

**Jaarverslag
praktijkondersteuning
2004**

maatschap Jouster huisartsen

Inhoud

A. Praktijkgegevens	3
B. Inzet personeel	4
C. Patiëntpopulatie en taken praktijkondersteuner	5
D. Samenwerking	9
E. Financieel	10
F. Bijlage	12

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

A Praktijkgegevens	In te vullen door praktijk	Evt toelichting
A1 Door wie wordt jaarverslag ingevuld (praktijkondersteuner/huisarts)	E. Bouma, huisarts Alle 4 praktijkondersteuners	
A2 Naam + plaats praktijk	Maatschap Jouster Huisartsen te Joure	
A3 Namen + plaats huisarts(en)	Boekema Bos Bouma Brongers Den Drijver Smits-Braat Roze Tiggelaar Allen te Joure	
A4 Naam samenwerkingsverband POH en deelnemende huisartsen in samenwerkingsverband	Maatschap Jouster Huisartsen	
A5 Juridische vorm van samenwerkingsverband	Maatschap	
A6 Per wanneer is poh in dienst	Gestart 1 april 2002	April 2002 gestart, in 2004 op volle sterkte
A7 Aantal patiënten	16.038	

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

B Inzet praktijkpersoneel	In te vullen door praktijk	Evt toelichting
B1 Aantal praktijkondersteuners werkzaam in de praktijk	4	
B2 Aantal uren per week werkzaam in praktijk per praktijkondersteuner	84	
B3 Opleiding per praktijkondersteuner(s) (hoogste genoten relevante opleiding)	3 verpleegkundige (HBO) 1 doktersassistente (MBO) alle 4 opleiding tot praktijkondersteuner / -verpleegkundige (HBO)	
B4 Aan welke nascholingactiviteiten neemt praktijkondersteuner deel?	Vrijwel alle regionale nascholingen en daarnaast gerichte nascholing passend in beleid van maatschap Jouster huisartsen: Diabetes, Hypertensie, HVZ	
B5 Werkgeverschap: Poh in dienst van huisarts/maatschap: Poh in dienst van thuiszorg:	Ja Nee	

C Patiëntpopulatie en taken praktijkondersteuner	In te vullen door praktijk	Evt toelichting
C1 Hoeveel patiënten naar specifieke ziekte zijn bekend in de praktijk:		
<i>Aantal astma/copd patiënten</i>	894	
<i>Aantal DM type 2 patiënten</i>	410	
<i>Aantal hypertensie patiënten</i>	1264	
<i>Aantal cardiovasculaire patiënten</i>	831	
<i>Aantal patiënten in te vullen overige aandoeningen</i>		Praktijkondersteuners doen ook taken in wondverzorging, huisbezoeken bij mensen die ontslagen zijn uit het ziekenhuis, andere chronisch zieken zoals MS patiënten of terminale patiënten; de cijfers hiervan zijn (nog) niet goed te reproduceren.
C2 Hoeveel patiënten naar specifieke ziekte worden gezien door de praktijkondersteuner:		Er is een opbouw in het aantal patiënten wat door de praktijkondersteuners gezien wordt; of per indicatie is er een opbouw of praktijken lopen niet geheel parallel; wel zal de zorg in alle praktijken dezelfde zijn.
<i>Aantal astma/copd patiënten</i>	240	Astma / COPD patiënten worden opgeroepen en gecontroleerd a.d.h.v. enquêteformulieren en bevindingen bij spirometrie.
<i>Aantal DM type 2 patiënten</i>	370	Vrijwel alle DM 2 patiënten zijn onder controle bij de praktijkondersteuner. Patiënten die niet verschijnen, worden actief benaderd met de vraag zich toch te laten controleren
<i>Aantal hypertensie patiënten</i>	300	Hypertensiespreekuur is in ontwikkeling en wordt gefaseerd ingevoerd in de verschillende praktijken. Alle hypertensiepatiënten worden uitgenodigd en gescreend; hun risico wordt berekend en begeleiding en behandeling voorgesteld op basis van kenmerken van de patiënt en de risicoberekening (NHG).
<i>Aantal cardiovasculaire patiënten</i>	100	HVZ patiënten; tot op heden zijn vooral PAV-patiënten door PO gediagnosticeerd en begeleid (bij stoppen met roken en looptraining) Hartfalen zal waarschijnlijk komende tijd opgepakt worden. Bovendien is er een overlap met DM en hypertensie omdat een selectie criterium vetstofwisselingsstoornis is. Dit moet nog nader uitgesplitst
<i>Aantal patienten in te vullen</i>	Nog n.v.t.	

