

# JAARVERSLAG 2015-2016

## COLLEGE VOOR HUISARTSEN MET BIJZONDERE BEKWAAMHEDEN

### 1 Inleiding

Voor u ligt het negende jaarverslag van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Het CHBB is in 2005 opgericht door LHV en NHG om de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg te borgen en (regionale) kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen te ondersteunen door huisartsen met bijzondere bekwaamheden als zodanig te registreren. Middels deze registers wordt aan beroepsgenoten en ook aan andere partijen duidelijk gemaakt over welke bijzondere bekwaamheden de betreffende huisartsen beschikken. Daarmee wordt beoogd om de eerstelijns zorg en de samenwerking daarbinnen verder te versterken.

Dit jaarverslag heeft betrekking op de jaren 2015 en 2016. Deze jaren stonden in het teken van het evaluatieonderzoek dat het CHBB samen met het NHG heeft laten uitvoeren.

### 2 Context

Huisartsenzorg is een belangrijke voorziening in onze samenleving. Verantwoording over de kwaliteit van de geleverde zorg en borging van de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren zelf is dan ook van groot belang. De LHV en het NHG hebben daarom een kwaliteitssysteem opgezet. Het kwaliteitssysteem heeft niet alleen betrekking op het basis- en aanvullend aanbod van de huisartsenzorg, maar ook op het bijzonder aanbod dat door een aantal huisartsen wordt verricht. Een van de doelen van het kwaliteitssysteem huisartsenzorg is de implementatie en borging van kwaliteit en patiëntveiligheid door certificatie en (her)registratie van dit bijzonder huisartsgeneeskundig aanbod. Met het oog op deze doelstelling hebben de LHV en het NHG het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) opgericht. Het CHBB houdt zich bezig met de ontwikkeling van registers voor en eisen aan huisartsen met bijzondere bekwaamheden.

De registers kunnen betrekking hebben op twee typen bekwaamheden. De eerste bekwaamheid betreft specifieke huisartsenzorg, die het basis- en aanvullend takenpakket van de huisarts overstijgt. In het LHV-meerjaren beleidsplan<sup>1</sup> wordt dit het *bijzonder aanbod* van huisartsenzorg (*richting patiënt*) genoemd. Het is medische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, maar er niet exclusief toe behoort. De zorg kan facultatief door een huisartsenvoorziening worden geleverd, en wordt daarnaast ook door zorgverleners buiten de huisartsenvoorziening en door andere zorginstellingen geleverd. De benodigde kwalificaties en competenties overstijgen de reguliere kwalificatie-eisen van de huisarts en veelal ook het andere personeel. De huisarts en zo nodig de praktijkverpleegkundige of -assistente hebben hiervoor een aanvullende, gecertificeerde opleiding gevolgd<sup>2</sup>. Daarnaast dienen deze competenties ook te worden onderhouden. De tweede bekwaamheid dient aanwezig te zijn bij huisartsen die door de beroepsgroep geïnitieerde *specifieke taken* vervullen, gericht op de *verbetering* van de *kwaliteit* van de

<sup>1</sup> Het LHV-meerjarenbeleidsplan (juni 2004) is een uitwerking van het rapport van de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg 'Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, Concretisering Toekomstvisie 2012', LHV en NHG, januari 2004.

<sup>2</sup> Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie 2012. Rapport van de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg. Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering NHG op 11 december 2003

huisartsenzorg. Het betreft taken als consultant, docent, intermediair en kwaliteitsfunctionaris. Naast inhoudelijke, vakmatige kennis en vaardigheden zijn voor dergelijke functies taakgerichte kennis en bovenal vaardigheden vereist. Het NHG heeft hiervoor de kaderopleidingen huisartsgeneeskunde ontwikkeld.

