



Huisartsen met bijzondere bekwaamheden onder de loep

Een kwart van de kaderopgeleide huisartsen laat zich niet registreren of herregistreren in de registers van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Dit is een van de uitkomsten van een evaluatieonderzoek naar de positie en het effect van bij het CHBB geregistreerde huisartsen. Een andere uitkomst is dat kaderhuisartsen zich meer mogen profileren.

In 2006 richtten NHG en LHV het CHBB op. De beroepsgroep wil met deze registers de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg borgen, (regionale) kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen ondersteunen en andere partijen duidelijkheid geven over de bijzondere bekwaamheden van de betreffende huisartsen. Voor een groot aantal huisartsen vertaalt 'een leven lang leren' zich in een specifieke bekwaamheid die op deze manier wordt erkend en geborgd. In de CHBB-registers wordt onderscheid gemaakt tussen kaderhuisartsen, huisartsen met bijzonder aanbod en erkend kwaliteitsconsulenten (EKC's). Ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van de CHBB lieten NHG en CHBB in 2016 een evaluatief onderzoek verrichten naar de positie en het effect van de geregistreerde huisartsen. IQ Healthcare voerde de evaluatie uit.¹

In dit themanummer van Huisarts en Wetenschap plaatsen we uitkomsten van dit onderzoek en het verslag van de *invitational conference* naar aanleiding

ervan. We doen dit in het licht van de oorspronkelijke bedoeling van het registreren en borgen van huisartsen met bijzondere bekwaamheden.

Twee dagen per maand kaderhuisarts

Ruim 1100 bij CHBB in een of meerdere registers geregistreerde huisartsen werden aangeschreven en iets meer dan een derde van hen reageerde. Niet-geregistreerde kaderhuisartsen konden alleen incidenteel worden benaderd. De indruk bestaat dat deze huisartsen de kaderopleiding hebben gevolgd voor de eigen vorming. In de evaluatie werden vier categorieën van bijzondere bekwaamheid gehanteerd, namelijk een 'klinische' kaderhuisartsregistratie (bijvoorbeeld diabetes, cardiovasculair, urogynaecologie), een 'niet-klinische' kaderregistratie (bijvoorbeeld beleid en

bod wordt afhankelijk van de context wisselend geleverd, tussen 14 en 40 keer per maand. Het evenwicht tussen vraag en aanbod is wisselend. Er lijkt een overaanbod van huisartsen met een registratie voor het bijzonder aanbod reisadvisering en supervisie. Tegelijk is er meer vraag dan aanbod voor kaderhuisartsen diabetes, astma/COPD en ouderenzorg. Bestuurders zijn met de kaderopleiding Beleid en Beheer goed gepositioneerd. Werkzaamheden van kaderhuisartsen worden voor ongeveer de helft financieel vergoed, niet zelden voor minder dan het reguliere huisartsentarief en relatief beter en structureler aan kaderhuisartsen in de gevestigde ketens (diabetes mellitus type 2, CVRM, astma/COPD). Bijzonder aanbod lijkt over het algemeen adequaat te worden vergoed en voor de huisarts die het aanbiedt rendabel. Er is relatief veel ontevredenheid over inhoud, inbedding en financiering van werkzaamheden door EKC's.

Stakeholders als verzekeraars, zorggroepen, koepelorganisaties en ook ziekenhuizen zijn ondervraagd en zien over het algemeen kansen voor goed opgeleide en geregistreerde kaderhuisartsen, ook in het bijzonder aanbod. Zij zien echter ook tekortkomingen op het gebied van nascholing, positionering, financiering en 'pr'.

Registratie is waardevol

Begin 2016 werd de evaluatie besproken met stakeholders, experts op het gebied van kaderopleidingen, huisartsen uit de verschillende expertgroepen en huisartsen werkzaam in het kwaliteitsbeleid. Dit leidde tot enkele conclusies en aanbevelingen. Ongeveer een kwart van de kaderopgeleide huisartsen laat zich niet registreren of herregistreren na de eerste inschrijving. Deze huisartsen volgden de opleiding voor 'eigen doelen' en/of zagen geen kans hun scholing in een kaderfunctie om te zetten. Dat is aan de ene kant, maatschappelijk gezien, een gemiste kans. Aan de andere kant gaat het om een minderheid die op deze manier wel zelf op een te waarderen manier in het eigen functioneren heeft geïnves-

Er lijkt een overaanbod van huisartsen met een registratie voor het bijzonder aanbod reisadvisering en supervisie

beheer, of supervisie), de EKC-registratie en het Bijzonder Aanbod (bijvoorbeeld reizigersgeneeskunde, echografie). Ruim de helft van de huisartsen met een klinische kaderregistratie reageerde, maar ook van de huisartsen met speciaal aanbod verloskunde, oogheelkunde en reizigers reageerde ruim de helft. Van de huisartsen met een niet-klinische kaderregistratie reageerde ruim 40%. Van de aangeschreven EKC's reageerde 30%.

