

## CHBB-register kaderhuisarts Astma/COPD

### 1 Inleiding

LHV en NHG hebben met ingang van oktober 2005 een College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) ingesteld. Dit college heeft tot taak, het aanleggen en bijhouden van registers voor huisartsen met deskundigheid in het kader van het *bijzonder aanbod*<sup>1</sup> van huisartsenzorg *richting patiënt* en in het kader van door de beroepsgroep geïnitieerde *specifieke taken*, gericht op de *verbetering van de kwaliteit* van de huisartsenzorg.

Het CHBB hanteert ten behoeve van erkenning als register en opname van huisartsen in het register een reglement (Regeling CHBB 2005-1), een toetsingskader (Regeling CHBB 2005-2), een uitvoeringsregeling (Regeling CHBB 2005-3), en voor opname in het register specifieke registratie-eisen waaraan moet worden voldaan.

In deze notitie staat informatie over de specifieke taak als *kaderhuisarts astma/COPD* en worden de criteria voor de instelling van het register en de specifieke eisen voor inschrijving in dit register weergegeven. Deze specifieke registratie-eisen zijn door het NHG in samenwerking met de COPD en Astma HuisArtsen expertGroep (CAHAG) geformuleerd.

### 2 Instelling van het register

#### 2.1 Noodzaak en wenselijkheid

##### 2.1.1 Aanleiding

Chronische longaandoeningen zijn een van de meest voorkomende chronische aandoeningen in ons land. De huisarts is vaak degene die met de eerste symptomen geconfronteerd wordt, de diagnose stelt en het merendeel (circa 60 tot 80 procent) van de zorg voor mensen met astma/COPD op zich neemt.<sup>2</sup> Vooral patiënten met milde tot matige ziekte- ernst<sup>3</sup> die een minder complexe behandeling nodig hebben, blijven geheel binnen de zorg van de huisartsenpraktijk.

Over het algemeen zijn deze mensen met astma en mensen positief over de zorg verleend door de huisarts. Wel kent de eerstelijns astma/COPD-zorg een aantal belangrijke aandachtspunten.

- Het aantal mensen dat bij de huisarts de diagnose astma heeft gekregen ligt een stuk lager dan het aantal mensen met klachten dat op basis van bevolkingsonderzoek bekend is.<sup>4</sup>
- In praktijken zonder praktijkverpleegkundige schiet de bezetting in toenemende mate te kort om volgens de huidige richtlijnen de zorg voor astma- en COPD-patiënten te kunnen verlenen, mede in het licht van de toegenomen prevalentie van astma/COPD.
- Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijke variatie in geleverde zorg bestaat, zodat noodzakelijke zorg in onvoldoende mate aan alle astma/COPD-patiënten ten goede komt.

<sup>1</sup> Dit in navolging op de indeling algemeen, bijzonder en aanvullend aanbod van de huisartsenzorg zoals is vastgelegd in de 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012' van het NHG en de LHV.

<sup>2</sup> Hoogendoorn-Lips M, Feenstra T, Hoogenveen R, Van Genugten M, Rutten-van Molken M. Projections of the future burden of COPD in the Netherlands by disease severity using a dynamic population model of disease progression. Eur Resp J 2004; 4:701s.

<sup>3</sup> astma stap 1 en 2, deels stap 3, COPD GOLD 1 en 2

<sup>4</sup> Boezen HM (RUG), Postma DS (AZG), Smit HA (RIVM), Gijsen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Hoe vaak komen astma en COPD voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen/Ademhalingswegen/Astma en COPD, 15 september 2003.

- Bovendien vinden systematische verantwoording, feedback of benchmarking niet of onvoldoende plaats.

Er is dus noodzaak om de kwaliteit, organisatie en inhoud van de huisartsgeneeskundige zorgverlening bij astma en COPD te versterken. Kaderhuisartsen astma/COPD spelen hierbij een belangrijke rol. Zij kunnen de implementatie van kennis en richtlijnen in de dagelijkse praktijk bevorderen en de rol van de huisarts in de ketenzorg borgen en waar nodig versterken.

### **2.1.2 Beschrijving van het domein**

Het merendeel (circa 60 tot 80 procent) van de zorg voor de patiënten met astma/COPD vindt plaats in de huisartsenpraktijk.<sup>5</sup> De huisarts is vaak degene die met de eerste symptomen geconfronteerd wordt en de diagnose stelt.<sup>6</sup> De huisarts(-praktijk) werkt samen met astma/COPD-diensten, de wijkverpleegkundige, fysiotherapie en apotheek.<sup>7</sup> Verwezen wordt naar de tweede lijn (kinderarts, longarts) bij diagnostische problemen, indien de streefdoelen niet worden gehaald ondanks optimale behandeling, bij exacerbaties die niet thuis behandeld kunnen worden en bij de vraagstelling longrevalidatie conform landelijk gemaakte samenwerkingsafspraken.<sup>8</sup> Gedeelde zorg vindt hoofdzakelijk plaats bij de behandeling van ernstige exacerbaties, bij astma met kinderen en in de terminale fase van COPD.

