

CHBB-register Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde

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*¹ 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 Ouderengeneeskunde* 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 opleidingscommissie van de NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde geformuleerd.

2 Instelling van het register

2.1 Noodzaak en wenselijkheid

2.1.1 Aanleiding

Het aantal ouderen in onze samenleving neemt de komende jaren fors toe. Op dit moment is bijna 14%² van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder. In 2025 zal dit tot ruim 20% gestegen zijn en in 2040 - op het hoogtepunt van de vergrijzing - zal dit ongeveer 25% zijn. Met het stijgen van de leeftijd komen bovendien vaker (een combinatie van) ziekten en aandoeningen als artrose, hartziekten, hoge bloeddruk, dementie en depressie om de hoek kijken. Ook manifesteren zich meer stoornissen die van invloed zijn op het dagelijkse doen en laten, bijvoorbeeld problemen met mobiliteit, urine-incontinentie en zintuiglijke stoornissen. Ouderen vormen zodoende een belangrijke groep binnen de huisartsgeneeskunde, zowel in kwalitatieve zin, als in kwantitatieve zin.

De dubbele vergrijzing, de toenemende multimorbiditeit bij ouderen, de stijgende zorgwaarde van bewoners van verzorgingshuizen en zelfstandig wonenden, de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, alsmede de afname van het aantal verpleeghuisbedden, maken de huisartsgeneeskundige zorg aan ouderen ingewikkeld en tijdrovend. Dit geldt niet alleen voor bewoners van verzorgingshuizen³, maar ook voor de groeiende groep zelfstandig wonende ouderen. De huisarts krijgt zodoende in toenemende mate ouderen met complexe zorgvragen onder zijn hoede, waarvoor monodisciplinaire zorg en enkelvoudige, ziektespecifieke richtlijnen niet voldoen.

¹ 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.

² Cijfer uit 2008

³ LHV handreiking Medische en farmaceutische zorg voor ouderen in verzorgingshuizen (2004)

Om op een goede manier geneeskundige zorg aan ouderen te kunnen blijven leveren is het noodzakelijk dat huisartsen twee essentiële zaken leren toepassen. In de eerste plaats het voeren van een gestructureerd en pro-actief beleid, uitgaande van een functionele benadering van de oudere en in samenwerking met andere hulpverleners⁴. Hiertoe wordt per patiënt systematisch geanalyseerd welke problemen een rol spelen (volgens het SAMPC model). Vervolgens wordt in een multidisciplinair overleg (MDO) een plan van aanpak opgesteld, weergegeven in een zorgplan. Omdat men op deze manier over een actueel en volledig overzicht van de problemen beschikt, kan een anticiperend beleid gevoerd worden, met specifieke aandacht voor kwetsbaarheid. Zo zullen er minder ad hoc contacten noodzakelijk zijn en wordt gewerkt aan crisispreventie. Vanuit het frailty model ontwikkelen huisartsen een visie op pro-actief handelen en leren zij welke preventieve activiteiten nuttig zijn en hoe deze vorm kunnen krijgen.⁵ In de tweede plaats het voeren van regie in het versnipperde veld van hulpverlening rond de oudere en diens naasten, zodat de zorg op elkaar afgestemd wordt (doelen en werkwijze)⁶. Immers, huisartsen hebben een band met de patiënt, komen bij de patiënt thuis en kennen de familiesituatie, voorgeschiedenis, probleemlijst en het medicatiegebruik van de patiënt. De huisarts kan zowel acute intercurrente aandoeningen diagnosticeren en behandelen, als een pro-actief / preventief beleid voeren. Als medisch generalist is de huisarts de beste kandidaat om sturing te geven aan het zorgproces.⁷

Anno 2008 is een dergelijke pro-actieve, preventieve handelwijze in de eerstelijns ouderengeneeskunde geen gemeengoed. Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde stimuleren huisartsen in Nederland deze gewenste en noodzakelijke omslag te maken. Tevens staat ouderenzorg op de politieke agenda en willen veel regio's hun aanbod verbeteren. Daartoe komen uit verschillende geledingen verzoeken om in contact te komen met huisartsen met specifieke kennis en vaardigheden op het gebied van de ouderengeneeskunde. De kaderhuisarts Ouderengeneeskunde is ook hiervoor de aangewezen persoon.

2.1.2 Beschrijving van het domein

Kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde bouwen directe samenwerkingsrelaties binnen een geriatrisch zorgnetwerk. Zij initiëren en coördineren projecten, samenwerkingsverbanden en (werk)afspraken op regionaal niveau. Deze projecten zullen niet alleen betrekking hebben op de organisatie van zorg in verzorgingshuizen en FTO's (polyfarmacie), maar zullen ook een meer regionaal karakter hebben (bijvoorbeeld werkafspraken met de ziekenhuizen en GGZ). Daarnaast zijn kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde inzetbaar voor consultatie aan collega's. Zij hebben een voortrekkersrol bij het structureren van de medische zorg in verzorgingshuizen. Zij verzorgen scholing aan collega's, praktijkondersteuners, verpleegkundigen, praktijkassistenten en verzorgenden. Zo stimuleren kaderhuisartsen enerzijds de eigen beroepsgroep om de kwaliteit van de zorg aan ouderen te verbeteren en helpen zij anderzijds te voorkomen dat deze zorg nog meer versnipperd en door anderen wordt overgenomen.