De registers bieden erkenning aan de ingeschreven huisartsen. Tegelijkertijd betekenen ze een vorm van kwaliteitsborging en daarmee bescherming voor de patiënten. Ook laten de registers aan andere zorgverleners, zorgverzekeraars, overheid en inspectie zien dat de ingeschreven huisarts toegerust is voor deze bijzondere taak.

### 3 Werkzaamheden 2015-2016

#### Registers

In deze periode zijn geen nieuwe registers geopend dan wel register gesloten.

#### Geregistreerde huisartsen

In 2016 zijn 317 registraties en 169 herregistraties verleend, waarmee het totale aantal registraties op 3033 en het aantal geregistreerde huisartsen op 2572 is gekomen. 352 huisartsen staan namelijk in 2 CHBB-registers, 47 huisartsen in 3 CHBB-registers en, 5 huisartsen in maar liefst 4 CHBB-registers ingeschreven. De dubbellingen komen vooral voor bij kaderhuisartsen die tevens Erkend Kwaliteitsconsulent zijn.

De verdeling van geregistreerde huisartsen over de 16 registers per ultimo 2016 is als volgt:

	Opening	Totaal verwacht bij aanvang register	Totaal registraties	Registratie aantal in verhouding tot 2014
Kaderhuisarts Astma/COPD	1-1-2007	20	44	-1
Kaderhuisarts Beleid & Beheer	1-6-2009	20	52	+17
Kaderhuisarts Diabetes	19-6-2008	20	46	+7
Kaderhuisarts GGZ	1-1-2007	15	32	+13
Kaderhuisarts Supervisor	1-1-2007	60	553	+12
Kaderhuisarts HVZ	6-11-2009	20	64	+17
Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde	1-3-2009	20	115	+26
Kaderhuisarts Palliatieve Zorg	1-1-2007	85	87	+9
Kaderhuisarts Urogynaecologie	1-12-2008	20	36	+8
Kaderhuisarts Bewegingsapparaat	21-03-2014	15	28	+12
EKC	1-1-2007	800	1645	+62
Echografie	1-1-2007	100	278	+100
Oogheelkunde	1-1-2007	400	226	-17
Reizigersadvisering	8-1-2008	500	233	-6
Verloskunde	1-1-2007	250	64	-4
Justitiële Huisartsenzorg	1-3-2010	150	30	-6
<b>TOTAAL</b>		2480	<b>3033</b>	<b>+348</b>

Het totaal aantal verleende registraties ligt hoger dan verwacht. Dit komt met name door een groot aantal huisartsen dat in de kaderopleidingen heeft afgerond. Daarnaast zien we het aantal huisartsen in de CHBB-registers voor bijzondere huisartsgeneeskundige zorg over het algemeen afnemen. Het aantal Echografisch bekwame huisartsen is de uitzondering op de regel met een toename van 56%.

### **Onderzoek**

Bij gelegenheid van het 10 jarig bestaan van het CHBB is de betekenis van de CHBB registers onder de loep genomen aan de hand van een wetenschappelijke evaluatie door IQ Healthcare (2015). Bij de beroepsgroep bleek behoefte te zijn aan inzicht in de in- en uitstroom van de registers (en de achterliggende redenen), de werkzaamheden van de huisartsen met een bijzondere bekwaamheid en de aansluiting tussen vraag en aanbod wat betreft de (gevraagde) werkzaamheden, en de competenties al dan niet ontwikkeld via scholing en opleiding.

Dit door CHBB en NHG geïnstigeerde onderzoek is afgerond met een door het NHG georganiseerde invitational conference (februari 2016) over de uitkomsten daarvan. Dit alles heeft geleid tot een aantal aanbevelingen.