Astma en COPD worden sterk beïnvloed wordt door omgevingsfactoren (prikkels) Ook heeft een groot deel van de patiënten (met COPD) co-morbiditeit. Deze ziektebeelden gaan daarom veelal gepaard met een complexe zorgverlening waar meerdere zorgverleners in onderlinge afstemming bij betrokken kunnen zijn. Disease management en ketenzorg zijn als zorgmodellen noodzakelijk. Huisartsen zijn hierin een belangrijke partij, omdat ze in de zorg veelal als zorgcoördinator worden gezien.<sup>9</sup>

### **2.1.3 Motivering instelling register**

Door instelling van dit register worden taakomschrijving en kwaliteit van de kaderhuisartsen COPD & Astma in Nederland gehandhaafd en waar nodig verbeterd. Huisartsen en organisaties die een beroep doen op de kaderhuisarts astma/COPD halen daarmee gekwalificeerde expertise in huis. Naast borging van kwaliteit en inhoud kan dat nuttig zijn bij het verkrijgen van financiering om de beschreven taken uit te kunnen oefenen.

### **Wetenschappelijke onderbouwing**

Optimale eerstelijns zorg voor mensen met astma of COPD is onderbouwd in een aantal 'evidence-based' richtlijnen. De belangrijkste zijn de NHG standaarden over astma en COPD, de bijbehorende Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) en de CBO-ketenzorgrichtlijn. Deze richtlijnen vormen de inhoudelijke basis voor de kaderopleiding astma/COPD.

Zoals bovenstaand beschreven, is er een breed gedragen behoefte aan versterking van de kwaliteit van zorg, bevordering van de samenwerking en ondersteuning bij de implementatie van de richtlijnen in de dagelijkse praktijk.

<sup>5</sup> Hoogendoorn-Lips M, Feenstra T, Hoogenveen R, Van Genugten M, Rutten-van Mölken M. Projections of the future burden of COPD in the Netherlands by disease severity using a dynamic population model of disease progression. Eur Resp J 2004; 4:701s.

<sup>6</sup> Gijsen R (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Achtergronden en details bij cijfers over astma uit huisartsenregistraties. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen\Ademhalingswegen\Astma en COPD, 14 mei 2003.

<sup>7</sup> Smeele IJM. Organisatie van extramurale zorg voor de patiënt met COPD. In: Dekhuijzen PNR (red). COPD. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2004.

<sup>8</sup> Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) Astma bij kinderen, Astma bij volwassenen, en COPD. Zie de NHG-website: <http://nhg.artsennet.nl>.

<sup>9</sup> Kruijff AF, Adema I. Lucht via lijnen. Een verkenning van disease management bij COPD en astma. Zoetermeer: STG, 2000.

Kaderhuisartsen hebben een ondersteunende taak, gericht op kwaliteitsverbetering, samenwerking en implementatie. Daarbij gebruiken ze technieken waarvan in de praktijk zoveel mogelijk is aangetoond dat ze invloed hebben op de kwaliteit van zorg en toepasbaar zijn voor de huisarts.<sup>10,11,12</sup>

### **Specifieke taak in het kwaliteitsbeleid**

Kaderhuisartsen astma/COPD zijn de aangewezen personen om de COPD & Astma-deskundigheid van huisartsen/huisartspraktijken te bevorderen en daarmee de kwaliteit en inbedding van de huisartsgeneeskundige zorg door de huisarts te vergroten. De wenselijkheid om de huisartsgeneeskunde te ondersteunen met kaderhuisartsen is beschreven in de NHG/LHV nota 'kwaliteit op koers'. In aanvulling daarop vormt het STG-rapport 'Lucht via lijnen' een van de belangrijke onderleggers voor de inhoudelijke onderbouwing en invulling van de kaderopleiding astma/COPD.

De dienstverlening en de taken van de kaderhuisarts zijn niet gericht op patiëntenzorg in eigen praktijk, maar op het verbeteren, versterken en uitbreiden van de Astma/COPD-zorg bij collega huisartsen. De kennis en vaardigheden van de kaderhuisarts Astma/COPD stijgt dan ook uit boven de basiskennis en -kunde die voor een huisarts vereist is.

