

**Joure  
Enne Bouma  
Edward Brongers  
Evert de Drijver  
Monique Smits –  
Braat**

## **Jaarverslag Praktijkondersteuning**

**31 oktober 2003**

**Doel van dit verslag is om inzicht te krijgen in de praktijkondersteuning in onze praktijken. Om te inventariseren wat de ervaringen, resultaten en eventuele knelpunten zijn.**

### **Inleiding**

**In 2002 hebben de praktijken Bouma, Brongers en DenDrijver/Smits besloten om gezamenlijk aan het project PO in de huisartspraktijk te beginnen. Zij hebben daarvoor een contract afgesloten met Zorgverzekeraar de Friesland welke met terugwerkende kracht inging per 1 april 2002. Dit omdat de praktijkverpleegkundige Hermen ten Wolde al enige jaren in de praktijk van Den Drijver werkzaam was en deze werkzaamheden alvast had uitgebreid naar de andere praktijken in afwachten van het definitieve contract. Dit verslag wil een beeld geven van de eerste fase van invoering praktijkondersteuning. Hoe verloopt de implementatie, hoe maak je afspraken, hoe breng je veranderingen in organisatie te weeg, hoe zijn de ervaringen en niet alleen met praktijkondersteuning maar ook met zorgverzekeraars etc. De lezer zou na het lezen van dit verslag daar een beeld van moeten hebben.**

### **Inhoud**

**Inleiding  
De praktijken  
Het plan  
De uitvoering  
De inhoud  
Het resultaat  
Het geld  
De conclusie  
Slot**

## De praktijken

### Algemeen

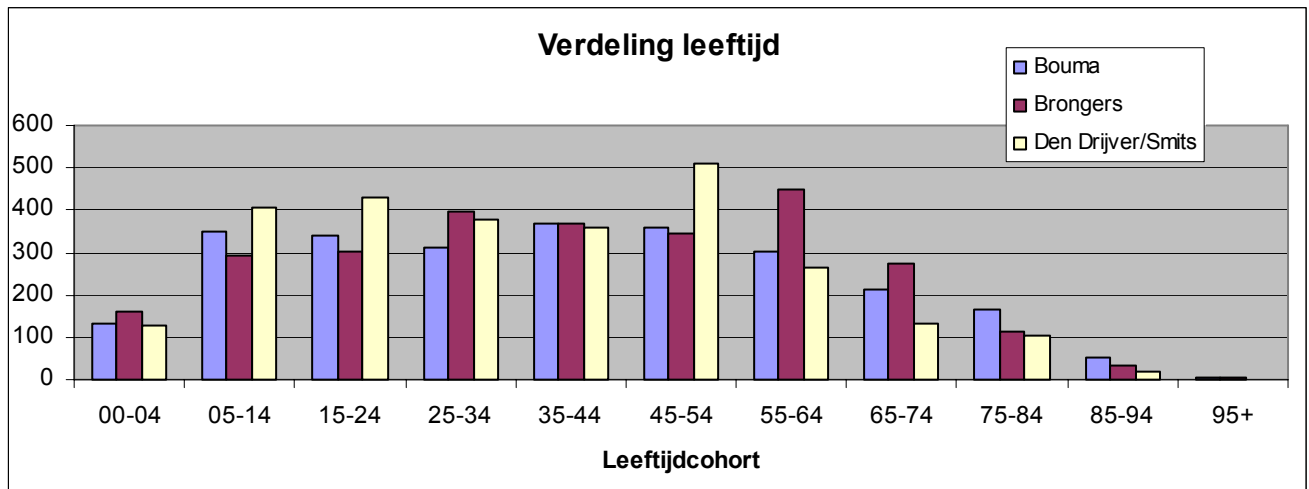
De praktijken zoals hierboven zijn genoemd zijn gesitueerd in Joure. Joure als hoofdplaats van de gemeente Skarsterlân is een groeiende plaats. Het is een landelijk gebied, de praktijken zijn te beschouwen als plattelands praktijken

**Bouma**  
Huisarts:  
Enne Bouma.  
Solo praktijk deel uitmakend van de maatschap jouter huisartsen; een oude praktijk, d.w.z. het is één van de beide oorspronkelijke praktijken in Joure, maar (waarschijnlijk hier door) ook een praktijk met relatief veel ouderen.  
Opvallend is de gelijkmatige verdeling over de leeftijdscategorieën.  
M : V = 49.96 : 50.04