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

<i>overige aandoeningen</i>		
C3 Wordt bij specifieke ziektes door praktijkondersteuner protocol toegepast?		Zo ja welke protocollen worden gehanteerd (bijv. NHG-standaarden)?
<i>astma/copd patiënten</i>	Ja	Ja, NHG en SHB (zie voor voorbeelden: Internet*) Wij zijn bovendien net als bij Diabetes (zie hieronder) onze COPD Astma zorg aan het beschrijven; dit zullen we gescheiden toezenden.
<i>DM type 2 patiënten</i>	Ja	Idem Bovendien zie bijlage: 'Diabeteszorg in de eerste lijn'; dit is een productbeschrijving van onze diabeteszorg. Voor onze diabeteszorg verwijzen we dan ook graag naar onze publicaties op Internet* en naar deze bijlage.
<i>hypertensie patiënten</i>	Ja	Idem Ook hiervan zal t.z.t. een productbeschrijving opgesteld worden en toegezonden worden
<i>cardiovasculaire patiënten</i>	Ja	Idem
<i>Patiënten overige aandoeningen</i>	Nog n.v.t.	
C4 Aantal consulten naar ziekte door praktijkondersteuner		
<i>Aantal consulten astma/copd patiënten</i>	165	In principe jaarlijks, maar de meerdere consulten zijn i.v.m. instelling therapie, stoppen met roken interventie etc Ook is tijd geïnvesteerd in het opstellen van een revalidatieprogramma voor COPD-patiënten samen met de fysiotherapiepraktijk 'De Vlijt' te Joure.
<i>Aantal consulten DM type 2 patiënten</i>	1030	4 maal per jaar; de meerdere consulten bij instelling vallen weg tegen het aantal niet uitgevoerde controleverrichtingen
<i>Aantal consulten hypertensie patiënten</i>	500	2 maal per jaar
<i>Aantal consulten cardiovasculaire patiënten</i>	200	Diagnostiek en vervolg begeleiding
<i>Aantal consulten patiënten overige aandoeningen</i>	Nog n.v.t.	
<i>Totaal aantal consulten door praktijkondersteuner</i>	1895	
C5 Aantal telefonische consulten naar ziekte door praktijkondersteuner		
<i>Aantal telefonische consulten</i>	25	

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

<i>astma/copd patiënten</i>		
Aantal telefonische consulten DM type 2 patiënten	150	
Aantal telefonische consulten hypertensie patiënten	70	
Aantal telefonische consulten cardiovasculaire patiënten	30	
Aantal telefonische consulten patiënten overige aandoeningen	Nog n.v.t.	
Totaal aantal telefonische consulten door praktijkondersteuner	275	
C6 Aantal visites naar ziekte door praktijkondersteuner		
Aantal visites astma/copd patiënten	75	
Aantal visites DM type 2 patiënten	450	
Aantal visites hypertensie patiënten	100	
Aantal visites cardiovasculaire patiënten	100	
Aantal visites patiënten overige aandoeningen	Nog n.v.t.	
Totaal aantal visites door praktijkondersteuner	725	
C7 Welke niet patiënt-gebonden taken verricht de praktijkondersteuner? Managementtaken Schrijven jaarverslag poh Overige in te vullen niet-patient gebonden taken	Nee, nog n.v.t. Ja Beschrijving zorgproducten Overleg clusterniveau Na- en bijscholing	Gemiddeld aantal uren in de week? 0.25 0.5 0.25 0.5
C8 Gemiddelde zorgduur van een consult door praktijkondersteuner	20-25 minuten	COPD: 1 ^e c: 40 controle: 20 Diabetes: 1 ^e c: 30 Jaarcontrole: 30 Kwartcontrole: 20 Enkel arm index: 25 Stoppen met roken: 1 ^e c: 30 Vervolg: 15 Hypertensie: 1 ^e c: 30 Jaarcontrole: 30 Controle: 15
C9 Gemiddelde zorgduur van een visite door een praktijkondersteuner (in- en exclusief reistijd)	35 minuten (incl.) 25 minuten (excl.)	
C10 Wat zijn volgens u de resultaten van de komst poh	<u>COPD Astma</u>: een betere diagnostiek en daardoor een betere indeling van de patiënt in therapeutische groep (wij volgen de GOLD-richtlijnen), Door de betere diagnostiek en indeling	

voor specifieke ziektebeelden:
Astma/copd patiënten
DM type 2 patiënten
Cardiovasculaire patiënten
Overige aandoeningen

is er een adequatere therapie. Het belangrijkste aspect is het stoppen met roken: door de PO is dit structureel te begeleiden en te volgen. Met de fysiotherapie is een revalidatieprogramma opgezet zodat er geprotocolleerd aan verbetering van de conditie en de ademhaling gewerkt kan worden.

