

## CHBB-register Kaderhuisarts Beleid en Beheer

# 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 Beleid en Beheer* 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 in samenwerking met de huisartsen Beleid & Beheer adviesgroep (haBBag) geformuleerd.

# 2 Instelling van het register

## 2.1 Noodzaak en wenselijkheid

### 2.1.1. Aanleiding

In de eertelijns gezondheidszorg in Nederland treden verschuivingen op die vragen om een planmatige aansturing. Deze verschuivingen treden op in zorgvraag en de wijze waarop de zorg wordt aangeboden.

Om te beginnen verandert de zorgvraag. Eén van de oorzaken daarvan is de vergrijzing. Dit veroorzaakt een toenemende behoefte aan complexe zorg dicht bij huis. Patiënten stellen eisen aan bereikbaarheid en beschikbaarheid en vragen om meer maatwerk. Zij zijn gebaat bij huisartsenzorg die zich niet alleen richt op het behandelen van ziektes, maar ook op het voorkomen ervan. Ten tweede verandert de aard van de aangeboden zorg door marktwerking en door de ontwikkeling van ketenzorgprogramma's. Tegelijkertijd wordt huisartsgeneeskundige zorg steeds meer geleverd vanuit voorzieningen<sup>2</sup> met meerdere zorgverleners (huisartsen, praktijkondersteuners, assistentes) die vaak parttime werken. De plaats die de huisarts en in het verlengde daarvan de huisartsvoorziening in het geheel van de zorg inneemt vraagt voortdurend aandacht, net als de manier waarop dit voor de verschillende partijen zichtbaar is.

Deze ontwikkelingen vragen om huisartsen die het belang van een goede organisatie en afstemming niet alleen inzien, maar dit ook, vanuit een onderbouwd kader, kunnen vertalen in effectieve en praktisch haalbare maatregelen. Allereerst voor de patiënten en binnen de eigen organisatie, maar ook in relatie met andere zorgverleners. Kwaliteitsmanagement, praktijkaccreditatie, een praktijkplan en projectmatig werken zijn

<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> In dit document wordt niet langer gesproken over een huisartspraktijk, maar over een huisartsenvoorziening, zoals die staat beschreven in de toekomstvisie van de beroepsorganisaties. Hieronder vallen de huidige praktijken en de samenwerkingsverbanden, gericht op zorg voor 10.000 tot 15.000 patiënten.

begrippen die hier vanzelfsprekend bij horen. In het verlengde daarvan komen personeelsmanagement, leiding geven, onderhandelen en besturen. De kennis en vaardigheden om dit voor elkaar te krijgen komen sporadisch aan bod in de reguliere opleiding. Het zijn ook geen onderwerpen waar veel huisartsen warm voor lopen. Inzicht in deze problematiek is echter van cruciaal belang willen de huisartsen zelf aan het roer van de kwaliteit van de eerstelijnszorg kunnen blijven staan. De huisartsen zijn immers de hoogst opgeleide professionals in de eerstelijnsgezondheidszorg en zij worden hier op aangesproken, onder meer door de zorgverzekeraars.

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

Kaderhuisartsen Beleid en Beheer vormen een ondersteunend netwerk op het gebied van de praktijkorganisatie in brede zin. Zij zijn inzetbaar voor ondersteuning op individueel niveau, maar kunnen, zo nodig in samenwerking met ander partijen, ook op regionaal niveau ondersteuning bieden bij vragen rond beleid en beheer. Ze beschikken over ervaring met het initiëren van zorginnovaties op regionaal niveau. Ze kunnen adviseren bij het opzetten van samenwerkingsverbanden en bij het herinrichten van bestuurlijke structuren.

### **2.1.3 Motivering instelling register**

Door instelling van een register voor kaderhuisartsen Beleid en Beheer wordt de kwaliteit van de organisatie van de huisartsgeneeskunde verbeterd. Huisartsen die ondersteuning vragen kunnen er van op aan dat ze van kaderhuisartsen Beleid en Beheer goed onderbouwde adviezen krijgen voor wat betreft de organisatie van de praktijk en het aangaan van samenwerkingsverbanden. De adviezen van kaderhuisartsen beleid en beheer zijn niet alleen gestoeld op een goede inhoudelijke onderbouwing, maar zij sluiten ook gemakkelijk aan op de dagelijkse praktijk omdat de kaderhuisartsen in datzelfde vak werkzaam zijn. Daarnaast is een voordeel dat de kaderhuisartsen Beleid en Beheer een landelijk netwerk vormen. Door de registratie van deze huisartsen in een register zijn ze herkenbaar en daarmee inzetbaar voor projecten.