#### Het evaluatierapport.

Ruim een derde van de 1100 bij het CHBB geregistreerde huisartsen reageerde op de toegestuurde enquête, te weten 50% van de kaderhuisartsen, 40% van de huisartsen met bijzonder aanbod en 30% van de EKC'ers. Kaderhuisartsen besteden gemiddeld ongeveer twee dagen per maand aan hun kaderwerkzaamheden en EKC'ers een halve dag per maand. De werkzaamheid van huisartsen met bijzonder aanbod is wisselend, tussen 14 en 40 consulten per maand. Er is geen goede balans tussen vraag en aanbod. Zo lijkt er een overaanbod aan huisartsen die zich bezig houden met reisadvisering en supervisie, maar er is meer vraag dan aanbod voor kaderhuisartsen diabetes, astma/COPD en ouderenzorg. Dat laatste hangt ongetwijfeld samen met de wens van veel zorggroepen om een kaderhuisarts te betrekken bij hun ketenzorgprogramma's. De kaderopleiding 'Beleid en Beheer' blijkt huisartsen duidelijk beter te positioneren voor een bestuurs- of managementfunctie in de huisartsenzorg.

Opmerkelijk is dat de kaderhuisartsen rapporteren dat hun werkzaamheden slechts in de helft van de gevallen financieel worden vergoed, en dan nog vaak voor minder dan het reguliere huisartsentarief. De vergoeding is beter en meer structureel geregeld voor kaderhuisartsen in de bekende ketens (DM2, CVRM, Astma/COPD). De vergoedingen van de consulten bijzonder aanbod zijn in het algemeen afdoende geregeld. Bij de EKC'ers is relatief veel ontevredenheid over de financiering, maar ook over de inhoud en inbedding van hun werkzaamheden.

Ook de belangrijkste stakeholders, zoals verzekeraars, zorggroepen, koepelorganisaties en ook specialisten en ziekenhuizen zijn ondervraagd over de huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Zij zien over het algemeen belangrijke meerwaarde in goed opgeleide kaderhuisartsen en huisartsen met bijzonder aanbod. Ook de verschillende brugfuncties (nl. die tussen eerste en tweede lijn en die tussen zorggroep en huisartspraktijk) worden door de stakeholders onderschreven. Wel menen zij dat meer aandacht zou moeten worden besteed aan nascholing, positionering, financiering en PR van de functies.

#### Registratie waardevol voor erkenning en kwaliteit.

De bevindingen uit het rapport zijn besproken tijdens een invitational conference met experts op het gebied van kwaliteit en kaderopleidingen en met huisartsen van de verschillende expertgroepen. De belangrijkste algemene conclusie was dat goed georganiseerde registratie van huisartsen met bijzondere bekwaamheden waardevol is.

Het biedt deze huisartsen erkenning, zowel naar de eigen collega's als naar externe stakeholders. Het voorkomt discussies over hun competenties. Daarnaast zorgt de (her)registratie procedure ervoor dat er blijvend kwaliteitseisen gesteld worden aan deze huisartsen. De aanwezigen pleiten dan ook voor voortzetting van de registers. De experts menen wel dat het aantal registers bijzonder aanbod niet al te groot moet worden. Er moet een relatie blijven met de kern van het huisartsen vak en het generalistische karakter daarvan moet niet worden ondergraven door teveel apart te registreren bijzondere bekwaamheden. Opname in een register dient een opmaat te zijn voor een reële vergoeding van de uitgevoerde consulten in het bijzonder aanbod. Dat kan in de toekomst ook vaker in anderhalfdelijns centra, waar naast specialisten dan ook huisartsen met bijzondere bekwaamheden kunnen gaan werken.

#### Inzet kaderhuisartsen uitbreiden.

Kaderhuisartsen zijn een belangrijke schakel in het kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg, en zij versterken dat kwaliteitsbeleid nadrukkelijk. Ze hebben zich ontwikkeld tot gerespecteerde gesprekspartners van specialisten op het betreffende klinisch deelgebied en vervullen een brugfunctie met het ziekenhuis. Kaderhuisartsen zouden zich nog meer mogen profileren, er moet meer aandacht komen voor hun vindbaarheid en zorggroepen zouden vaker en systematisch kaderhuisartsen moeten aanstellen in alle relevante klinische deelgebieden.