**Brongers**  
Huisarts:  
Edward Brongers.  
Solo praktijk eveneens deel uitmakend van de maatschap. Dit is één van de praktijken die in de jaren zestig gevormd zijn. Dus een wat jongere praktijk en ook dit heeft blijkbaar causaal verband met de leeftijdsopbouw van de praktijk.  
Opvallend is het aantal 55-65-jarigen.  
M: V = 50.55 : 49.45

**Den Drijver/Smits**  
Huisartsen:  
Evert den Drijver, Monique Smits – Braat.  
Solo praktijk waarin 2 dokters werkzaam zijn, ieder voor 50%. Ook onderdeel van de maatschap.  
Deze praktijk is ontstaan in de jaren tachtig en is daarmee de jongste van de drie, en ook dat uit zich in de jongste leeftijdsopbouw.  
Opvallend is het aantal 45-55jarigen.  
M : V = 50.18 : 49.82

### Leeftijdsopbouw



In de toekomst kijkend zou je misschien kunnen stellen dat over 10-15 jaar praktijk Den Drijver/Smits het profiel heeft van praktijk Brongers en praktijk Brongers dat van praktijk Bouma

### Verzekering

Het totaal aantal patiënten is 2592 waarvan 1638 ziekenfondsverzekerd, 1043 bij De Friesland Zorgverzekeraar

Totaal aantal is 2741, waarvan 1732 ziekenfonds en 1036 daarvan bij de regionale verzekeraar.

Totaal 2724, waarvan 1692 ziekenfonds verzekerd en 1032 daarvan bij De Friesland Zorgverzekeraar

**Voor de 3 praktijken: TOTAAL 8057, ZFNDS 5062, DFZ 3111 (38.5% van de patiënten zijn verzekerd bij ZDF).**

**De ziekenfonds patiënten zijn naast De Friesland Zorgverzekeraar verdeeld over nog eens 23(!) zorgverzekeraars. De administratieve belasting die dat met zich meebrengt is groot. Zo ook de problemen die dat met zich meebrengt voor het verkrijgen van de PO gelden. Verderop wordt daar nader op gegaan.**

### Het plan

**Hermen ten Wolde was als praktijkondersteuner werkzaam in de praktijk Den Drijver. Als verpleegkundige volgde hij de opleiding praktijkondersteuner en deed de praktische kant van de opleiding in die praktijk.**

**Door gesprekken binnen de maatschap en met Hermen ontstond het plan om praktijkondersteuning te regelen binnen de 3 solopraktijken. Van beide kanten was er enthousiasme om daarmee aan de slag te gaan.**

**Dit werd bij de DHV aangekaart. Er werd een inventarisatie onderzoek per praktijk verricht door de DHV. Er werd door de 3 praktijken een plan van aanpak opgesteld en op papier gezet. Uiteindelijk leidde dit tot een contract met De Friesland Zorgverzekeraar.**

**Hieronder volgt nog's een deel uit het Plan van Aanpak.**

#### E. Bouma:

- Jaarlijkse consulten voor diabetes type II patiënten.
- Controle van diabetes patiënten met een hogere complexiteit (niet gereguleerde diabetes, diabetische voet).
- Het zelfstandig opzetten en uitvoeren van spreekuren volgens de NHG Standaard Astma/Copd, gericht op longfunctiemeting, inhalatie instructie en algemene voorlichting.
- Het zelfstandig opzetten en uitvoeren van spreekuren volgens de NHG Standaard Hypertensie.
- Screening ouderen op o.a. boezemfibrilleren, hypothyreoidie, diabetes en vit. B's tekort.
- Polyfarmacie bij ouderen saneren.
- Organiseren en coördineren van zorg.
- Populatiegerichte zorg ontwikkelen.
- Versterken van vraaggestuurde (zorgbehoefte) zorg en het ontwikkelen/versterken van

#### E.P. Brongers:

- Inventariseren en protocolleren Diabetespatiënten in praktijk.
- Het zelfstandig opzetten en uitvoeren van spreekuren volgens de NHG Standaard DM II.
- Inventariseren en protocolleren Hypertensie / HVZ patiënten.
- Ouderenzorg, chronische problemen dan wel tijdelijke problemen zoals polyfarmacie, wondcontrole en -behandeling en dementie.
- Na verloop van tijd eventueel verder met Astma/Copd.