Kaderhuisartsen Beleid en Beheer kunnen gericht nascholing geven wanneer nieuwe ontwikkelingen in de (organisatie van de) zorg dat vereisen. Daarnaast kunnen ze gericht bijdragen aan de implementatie van bestaande kwaliteitssystemen, zoals de NHG-accreditering, en aan de verdere ontwikkeling daarvan.

### **Wetenschappelijke onderbouwing**

In het bedrijfsleven geldt dat productverbetering vooral voortkomt uit verbetering van de organisatie. Of dit opgaat voor een huisartsenvoorziening is moeilijk te bewijzen. Wel is aangetoond dat de zorg voor chronische patiënten verbetert wanneer de praktijkorganisatie verbetert. Ervaringen, opgedaan bij de NHG-accreditering, maken duidelijk dat het verbeteren van de praktijkorganisatie een moeizaam leerproces is.

Een vergelijking van gezondheidszorgsystemen in verschillende landen laat zien dat er op het gebied van organisatie van de zorg voor ons land nog een aantal verbeterpunten zijn: de mogelijkheden van ICT in combinatie met het EPD worden nog onvoldoende benut en er is vaak geen gedocumenteerde procedure voor follow-up en analyse van medische fouten. Het kwaliteitsbeleid in de praktijk kan beter. Er is weinig inzet van multidisciplinaire teams op het gebied van de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen en er worden ook nog weinig gegevens verzameld over de patiëntervaringen met de zorg.<sup>3</sup> Weliswaar zijn er op het gebied van een aantal specifieke ziektebeelden al grote stappen gezet in de verbetering van de zorg (diabetes, COPD), toch kunnen lang niet alle praktijken de zorg leveren die op dit moment wenselijk

---

<sup>3</sup> Grof RPTM, Faber MJ, Braspenning JCC, Timmermans AE. De kwaliteit van zorg: huisartsen aan het woord in zeven landen. Huisarts Wet 2007;50(7):290-5.

wordt geacht.<sup>4</sup> Ook bij andere chronische ziektebeelden, zoals de zorg aan CVA-patiënten, valt er nog veel te winnen.<sup>5</sup> Een coördinerende rol van de (huis)arts in ketenzorg programma's leidt tot een betere uitkomst voor de patiënt.<sup>6</sup>

Bovenstaande verbeterpunten zijn slechts enkele voorbeelden die de noodzaak van een goed georganiseerde eerstelijnszorg onderstrepen en waarbij de (sturende) rol van de huisarts meerwaarde geeft. Het leren denken en het omzetten van handelen in een kwaliteitssysteem blijkt voor veel huisartsen niet vanzelfsprekend te zijn. Zij kunnen vaak wel werken binnen de structuur van een kwaliteitssysteem, maar het meedenken over de ontwikkeling ervan vraagt om andere vaardigheden. In de huisartsopleiding wordt aan praktijkmanagement op dit moment beperkt aandacht gegeven.<sup>7</sup> Van kaderhuisartsen Beleid en Beheer mag worden verwacht dat zij het inzicht en oordeelsvermogen hebben om de juiste kennis van andere disciplines over te nemen en toe te passen.

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

Kaderhuisartsen Beleid en Beheer hebben vaardigheden die passen binnen de kwaliteitscyclus volgens Deming.<sup>8</sup> Zij hebben overzicht over de gehele gezondheidszorg en de plaats die de huisartsgeneeskunde daarbij inneemt. Zij kunnen plannen over de inrichting van de zorg initiëren en beoordelen. Zij hebben ervaring met het omzetten van plannen in concrete projecten, waarbij zij niet alleen aandacht hebben voor de technische uitvoerbaarheid, maar ook voor de financiering. Zij hebben bestuurlijke vaardigheden en onderhandelingstechnieken aangeleerd. Kaderhuisartsen Beleid en Beheer zijn gewend cyclisch te denken, waarbij evaluatiemomenten tijdens en na de uitvoering leiden tot bijstelling van de plannen.