#### Meer aandacht didactische vaardigheden en leiderschap

De didactische vaardigheden van kaderhuisartsen kunnen worden versterkt en vragen om een blijvende investering. Daarnaast zou de kaderopleiding meer mogen investeren in de competenties leiderschap tonen en onderhandelen. Kruisbestuiving met de kaderopleiding beleid en beheer zou hieraan kunnen bijdragen.

Een kaderhuisarts wordt primair opgeleid om met zijn extra competenties het kwaliteitsbeleid te versterken, en niet voor het leveren van aanvullende individuele patiëntenzorg in zijn klinisch deelgebied. Volgens de experts zouden patiëntencontacten door kaderhuisartsen alleen opportuun zijn in een didactische setting ter verbetering van de competenties van de consultatie vragende huisarts.

Het zou goed zijn als in de sollicitatieprocedure voor de kaderopleiding rekening wordt gehouden met de bereidheid om de nieuwe competenties ook echt in te zetten voor het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep.

De EKC'ers verrichten hun rol vaak vooral vanwege de formele noodzaak van de toetsgroep om een EKC in haar gelederen te hebben. Het belang van de inhoudelijke bijdrage van de EKC, namelijk verbetering van de werkwijze van die toetsgroep, blijft daarbij vaak onderbelicht. Volgens de experts moet de aantrekkingskracht om EKC te worden verbeterd worden. Onderdeel daarvan is ook een reële vergoeding voor de werkzaamheden, bijvoorbeeld door de eigen collega's al dan niet uit de toetsgroep.

#### **Bestuur**

Eind 2016 bestond het bestuur van het CHBB uit de volgende huisartsen:

- De heer drs. Adrie Evertse, voorzitter, benoemd door het NHG en de LHV
- De heer prof. dr. Mattijs Numans, penningmeester, benoemd door het NHG
- *vacature bestuurslid vanuit de kwaliteitskringen, benoemd door de LHV*
- De heer drs. Joop Blaauw, benoemd door de LHV
- De heer prof. dr. Guy Rutten, benoemd door het NHG

De heer drs. Maarten Klomp heeft in oktober 2016 na meer dan 10 jaar afscheid genomen als voorzitter van het CHBB. Zijn positie is overgenomen door de heer drs. Adrie Evertse die al bestuurslid van het CHBB was. Partijen vonden het essentieel dat een huisarts met kennis van zaken de functie van voorzitter op zich zou nemen.

Het bestuur werd bij haar werk ondersteund door

- Mevrouw drs. Liesbeth van der Jagt, adviseur NHG
- *vacature, adviseur LHV.*
- Mevrouw mr. Swaneilde Kooij, ambtelijk secretaris CHBB
- Mevrouw Marja de Kruijff, secretaresse CHBB

### **Commissie van Beroep**

Het CHBB heeft in 2007 ter uitvoering van het beroepsreglement (2006-1) een onafhankelijke Commissie van Beroep in het leven te roepen waarbij beroep kan worden aangetekend tegen zijn beslissingen omtrent (her)registratie en het instellen van registers.

De Commissie van Beroep van het CHBB is officieel benoemd door de LHV en het NHG en bestaat uit:

- De heer dr. G.A. van Essen
- De heer drs. J.F. van Santen
- De heer prof. dr. K. van der Meer

Mevrouw drs. A.M. Bootsma-de Langen is plaatsvervangend lid.

Tot op heden is er nog geen beroep aangetekend tegen beslissingen van het CHBB. De Commissie van Beroep heeft dus nog niet in haar hoedanigheid gefunctioneerd.

## **4 Toekomst**

Belangrijkste aandachtspunt voor het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden in 2017 is de betrokkenheid van de expertgroepen bij de verschillende registers. Dit is, met name bij de expertgroepen voor bijzondere huisartsgeneeskundige zorg, een probleem.