#### E.J. den Drijver:

- Continueren van spreekuren volgens de NHG Standaard DM II
- Continueren van spreekuren volgens de NHG Standaard Astma/Copd.
- Visites ouderen met extra zorg inventariseren en uitvoeren.

ketenzorg/netwerkzorg;  
multidisciplinaire zorg .

- Verbeteren van werkprocessen in de praktijk.
- Onderzoek naar onderbehandeling hypercholesterolemie.
- Onderzoek, in kaart brengen en verbeteren van praktijkprocessen.
- Opstellen en opzetten van kwaliteitsinstrument voor de praktijk.
- Participeren in hervorming van primaire processen, met als doel de praktijk aan te passen aan toekomstige structuur(veranderingen).

## Uitvoering

De uitvoering van het plan van aanpak is gewijzigd en nog zeker niet volledig uitgevoerd. In de praktijk Bouma werd het diabetesspreekuur gedaan door de assistente, waarbij de jaarcontrole's door de huisarts werden uitgevoerd. Door zwangerschap van de assistente en inventarisatie van de kwaliteit van zorg werd besloten de ook in deze praktijk de volledige zorg over te dragen aan de praktijkverpleegkundige. Dit had/heeft consequenties voor de rest van het plan. Het eerste jaar is er naast het praktische patiënt gerichte werk relatief veel tijd besteed aan niet patiënt gerichte zaken, implementatie zoals veranderingen in organisatie, informatiebeleid (informatie van o.a. patiënten, andere werkers in de zorg zoals diëtisten, diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten, etc.), werkafspraken, protocollen etc. Dit heeft geresulteerd in o.a. patiëntenfolder, informatie op internet, protocollen, ook ter inzage op internet. Het is aan te raden om deze informatie en protocollen eens te raadplegen: <http://www.dokterbouma.nl/praktijkondersteuner.htm> en dan bijvoorbeeld het diabetesprotocol:

[http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes/protocol\\_diabetes.htm](http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes/protocol_diabetes.htm) .

Voor de protocollen werd natuurlijk gebruik gemaakt van de [NHG standaarden](#) maar ook van de [NHG Handleidingen](#), daarnaast van o.a. FTO (FTTO) afspraken en andere landelijke richtlijnen zoals [CBO richtlijnen](#).

De verdere praktische implementatie is volgens de [hier gepubliceerde protocollen](#) uitgevoerd en heeft geresulteerd in een diabetesspreekuur voor alle 3 praktijken volgens genoemd protocol, een COPD spreekuur voor alle 3 praktijken waarbij er nog enig verschil is in stadium waarin één en ander per praktijk verkeert. Het protocol Hypertensie is klaar met een plan van aanpak. Door de verandering van de diabeteszorg in de praktijk Bouma, is dit verschoven naar een later tijdstip.

Naast deze NHG-standaard-werkzaamheden is er implementatie geweest van het [Stoppen met Roken](#) project.

De klinisch ontslagen patiënten worden voor zover niet bezocht door de huisarts bezocht door de praktijkverpleegkundige.

Binnen het organiseren van zorg is de griepvaccinatie gebracht.

Binnen het verbeteren van werkprocessen in de praktijk is vooreerst het opsporen van patiënten gebracht en dan vooral gericht op Diabetes en Hypertensie. Zie daarvoor het item 'opsporing' in de protocollen. (bijv.:

[http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes/protocol\\_diabetes.htm#Richtlijnenopsporing](http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes/protocol_diabetes.htm#Richtlijnenopsporing))