Kaderhuisartsen Beleid en Beheer houden zich bezig met:

- Adviseren van collega-huisartsen over de verschillende organisatie- en bestuursstructuren die van belang zijn voor de huisartsgeneeskunde;
- Begeleiden van organisatieveranderingen in de huisartsenzorg;
- Adviseren van collega-huisartsen en onderwijsinstellingen over de inzet en het opleiden van medewerkers in de huisartspraktijk;
- Bevorderen van de deskundigheid van collega's door het organiseren van nascholing. Daarbij staat de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg centraal.

## **2.2 Criteria**

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

Om kaderhuisarts Beleid en Beheer te worden, moet de huisarts de door het NHG erkende kaderopleiding Beleid en Beheer, aangeboden door vakgroep Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het LUMC (Leids Universitair Medisch Centrum), in samenwerking met de Boerhaave commissie van het LUMC en het NHG, 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.*

---

<sup>4</sup> Van Avendonk MJP, Gorter KJ, Van den Donk M, Rutten GEHM. Is de huisartsenpraktijk wel toegerust voor optimale diabeteszorg? Een vragenlijstsonderzoek. Huisarts Wet 2007;50(11):529-34.

<sup>5</sup> Van den Bos GAM, Visser-Meily JMA, Van Exel NJA. Optimalisering van de zorg aan CVA-patiënten in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50(11):552-6.

<sup>6</sup> Hill LL, Fontanesi J. Improving physician involvement in care management programs. J Med Pract Manage. 2008;24(1):53-8.

<sup>7</sup> Maaijen J. Onderwijs in Praktijkmanagement voor de huisartsopleiding, de concrete invulling. Utrecht: SVUH, 2008.

<sup>8</sup> Latzko WJ, Saunders DM. Vier dagen met dr Deming. Amsterdam: Pearson Education, 1996.

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

De kaderhuisarts Beleid en Beheer:

- Ondersteunt collega huisartsen (door middel van consultatie) in het organiseren van de zorg en de daarbij horende zorgstructuren.
- Initieert, coördineert en/of participeert in regionale zorgvernieuwingsprojecten en in andere projecten, gericht op de organisatie van de zorg.
- Organiseert en/of draagt bij aan deskundigheidsbevordering voor huisartsen, praktijkondersteuners, assistentes en het management in de huisartsenvoorziening.
- Is het regionale aanspreekpunt in een landelijk netwerk van huisartsen met expertise op het gebied van beleid en beheer in de zorg.

De volgende criteria zijn van toepassing op de werkzaamheden. Van een kaderhuisarts Beleid en Beheer mag worden verwacht dat zij of hij:

- tenminste 40 uur deskundigheidsbevordering aan een huisartsengroep (inhoudelijk en/of organisatorisch) in de laatste 5 jaar heeft gegeven.
- of*
- tenminste 40 uur individuele consultatie aan een huisarts of een huisartsenstructuur in de laatste 5 jaar heeft verleend.
- of*
- een combinatie van bovenstaande activiteiten met een equivalente omvang heeft verricht.

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

Niet van toepassing.

### **2.2.4 Deskundigheidsbevordering**

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

## **3 Inschrijving in het register**

De toelating van een individuele huisarts in het CHBB-register Kaderhuisarts Beleid en Beheer 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 Beleid en Beheer aantonen de NHG-erkende kaderopleiding Beleid en Beheer succesvol te hebben afgerond.

Inschrijving in het register is ook mogelijk als de huisarts kan aantonen een andere vergelijkbare opleiding, dan onder paragraaf 2.2.1 aangegeven, te hebben gevolgd en aantoonbaar bekwaam en/of ervaren te zijn. De huisarts moet hiervoor een overzicht overleggen, dat door het CHBB wordt beoordeeld. Zij kan hierbij het haBBag advies vragen.

### **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 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 opleiding tot kaderhuisarts Beleid en Beheer langer dan 5 jaar geleden is voltooid, 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 2009 -1**'<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Versie juni 2015