DM type 2: de zorg van de DM type 2 patiënten is sterk verbeterd, uitgangspunt voor onze zorg is nu 'Diabeteszorg beter' van NHG en de Zorgstandaard van het NDF. Wij hebben onze diabeteszorg beschreven.

Belangrijke speerpunten in onze zorg:

- opsporen van diabetes
- voorlichting en educatie (alle patiënten hebben een diabetespas)
- verbetering van alle meetparameters (o.a. Hb1Ac, Tensie en vetplaatje)
- instellen op insuline zodra dit nodig is
- samenwerking andere disciplines

Onze diabeteszorg is van hoge kwaliteit.

Hypertensie: alle hypertensie en HVZ patiënten worden gescreend, d.w.z. van al deze patiënten wordt het cardiovasculair risicoprofiel opgesteld en hun risico via de risicocalculator van het NHG berekend. De patiënten worden behandeld op basis van deze risicoberekening en de adviezen die daaruit voortvloeien. De patiënten worden hiervoor direct benaderd en opgeroepen voor het speciale Hypertensie/HVZ spreekuur. Door deze aanpak is de behandeling van hypertensie verbeterd, maar vooral de behandeling van de bijkomende risicofactoren. Er wordt wat dit betreft een behoorlijke inhaalslag gemaakt.

Voor alle bovenstaande groepen geldt dat de registratie en de behandeling volgens protocol plaatsvindt. De protocollaire wijze van werken en registreren zijn te raadplegen op Internet*. Wij zijn trots op het resultaat tot nu toe bereikt en zijn zeer enthousiast om dit verder uit te breiden.

* <http://www.dokterbouma.nl/praktijkondersteuner.htm>

• **COPD:**

<http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/COPD%20protocol%20frames/Start%20COPD.htm>

• **Diabetes:**

<http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes%20protocol%20frames/Start.htm>

• **Hypertensie:**

<http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Hypertensie%20protocol%20frames/START%20Hypertensie.htm>

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

D Samenwerking	In te vullen door praktijk	Evt toelichting
D1 Vindt er patiëntenbespreking tussen praktijkondersteuner en huisarts plaats?	Ja 1.5u per praktijk	
D2 Hoeveel uur per maand vindt de gestructureerd overleg tussen huisarts en praktijkondersteuner plaats inzake gang van zaken, beleid praktijk etc?	2 uur	
D3 Vindt er overleg plaats tussen: <i>Andere praktijkondersteuners</i> <i>Gespecialiseerde verpleegkundige</i> <i>Apotheek</i> <i>Overige in te vullen zorgverleners</i>	Ja Ja* Ja Ja**	*Transmurale verpleegk. Diabetes en COPD Astma ** Thuiszorg Verzorgingshuizen Diëtiste Specialisten
D4 Vindt er afstemming/samenwerking plaats met andere huisartsen die deelnemen aan het samenwerkingsverband POH?	Een volledige afstemming; de 6 praktijken voeren eenzelfde beleid wat ontwikkeld wordt door huisartsen en PO'ers op maatschapsniveau.	
D5 In welke vorm vindt deze samenwerking plaats?	De samenwerking is net als de afstemming: volledig, PO is niet praktijkgebonden maar maatschapsgebonden. De maatschap Jouster huisartsen beschouwen hun 6 praktijken als zijnde 1 praktijk, zoals ook beschreven in hun contract. Beleidsmatig, organisatorisch, financieel is er sprake van een eenheid, ook de automatisering is hierop aangepast. Een PO'er kan dan ook haar werk doen voor alle praktijken vanuit één praktijk.	