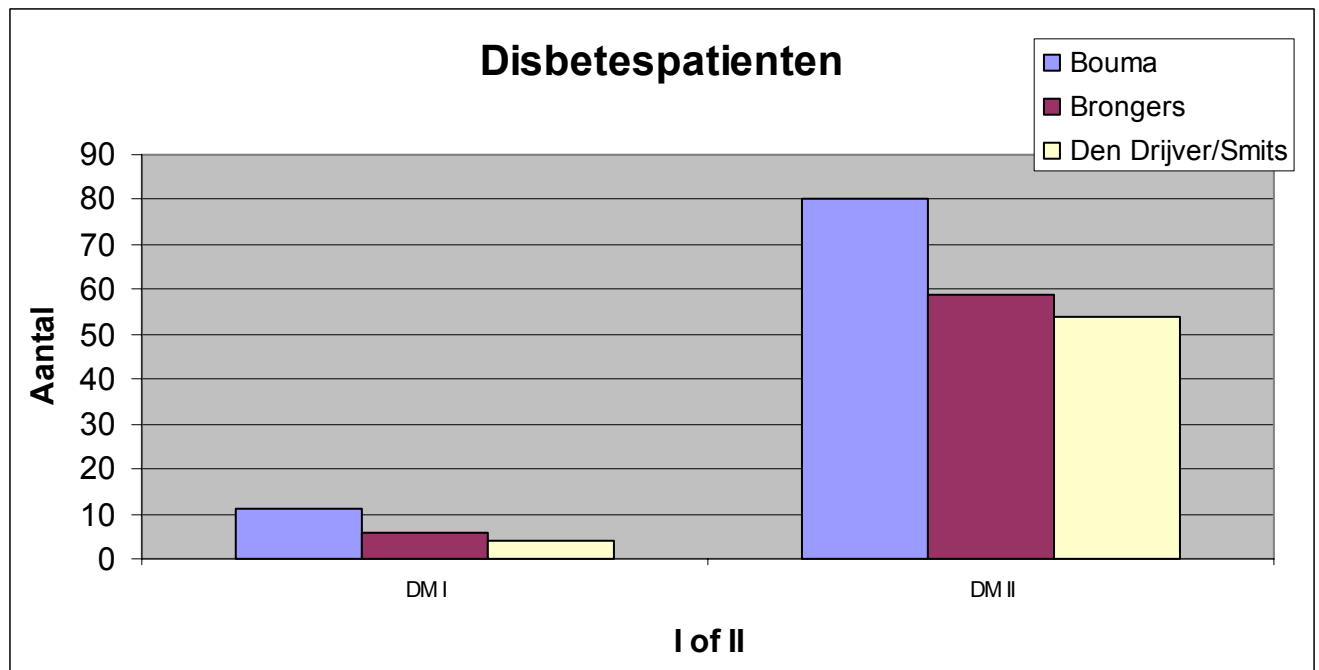
## Inhoud

### NHG-standaard gebonden taken

#### Diabetes

voor alle 3 praktijken is er volgens [protocol](#) een diabetesspreekuur opgezet en vindt begeleiding en behandeling plaats volgens hetzelfde protocol. Daaraan is veel werk verricht, zowel aan het selecteren van patiënten, het in kaart brengen van het dossier (dossieronderzoek), het motiveren om zoveel mogelijk aan dit zorgaanbod mee te doen als aan het opstellen van het protocol. Na het in kaart brengen, het invoeren van de

juiste diagnose en ICPC code waren de cijfers als volgt



Bouma 11 : 80

Brongers 6 : 59

Den Drijver Smits 4 : 54

De DM I patiënten van alle 3 praktijken zijn onder controle bij de internist en dus vooral de diabetes verpleegkundige. De DM II patiënten zijn onder controle bij de praktijkverpleegkundige. Nieuwe insuline afhankelijke DM II patiënten worden op insuline ingesteld door de praktijkverpleegkundige. Daartoe is een samenwerkingsverband met de transmuraal werkende diabetesverpleegkundigen opgezet, Patiënten die niet voor controle komen of langere tijd niet gecontroleerd zijn worden opnieuw in de gelegenheid gesteld dit wel te doen. Zij worden persoonlijk uitgenodigd om van dit zorgaanbod gebruik te maken. Het spreekuur wordt volgens protocol zelfstandig uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige, de voortgang is prima, evenals de ervaring van de patiënten. De gegevens worden (zoveel mogelijk geprotocolleerd) ingevoerd in het HIS ([Medicom®](#)).

Er vindt na elk spreekuur feedback plaats met de huisarts, waarbij in ieder geval de patiënten worden besproken waarbij er een wijziging in onderzoek of beleid is geweest. Ook de conclusies van deze besprekingen worden opgeslagen in het medisch dossier. Medicatie wordt onder supervisie van de huisarts herhaald of voorgeschreven. (Recent heeft een artikel in MC gestaan over het voorschrijven van medicatie; wij zullen dit bespreken). Medicatie wordt voorgeschreven via het landelijke SHB formularium, erkend als EVS en volgens lokale FTO afspraken.

