognized as trainers.

Naarmate huisartsen meer aan scholing in de eigen regio deelnemen, doen zij minder op landelijk niveau en er is een duidelijke positieve relatie tussen FTO en intercollegiale toetsing en een negatieve tussen FTO en landelijke nascholing. Dat is ook voor de hand liggend: huisartsen kunnen immers niet op twee plaatsen tegelijk zijn. De belangrijke plaats die regionale nascholing inneemt, maakt duidelijk hoe belangrijk een regionale ondersteuningsstructuur is. De vraag is hoe de regionale deskundigheidsbevordering zich onder de regie van de beroepsgroep zal ontwikkelen nu de ondersteuningsstructuur hiervan grotendeels is weggevallen.

## Dankbetuiging

Met dank aan H. Düsman voor de statistische bewerking en ondersteuning.

## Literatuur

- 1 Kooij LR. Herregistratie van huisartsen. *Med Contact* 1993;48:1405-6.
- 2 Kooij LR. Huisartsen, kwaliteitseisen en herregistratie. *Med Contact* 1995;50:1251-3.
- 3 Hobma S. Het systeem van accreditering is aan vervanging toe. *Huisarts Wet* 2003;46:298.
- 4 Hobma S. Dalhuijsen J, Engels Y. Onze (her)registratie en accreditering in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2004;47:279-83.
- 5 Rowe A. Regulation and licensing of physicians in the European region of the WHO. World Health Organization, 2003.
- 6 Tent B, Schuling J. Op weg naar toetsgestuurde nascholing. *Huisarts Wet* 2003;46:200.



Wonca-congres in Orlando: nascholing buiten de regio