## **2.2 Criteria**

### **2.2.1 Kwaliteit van de inhoud en opzet van de opleiding**

Om kaderhuisarts Astma/COPD te worden, moet de huisarts de door het NHG erkende kaderopleiding astma/COPD 'Lucht via lijnen' aangeboden door de Voortgezette Opleiding tot Huisartsen (VOHA), verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen, hebben afgerond.

*Informatie over het curriculum, de eindtermen, de opzet, de docent instructie en de evaluatiecriteria van de erkende opleiding(en) is op aanvraag te krijgen.*

### **2.2.2 Werkzaamheid op het betreffende gebied**

De kaderhuisarts astma/COPD houdt zich bezig met:

- Ondersteuning van collega huisartsen (door middel van consultatie) in het organiseren en verlenen van de zorg
- Begeleiding van kwaliteitsprojecten gericht op astma/COPD te begeleiden
- Initiëren, coördineren en participeren in regionale astma/COPD (vernieuwingsprojecten)
- Organiseren van nascholing voor huisartsen en praktijkondersteuners op het gebied van astma/COPD
- Het regionale aanspreekpunt van een landelijk netwerk van huisartsen (CAHAG) met expertise op het gebied van Astma en COPD

De volgende criteria zijn van toepassing op de werkzaamheden van de kaderhuisarts Astma/COPD:

- tenminste 40 uur actief geweest als consulent/begeleider/docent deskundigheidsbevordering (inhoudelijk en/of organisatorisch) in de laatste 5 jaar
- of*
- tenminste 40 uur als projectadviseur, projectleider of kwaliteitsdeskundige bijgedragen aan lokale/regionale zorgverandering in de laatste 5 jaar;
- of*

<sup>10</sup> Richtsnoer Good Health Innovation Practice versie 1.0 Utrecht maart 2003 GHIP kennis en coördinatiecentrum / [www.ghip.nl](http://www.ghip.nl)

<sup>11</sup> Geboers H, Grol R, van den Bosch W, et al. A model for continuous quality improvement in small scale practices. Quality in Health Care 1999;8:43-8

<sup>12</sup> Grol R. Kwaliteitsbevordering voor en door huisartsen. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht 1997

- tenminste 40 keer consultatie verleend als projectadviseur aan een huisarts in de laatste 5 jaar
- of
- tenminste 40 uur uitvoerend onderwijs aan studenten basiscurriculum of haio's gegeven in de laatste 5 jaar;
- of
- een combinatie van bovenstaande activiteiten met een equivalente omvang

*De activiteiten dienen betrekking te hebben op Astma/COPD zorg in de eerste lijn/transmurale zorg.*

### **2.2.3 Aan specifieke taak aangepaste praktijkvoering**

Niet van toepassing

### **2.2.4 Deskundigheidsbevordering**

De kaderhuisarts Astma/COPD dient deel te nemen aan tenminste 20 uur relevante geaccrediteerde nascholing op dit vakgebied per 5 jaar. Daarnaast dient de kaderhuisarts Astma/COPD deel te nemen aan tenminste 20 uur geaccrediteerde intervisie per 5 jaar waarvan minimaal 50% met kaderhuisartsen Astma/COPD.

## **3 Inschrijving in het register**

De toelating van een individuele huisarts in het register voor 'kaderhuisarts astma/COPD' wordt door het CHBB getoetst aan de hand van de volgende punten.

### **3.1 Opleiding**

De huisarts moet voor inschrijving in dit register als kaderhuisarts Astma/COPD aantonen de kaderopleiding astma/COPD 'Lucht via lijnen' met goed gevolg te hebben afgerond. Inschrijving in het register is ook mogelijk als de huisarts kan aantonen een andere opleiding, dan onder paragraaf 2.2.1 aangegeven, te hebben gevolgd en aantoonbare bekwaam en/of ervaren te zijn. De huisarts moet hiervoor een overzicht overleggen, dat door het CHBB wordt beoordeeld. Zij kan hierbij advies vragen aan NHG/CAHAG.

### **3.2 Werkzaamheid op het betreffende gebied**

De huisarts dient, indien de opleiding langer dan een jaar geleden is afgerond, bij zijn verzoek tot inschrijving een overzicht te kunnen leggen waaruit blijkt dat er voldoende werkzaamheden op dit terrein zijn verricht.

### **3.3 Aan taak aangepaste praktijkvoering**

Niet van toepassing

### **3.4 Deskundigheidsbevordering**

Indien de registratie als kaderhuisarts Astma/COPD langer dan 5 jaar geleden heeft plaatsgevonden, dient de kaderhuisarts om in aanmerking te kunnen komen voor herregistratie aan te tonen, te hebben voldaan aan de in paragraaf 2.2.4 gestelde eisen

Deze regeling kan worden aangehaald als '**Regeling CHBB 2006-9**'<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Versie juni 2015