Door (o.a. opsporing) is aantal diabetespatiënten inmiddels alweer toegenomen.

107

67

65

### Astma/COPD

Ook voor de zorg rond Astma COPD is een [protocol](#) ontwikkeld.

Voor het selecteren van de patiënten die voor het spreekuur in aanmerking zouden kunnen komen is een andere weg gevolgd dan bij de diabetes zorg (alle diabetes type II komen daarvoor in aanmerking).

- Alle potentiële patiënten zijn in het [Medicom®](#) systeem geselecteerd op basis van ingevoerde

**diagnoses en gebruik van medicatie. Daarna is er dossieronderzoek gedaan, waarbij nagegaan is wie er als Astma of COPD patiënt te boek zou moeten staan.**

**Voor al deze patiënten is een enquête opgesteld en die is deze patiënten toegestuurd vergezeld van een begeleidende brief.**

**Doel van de enquête was: inventarisatie van de momentele klachten, van het medicijngebruik, van de controle structuur en van de rookstatus. Deze gegevens moeten een indicatie opleveren voor vervolgsbeleid. Dit kan dan bestaan uit het nader analyseren van de diagnose door middel van de diagnostische tests zoals genoemd in het protocol, het aanpassen van de medicatie, het voorlichting over de behandeling m.n. de inhalatie, het begeleiden in het stoppen met roken.**

**Per praktijk zijn er rond de 170 patiënten geselecteerd.**

**De respons is rond de 70% en daarvan worden rond de 20% patiënten opgeroepen. Dit zijn in eerste instantie de patiënten die aangeven ondanks behandeling toch klachten te hebben én die niet voor periodieke controle komen. Dit is de eerste categorie patiënten die uitgenodigd zijn.**

**Niet alle andere gegevens van de enquête formulieren zijn al ingevoerd op het moment van schrijven van dit verslag. Het is daarom nog niet mogelijk om een precieze statistiek voor te leggen over de rest van de doelstelling, zoals het verder analyseren van de diagnostiek, informatie en stoppen met roken. Deze onderdelen worden natuurlijk wel toegepast bij de wel opgeroepen patiënten, die klachten ervaren.**

**Een punt van discussie is ook geweest wat te doen met de 30% die niet reageert. Daarin hebben we besloten opnieuw dossieronderzoek te doen en op grond daarvan deze mensen eventueel persoonlijk te benaderen.**

- **De tweede wijze waarop Astma COPD patiënten op het spreekuur van de praktijkverpleegkundige terecht komen is via het spreekuur van de huisarts. Van patiënten uit deze categorie die bij de huisarts komen vanwege periodieke controle en/of klachten wordt door de huisarts beoordeeld of zij verwezen worden naar het spreekuur van de praktijkverpleegkundige, wat vrijwel altijd het geval is of vanwege controle en begeleiding of vanwege diagnostiek of vanwege stoppen met roken. De diagnostiek uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige is een zeer belangrijk instrument in de diagnosestelling van de huisarts.**

**Vrijwel alle 'nieuwe longpatienten' worden om die reden naar de praktijkverpleegkundige verwezen.**

**Het doel van deze structuur is de diagnostiek en de behandeling van Astma COPD patiënten te optimaliseren. Als voordeel voor de patiënt moet dan gelden dat de longfunctie minder snel verslechterd, dat exacerbaties minder optreden en dat daarmee opnames worden voorkomen.**

**Op deze groep is vrij veel statistiek te verrichten, in volgende verslagen hopen we daar meer van te kunnen laten zien.**

## **Hypertensie**

**Een [protocol](#) voor hypertensie ligt klaar.**

**Door verandering van structuur in de praktijk Bouma betreffende de diabeteszorg is dit plan uitgesteld. Het Plan van Aanpak zoals genoemd en beschreven in het protocol blijft bestaan, maar de data zullen aangepast moeten worden.**

**Bovendien is wel duidelijk geworden dat plannen ook te ambitieus kunnen zijn. Er gaat in de opzetfase wel veel tijd zitten in de niet-patiënt-gerichte taken. Achteraf gezien is dat laatste op zich een goede zaak, omdat je daarmee weloverwogen kunt starten met de wel patiënt-gerichte taken. Toch weet je dat van te voren niet goed. De opsporing zoals beschreven in de standaard vindt al wel plaats in praktijk Bouma en wordt vastgelegd en gecodeerd (ICPC K49.81)**