2.1.3 Motivering instelling register

Door instelling van dit register wordt de kwaliteit van de zorg aan ouderen in Nederland gehandhaafd en waarnodig verbeterd, zowel de zorg aan zelfstandig wonende ouderen als de zorg aan ouderen in verzorgingshuizen. Vooral het toepassen van een gestructureerde werkwijze en het leveren van zorg op maat, uitgaande van het functioneren van de ouderen, heeft positieve invloed op de kwaliteit. Tevens wordt de organisatie van zorg, zowel binnen de eigen praktijk als binnen de verzorgingshuizen,

⁴ NHG-standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (mei 2007)

⁵ Wind AW, cs. Regie over complexe zorg vereist zorgplan. Huisarts en Wetenschap, 2007 (50), nummer 11

⁶ Wind AW, cs. Het totaalplaatje telt. Complexe ouderenzorg vraagt om regisserende huisarts. Medisch Contact 2007; 62: 421-3.

⁷ Gercama A, cs Van spil tot regisseur. Huisarts beste kandidaat om sturing te geven aan het zorgproces. Medisch Contact 2007; 62: 1603-5.

verbeterd. Daarnaast wordt de deskundigheid van huisartsen bevorderd en daarmee de kwaliteit van de professionele deskundigheid van de huisarts vergroot. Bovendien zorgt de registratie voor herkenbaarheid en traceerbaarheid van de kaderhuisartsen Ouderengeneeskunde.

Wetenschappelijke onderbouwing

De eerstelijns ouderenzorg heeft een impuls nodig en de organisatie van huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen een andere manier van werken als men minder achter de feiten aan wil lopen (pro-actief beleid). Dit blijkt uit publicaties van de Gezondheidsraad^{8 9} en de Raad voor Gezondheidsonderzoek¹⁰.

Het voeren van regie voor ouderen vergt specifieke aandacht, deskundigheid en vaardigheden. Het kan verregaande versnippering van zorg en langs elkaar heen werkende ketenzorg tegengaan, mits ze is ingebed in een samenhangend zorgnetwerk¹¹.

Daarnaast blijkt er grote behoefte te bestaan aan meer deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde, in het bijzonder kennis over preventie en behandeling van multimorbiditeit en frailty bij ouderen. Daarnaast wil men meer samenhang tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen. Door de oprichting van een expertgroep en de goede contacten binnen universitaire centra kunnen kaderhuisartsen meewerken aan onderzoek en zo bijdragen aan het vergroten van de bestaande kennis.

Specifieke taak in het kwaliteitsbeleid

Om ouderen met complexe problematiek de zorg te geven die nodig is, is een omslag nodig in het huidige beleid: zowel in het denken over ouderen, als in de benadering (functioneel), als in de aanpak (gestructureerd, pro-actief, multidisciplinair). Afstemming van zorg vergt samenwerking met andere disciplines, binnen een geriatrisch zorgnetwerk. Kaderhuisartsen stimuleren regionale kwaliteitsprojecten en helpen collega's om deze omslag te maken (consultatie, scholing). De taken van de kaderhuisarts zijn primair gericht op het versterken en uitbreiden van de kwaliteit van zorg regionaal, bij collega huisartsen en in verzorgingshuizen.

2.2 Criteria

2.2.1 Kwaliteit van de inhoud en opzet van de opleiding

Om kaderhuisarts Ouderengeneeskunde te worden, moet de huisarts de door het NHG erkende kaderopleiding Ouderengeneeskunde, aangeboden door vakgroep Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG) van het LUMC, in samenwerking met en de commissie Boerhaave van het LUMC en het Nederlands Huisartsen Genootschap, 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 Ouderengeneeskunde houdt zich bezig met:

- Ondersteuning van collega huisartsen (door middel van consultatie) in het organiseren en verlenen van de zorg
- Initiëren, coördineren en participeren in regionale (vernieuwings-)projecten aangaande de zorg aan ouderen
- Bijdragen aan de deskundigheidsbevordering voor huisartsen, praktijkondersteuners, assistentes, verzorging en verpleegkundigen
- Het regionale aanspreekpunt van een landelijk netwerk van huisartsen met expertise in de ouderengeneeskunde.

⁸ 'Multimorbiditeit bij Ouderen', Gezondheidsraad, dd. 11 september 2007, kenmerk U-1098/RvdS/tvdk/782-I

⁹ Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008; publicatienr. 2008/01.

¹⁰ 'Onderzoek medische zorg voor Ouderen' van de Raad voor Gezondheidsonderzoek

¹¹ NHG-standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (mei 2007)

De volgende criteria zijn van toepassing op de werkzaamheden van de kaderhuisarts Ouderengeneeskunde:

- tenminste 40 uur deskundigheidsbevordering van een huisartsengroep (inhoudelijk en/of organisatorisch) in de laatste 5 jaar hebben gegeven

of

- tenminste 40 uur regionale (vernieuwings-)projecten in de laatste 5 jaar hebben begeleidt.

of

- tenminste 40 uur individuele consultatie aan een huisarts in de laatste 5 jaar hebben veleend.

of

- een combinatie van bovenstaande activiteiten met een equivalente omvang hebben verricht.

2.2.3 Aan de specifieke taak aangepaste praktijkvoering

Niet van toepassing

2.2.4 Deskundigheidsbevordering

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

3 Inschrijving in het register

De toelating van een individuele huisarts in het CHBB-register 'kaderhuisarts Ouderengeneeskunde' 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 Ouderengeneeskunde aantonen de NHG-erkende kaderopleiding Ouderengeneeskunde 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 aantoonbaar 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 het NHG.

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 opleiding tot kaderhuisarts Ouderengeneeskunde langer dan 5 jaar geleden is voltooid, dient de huisarts 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 2008 -3**'¹²

¹² versie juni 2015