Kaderhuisartsen besteden gemiddeld twee dagen per maand aan hun kaderwerkzaamheden, EKC's een halve dag per maand. Bijzonder aan-

Zorggroep DOH, Eindhoven: M. Klomp, huisarts, voorzitter en medisch directeur; voorheen voorzitter College voor Huisartsen met Bijzonder Bekwaamheden. UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde Leiden: prof.dr. M.E. Numans, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en hoofd • Correspondentie: m.e.numans@lumc.nl • Belangenverstrengeling: Maarten Klomp is als directeur DOH 'afnemer' van kaderhuisartsen. Guy Rutten is betrokken bij de kaderopleiding Diabetes (bij het Julius Centrum). Mattijs Numans is als hoofd van de afdeling PHEG in Leiden betrokken bij de kaderopleidingen Beleid en Beheer en Ouderenzorg.

teerd. Registratie van huisartsen met bijzondere bekwaamheden wordt in brede kring als waardevol gezien. Het biedt deze huisartsen erkenning, zowel naar de eigen collega's als naar externe

*Kaderhuisartsen
in de klinische
deelgebieden zijn
een belangrijke
schakel in het
kwaliteitsbeleid voor
en door huisartsen*

stakeholders. Daarnaast zorgt de (her) registratieprocedure ervoor dat er blijvend kwaliteitseisen gesteld worden en er geen discussie ontstaat over de competenties van geregistreerde kaderhuisartsen. Voortzetting van de registratie wordt door de instellers van de registers dan ook aanbevolen.

Het aantal registers *bijzonder aanbod* dient beperkt te blijven. Een relatie en logische combinatie van het te registreren bijzonder aanbod met de kern van het huisartsenvak blijft belangrijk. CHBB-registratie dient een opmaat te zijn naar een reële vergoeding van consulten in het bijzonder aanbod. Dat kan in groepspraktijken worden gerealiseerd, in zorggroepen, maar in de toekomst mogelijk ook in anderhalvelijns centra.

Het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde moet behouden blijven, ook door registratie van bijzondere bekwaamheden. *Kaderhuisartsen* in de klinische deelgebieden zijn een belangrijke schakel in het kwaliteitsbeleid voor en door huisartsen. Ze versterken dat kwaliteitsbeleid, zijn op hun deskundigheid benaderbaar voor collega's, hebben zich ontwikkeld tot gerespecteerde gesprekspartners van specialisten en vervullen een brugfunctie met het ziekenhuis. Zelf worden

zij niet geconsulteerd door patiënten van andere huisartsen. Hun consultatiefunctie is gericht op competentieverbetering van de consultatie vragende huisarts, niet op individuele patiënten. Kaderhuisartsen mogen zich meer profileren: er moet meer aandacht komen voor hun vindbaarheid en zorggroepen zouden vaker en systematisch kaderhuisartsen moeten aanstellen in alle relevante klinische deelgebieden.

Competenties leiderschap en onderhandelen

De discussie leverde enkele aandachtspunten op, vooral met betrekking op de kaderopleidingen. De didactische vaardigheden van kaderhuisartsen in klinische deelgebieden kunnen worden versterkt en vragen om een steviger investering in de opleiding. Daarnaast zouden de kaderopleidingen meer moeten investeren in de competenties leiderschap en onderhandelen. Intensievere kruisbestuiving met de kaderopleiding Beleid en Beheer, die zich bij uitstek ook op deze competenties richt, kan hieraan bijdragen. De bereidheid om nieuwe competenties in te zetten voor het regionale kwaliteitsbeleid zou onderdeel moeten zijn van de sollicitatieprocedure voor de kaderopleiding. Zo blijft het aantal huisartsen beperkt dat wel de opleiding volgt, maar die niet in een kaderfunctie omzet.

*Kaderhuisartsen
mogen zich meer
profileren*

De EKC's hebben een aparte positie in het kaderregister. Zij verrichten hun rol vaak vooral vanwege de noodzaak van iedere toetsgroep om een geregistreerde EKC in haar gelederen te hebben. Die rol blijft soms beperkt tot het invoeren van programma's in GAIA. Er moet een grotere inhoudelijke aantrekkingskracht zijn om EKC te worden. Dat betekent een grotere tijdsinvestering in het ontwikkelen en/of uitvoeren van



Registratie van huisartsen met bijzondere bekwaamheden wordt in brede kring als waardevol gezien.

een scholingsprogramma in toets- en FTO-groepen. Mogelijk dat ook in dit geval een reële vergoeding voor de werkzaamheden kan bijdragen aan bereidheid en kwaliteit, bijvoorbeeld door de eigen collega's ter beschikking gesteld,.

In het algemeen zijn kaderopleidingen en opleidingen bijzonder aanbod gevolgd door registratie van de cursist bij CHBB, een gewaardeerde manier voor huisartsen om te werken aan hun eigen competenties en daarna een stevige bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg. De rol, positie en honorering van de kaderhuisartsen en ook van de kwaliteitsconsulenten verdient meer aandacht. ■

LITERATUUR

- 1 Braken M, Braspenning J, Wensing M. Evaluatie CHBB-registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, 2016.