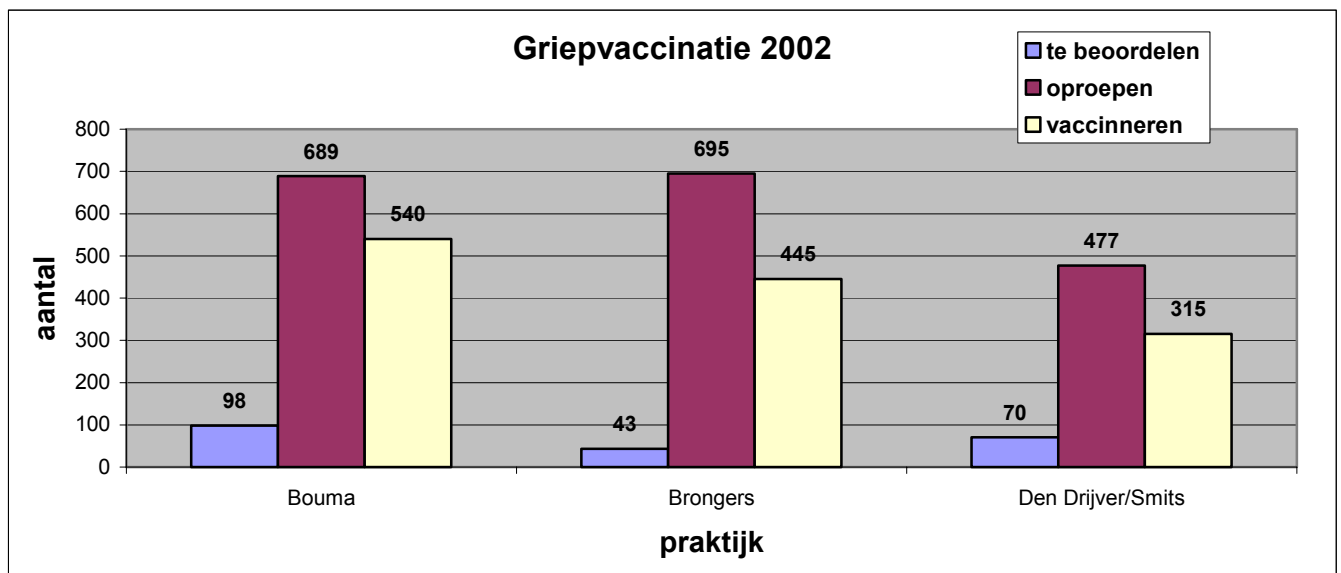
## Niet NHG-standaard gebonden taken

### Griepvaccinatie

Doel is het optimaliseren van de selectie van patiënten, het oproepen van deze patiënten en het uitvoeren van de vaccinatie.

Dit hebben we als volgt bewerkstelligd: in Medicom® zijn alle nieuwe potentiële patiënten geselecteerd. Van deze patiënten is dossieronderzoek gedaan en zijn ze wel of niet definitief geselecteerd. Vervolgens zijn alle geselecteerde patiënten persoonlijk opgeroepen voor het vaccinatiesprekuur. De vaccinaties zijn uitgevoerd door praktijkverpleegkundige en assistente. De huisbezoeken zijn afgelegd door de praktijkverpleegkundige, vaak in combinatie met andere taken zoals diabetescontrole, hypertensiecontrole, Vit B12 injectie etc.

Onderstaande grafiek laat de cijfers zijn over 2002. De nieuw te beoordelen patiënten, het aantal oproepen en het aantal gevaccineerde patiënten.