Jaarverslag POH 2004 maatschap Jouster huisartsen

E Financieel	In te vullen door praktijk	Evt toelichting
E1 Inkomsten poh		
Aantal ziekenfondspatiënten x € 8,90	Uit rapport: € 89.086,30	Zf verz: 10.010
7,4% van inkomsten particulieren	Uit rapport: € 37.779,00	Part inkomen 2004: € 510.527,02
Aantal particuliere consulten x € 26,70 (20 % = particulier)	C : € 10.119,30 TC : € 734,25 V : € 5.814,50 Totaal : € 16.668,05	C : 20% 1895 : 379 x 26,70 TC : 20% 275 : 55 x 13,35 V : 20% 725 : 145 x 40,10
Totale inkomsten	€ 143.533,35	
E2 Uitgaven poh		
Salariskosten praktijkondersteuner (zie cao)	€ 63.041,88	
Werkgeverskosten (43% inclusief 5% ziektereservering)	€ 27.108,00	
Bij- en nascholing (minus scholingsaftrek 140%)	€ 10.160,50	o.a. Opleidingskosten 2 PO
Reiskosten (gemiddeld € 50, p.m.)	€ 780,57	
Tijdsinzet huisartsen (a €40, per uur; leiding, ondersteuning en overleg zowel binnen als buiten het samenwerkingsverband)	806u per jaar: € 32.240,00	Overleg 6 x 1.5 = 9u Leiding/manag = 2u Overleg extern = 6 x 0.25u = 1.5u Overleg cluster = 6 x 0.5u = 3u Totaal: 15.5u per week
Praktijkkosten: Huisvesting (evenredig deel van de totale kosten) Instrumentarium (afschrijving) Verbruiksartikelen Telecom/automatisering Telefoon/porti/kopieerkosten	Huisvestingskosten all-in: € 465,00 per m2 Er zijn 4 werkplekken van gemiddeld 14m2 = 56m2 € 26.040,00	Zie jaarverslag 2002; geen indexering nog toegepast. In jaarverslag 2002 is aangegeven welke posten allemaal opgenomen zijn in de m2-prijs.
Overige kosten: Administratiekosten (salarisadministratie) Accountantskosten Vergaderkosten (koffie/lunch) Aanloopkosten	Administratie kosten: € 200,00 Accountant kosten: € 2.000,00 Patiënten info internet etc: € 1.200,00 Vergaderkosten: € 2.400,00 Kosten extra assistentie en verlies inkomsten verrichtingen assistente/huisarts: € 28.000,00 Totaal: € 33.800,00	
Advisering extern	Nihil	
Totale uitgaven	€ 183010.45	

F. Bijlage

Beschrijving Diabeteszorg in Joure

Werkgroep PO

Bernardien Roze, huisarts
Enne Bouma, huisarts
Nienke Roukema, praktijkondersteuner
Annelies van Zwol, praktijkondersteuner
Joke Koevoets, praktijkondersteuner
Hermen Ten Wolde, praktijkondersteuner

Inleiding

Suikerziekte komt steeds vaker voor, daarom wordt de vraag naar diabeteszorg groter. Bovendien is een groot deel van de mensen met diabetes nog niet bekend. De toename van Diabetes Mellitus type 2 wordt veroorzaakt door verschillende factoren zoals toenemende vergrijzing, verkeerde leefstijl en overgewicht.

Ook de overheid stelt eisen aan goede diabeteszorg¹.

Deze notitie omschrijft hoe de diabeteszorg binnen de praktijk van de Jouster huisartsen is vormgegeven.

Uitgangspunt voor deze notitie is de visie die de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) hanteert in het realiseren van goede diabeteszorg:

“De mens met diabetes centraal”, is essentieel in goede diabeteszorg. Ieder mens met diabetes moet in staat worden gesteld, medeverantwoordelijk te zijn voor zijn diabeteszorg en zijn kwaliteit van leven.

Drie voorwaarden zijn daarnaast bij vraaggestuurde zorg essentieel:

1. *‘Medeverantwoordelijkheid’* vereist de mogelijkheid van individuele keuzes. Naast een actieve rol van de mens met diabetes moet goede op de persoon afgestemde zorg ook mogelijk zijn voor hen die, om welke reden dan ook, niet in staat zijn om zelf grote medeverantwoordelijkheid te dragen indien de last van diabetes en/of andere ziekten te groot is en eerst hulp en ondersteuning noodzakelijk is.
2. *‘In staat worden gesteld’* betekent dat geen belemmeringen worden gecreëerd door de directe omgeving, behandelaars, overheid, verzekeraars, etc. Het betekent ook een verzekerde toegang tot alle noodzakelijke genees- en hulpmiddelen, een volwaardige voorlichting en educatie, en zonder discriminatie en vooroordelen in het maatschappelijk verkeer.
3. *‘Kwaliteit van leven’* vereist de mogelijkheid van individuele keuzes.

¹ Bron: Nederlandse Diabetes Federatie; Beleidsplan 2001 - 2006

Werkers in de diabeteszorg binnen de praktijk van de Jouster huisartsen en hun taken.