Het percentage gevaccineerde patiënten t.o.v. oproepen

78%

64%

66%

### Stoppen met roken

Voor Diabetespatiënten en voor Astma/COPD patiënten is het vanzelfsprekend van het grootste belang dat zij niet roken. Alle patiënten die bij de praktijkverpleegkundige komen worden gescreend op eventuele rookgewoonten. Rokende patiënten wordt een begeleidingstraject aangeboden voor hulp met stoppen met roken. Dit traject is ontwikkeld door de praktijkverpleegkundige, gebaseerd op de Minimale Interventie Strategie (MIS), en wordt per keer aangepast aan individuele behoeften of wensen. Uiteraard is de eigen motivatie van de patiënt van doorslaggevend belang of er al dan niet met zo'n begeleidingstraject gestart kan worden. Ook voor patiënten zonder DM of Astma/COPD achtergrond, die uit eigen beweging bij de huisarts om

**hulp bij stoppen met roken vragen, is begeleiding door de praktijkverpleegkundige mogelijk.**

**Stoppen met roken is een belangrijk item in het gezamenlijk beleid geworden. Patiënten worden zowel vanuit het spreekuur van de praktijkverpleegkundige als vanuit het spreekuur van de huisarts gewezen op dit zorgaanbod, en maken er gebruik van.**

**Het aantal patiënten wat verwezen is voor deze interventie was:**

7

8

7

### **Wondbehandeling**

**De aard van het werk van de praktijkverpleegkundige brengt veel contacten met zich mee met hoogrisicopatiënten hart- en vaatziekten. Met enige regelmaat worden daardoor complicaties opgespoord zoals niet genezende wonden en ulcera. De praktijkverpleegkundige is zich aan het bekwamen in moderne wondbehandeling. Zodanig dat hij wondbehandeling kan inzetten en uitvoeren bij mobile patiënten die daarvoor naar de praktijk kunnen komen. Wondbehandeling kan starten en overdragen aan de thuiszorg bij immobiele patiënten. In samenwerking met de huisarts bepaald de praktijkverpleegkundige of doorverwijzing voor wondbehandeling naar de specialist noodzakelijk is.**

### **Vaatonderzoek**

**Er is o.a. in relatie met bovenstaande vaatdiagnostiek binnen de huisartsenpraktijk gehaald. Aanschaf van apparatuur en scholing heeft het mogelijk gemaakt dat de zogenaamde EAI (= enkel arm index) uitgevoerd kan worden, waarbij er inzicht komt in de toestand van de perifere arteriën. Het EAI onderzoek wordt uitgevoerd zoals beschreven in [EAI protocol](#) binnen het [Diabetes protocol](#).**

**Dit kan bij afwijkende waarden leiden tot medicatie of verwijzing naar vaatchirurg.**

### **Huisbezoeken**

**Behalve huisbezoeken in het kader van de categorale spreekuren bezoekt de praktijkverpleegkundige patiënten na ontslag uit het ziekenhuis, wondbehandeling, hypertensiecontrole, VitB 12 en andere injecties/vaccinaties.**

## Resultaat

### Voor de patiënt

Het resultaat voor de patiënt is een betere zorg. Gezien de opzet van die zorg, het zorgvuldig definiëren van de protocollen, is dit zonder meer waar. Het duidelijkste voorbeeld is enerzijds de zorg rond de diabetes en anderzijds de diagnostiek van de Astma/COPD patiënt en z'n behandeling.

De zorg rond de diabetes patiënt is kwalitatief hoog. De zorg richt zich enerzijds op educatie en anderzijds op het voorkomen van latere complicaties. Daarmee is het geen simpele suikerziekte behandeling meer, maar een begeleiding van de diabetespatiënt, waarbij het perspectief dus veel breder is dan de suiker op zich. Vooral hart- en vaatziekten krijgen de aandacht. Het [protocol](#) mag dit duidelijk maken.

De diagnostiek van de 'long'patiënt is kwalitatief hoog. Ook dit mag blijken uit het [protocol](#). Op grond van de juiste [diagnose](#) wordt ook het verdere beleid bepaald zoals beschreven in dit protocol.

Niet alleen inhoudelijk is er een verbetering ook de uitvoering van de zorg is voor de patiënt van betere kwaliteit. Niet alleen dat de uitvoering hetzelfde is voor alle 3 praktijken maar de patiënt krijgt ontegenzeggelijk meer aandacht en tijd van de zorg verlener.

Voor verschillende soorten contacten zijn verschillende tijden voor de agenda afgesproken (bijvoorbeeld een kwartaalcontrole Diabetes is 20 minuten, een eerste consult 'longen' is 45 minuten). Bij het maken van de afspraken worden deze tijden automatisch aan de afspraak toegekend.

### Voor de huisarts

Hoewel niet voor alle 3 hetzelfde is er voor de huisartsen geen tijdswinst geweest. In tegendeel voor m.n. Bouma is er nogal tijdsinvestering geweest. Tijd die gemoeid is met nabespreking, supervisie, afspraken maken, implementatie, protocollen opstellen, patiënteninformatie, organisatieverandering, administratie, jaarverslag schrijven etc. Ook werkdrukvermindering is hoewel ook verschillend niet aan de orde geweest. Juist door de tijdsinvestering.

Maar ontegenzeggelijk is er een forse kwaliteitsverbetering doorgevoerd, is er meer plezier in het werk en de gang van zaken binnen de praktijk. Er blijft nog wel het één en ander over ter uitvoering.

Er was binnen de maatschap al sprake van een nauwe samenwerking en deze is nog verder aangetrokken omdat er sprake is van een gezamenlijk project. Er moet een éénduidig beleid worden gevoerd, afspraken moeten gemaakt én nagekomen worden etc.

Al met al een toch vrij zware opgave.

## **De praktijk verpleegkundige**

Voor de praktijkverpleegkundige is het ook niet altijd even gemakkelijk geweest. Hij was gewend in de praktijk van Den Drijver te werken. Korte lijntjes, zelf maar uitzoeken, zelf de dingen regelen etc. In de 3 praktijken werd dat anders, er werden andere eisen gesteld, er werd éénduidig beleid gevraagd, verwijzen van de patiënten verliep anders, soms moeizamer omdat er aan criteria voldaan moest worden etc.

Omdat het aantrekken van een 2<sup>e</sup> praktijkverpleegkundige ook na 2 sollicitatieronden niet naar tevredenheid verliep werd hem gevraagd de zaak voorlopig in z'n eentje te trekken.

Op maatschappniveau wordt er naar andere oplossingen gezocht.

Hoewel het in eerste instantie dus tegenviel is er na verloop van tijd enthousiasme ontstaan over de structuur en manier van werken en is dat enthousiasme juist door het maken van helder beleid alleen maar groter geworden en worden nu dan ook duidelijk de vruchten ervan geplukt.

Er is sprake van een zeer goede praktijkverpleegkundige zorg met een zeer goede samenwerking.

## **De tijdsbesteding**

De werkzaamheden liepen in het begin niet synchroon voor de 3 praktijken, omdat de praktijkverpleegkundige al langer werkzaam was voor de praktijk Den Drijver/Smits. Bovendien werd er eerst tijd besteedt aan het maken van plannen van aanpak en protocollen voor het opzetten van spreekuren in de andere praktijken. Daarvoor is eerst de diabetes en als tweede de longziekten gekozen.

Voor de diabetespatiënten betekent dit dat zij volgens protocol 4 maal per jaar worden gezien, 3 maal een kwartaal controle (20min) en 1 maal een jaarcontrole (45 min). Omdat tot het onderzoek een nuchtere bloedsuiker hoort vullen deze patiënten het ochtendspreekuur van de praktijkverpleegkundige (eerste deel van de ochtend), aangevuld met andere controle patiënten zoals wond, hypertensie etc. Daarna bezoekt de verpleegkundige de diabetespatiënten die thuis gecontroleerd moeten worden en doet de rest van de huisbezoeken (gemiddeld 4-6 per dag).

De tijd voor de longpatiënten is 45 minuten voor een eerste consult en 20 minuten voor een vervolgconsult. Longpatiënten worden 2 maal per jaar gezien en dit kan prima op het middagspreekuur. Daarop komen ook de Stoppen met roken patiënten (45 minuten), de EAI diagnostiek patiënten (30 minuten), wondbehandeling (20 minuten), bloeddrukcontrole (10 minuten). Bovendien wordt er 's middags tijd besteed aan nabespreking, administratie, andere taken betreffende de praktijk, organisatie etc.

**Het aantal contacten zoals zich dat nu voordoet is voor het ochtendspreekuur 5 a 6 (afhankelijk van het aantal '45min'contacten en het middagspreekuur 5 – 8 ook weer afhankelijk van de duur van de contacten. Zo zijn er gemiddeld 12 spreekuurcontacten en 5 huisbezoeken per dag van de praktijkverpleegkundige.**

### **Het Geld**

**Aan de inkomsten kant.**

**Voor 2002 is de rekenfactor 8,50 euro per patiënt. Een simpele rekensom geeft dan  $8057 \times 8,50 = 68484,50$ . Het contract ging in per 1 april dus: 51363 euro**