Met diabeteszorg wordt bedoeld: de zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus type 2.

De werkers zijn:

8 Huisartsen.

4 Praktijkondersteuners.

12 Doktersassistentes.

De **huisartsen** delegeren de zorg voor diabetespatiënten aan hun praktijkondersteuners. Door middel van zeer geregelde overlegmomenten houden zij supervisie over het beleid t.a.v. de diabeteszorg inclusief het medicatiebeleid.

De **praktijkondersteuners** voeren de diabeteszorg in de volle breedte uit.

De **doktersassistentes** zijn het eerste aanspreekpunt en hebben een ondersteunende rol in de diabeteszorg. Dit houdt in: het prikken van bloedsuikers en het agendabeheer (maken van afspraken). Ook wordt de verwerking van uitslagen van laboratorium, specialisten en andere disciplines, evenals informatieverstrekking, door de doktersassistentes gedaan.

Kwaliteit

Na de aanstelling van, in eerste instantie 2 praktijkondersteuners, is in 2003 een protocol gerealiseerd voor de diabeteszorg binnen de praktijk van de Jouster huisartsen. Dit protocol is gebaseerd op de NHG standaard Diabetes Mellitus type II en op de kwaliteitscriteria zoals die door de Nederlandse Diabetes Federatie² zijn geformuleerd.

1. Tijdige herkenning en diagnosestelling van diabetes.
2. Multidisciplinaire behandeling met waarborging van de continuïteit van goede diabeteszorg, waarbij de mens met diabetes (waar mogelijk) zelf keuzes maakt en medeverantwoording draagt voor de behandeling en kwaliteit van leven. Gestreefd wordt naar één behandelaar die als coördinator fungeert.
3. Verzekerde toegang tot noodzakelijke zorg (inclusief educatie en voorlichting) en genees -en hulpmiddelen.
4. De voor de individuele zorgverlening noodzakelijke functies dienen alle op regionaal niveau beschikbaar te zijn.
5. De diabeteszorg voldoet aan richtlijnen. Behandelaars werken aan de hand van deze (mede) door de Federatie en/of beroepsorganisaties vastgestelde en geaccordeerde richtlijnen, standaarden en protocollen, waarbij het in organisatorische zin belangrijker is dát bepaalde zaken gebeuren dan door wie ze uitgevoerd worden.
6. De mens met diabetes draagt, door goede educatie en met hulp van de Diabetespas, bij aan de realisering van de kwaliteit van zijn behandeling (bijvoorbeeld periodieke controles).
7. Aan de hand van de richtlijnen kan een afgesproken kwaliteit worden vastgesteld.
8. Deze afgesproken kwaliteitsnorm wordt gemeten (monitoring / benchmarking) en zo nodig aangepast of geborgd. De geaggregeerde gegevens van diabeteszorg maken monitoring, evaluatie en certificatie mogelijk. Daarmee wordt diabeteszorg transparant.
9. De zorgvrager en zorgverlener beschikken op individueel niveau over gegevens van de behandeling (diabetespas) op basis waarvan de behandeling kan worden geëvalueerd en zonodig aangepast.

² Bron: Nederlandse Diabetes Federatie; Beleidsplan 2001 - 2006

Uitvoering

De kwaliteitscriteria worden binnen de praktijk van de Jouster huisartsen als volgt uitgewerkt:

Ad. 1. Tijdige herkenning en diagnosestelling³.

Aanbevolen wordt het glucosegehalte te bepalen bij mensen met klachten en aandoeningen die het gevolg kunnen zijn van Diabetes Mellitus, zoals dorst, polyurie, vermagering, pruritus vulvae op oudere leeftijd, mononeuropathie, neurogene pijnen en sensibiliteitsstoornissen.

Daarnaast adviseert de NHG-Standaard om diabetes op te sporen door tijdens spreekuurbezoeken driejaarlijks het glucosegehalte te bepalen bij personen met een verhoogd risico op diabetes. Dat zijn personen ouder dan 45 jaar met:

- Diabetes Mellitus type II bij ouders, broers of zussen;
- Hypertensie;
- Manifeste hart- of vaatziekten; vetstofwisselingsstoornissen;
- Etnische belasting zoals onder anderen Hindoestanen;
- Obesitas (Quetelet-index hoger dan 27 kg/m²);
- Zwangerschapsdiabetes in het verleden of vrouwen die kinderen gebaard hebben met een geboortegewicht van meer dan 4000 gram.

Binnen de praktijk worden patiënten met bovengenoemde klachten gescreend op Diabetes Mellitus.

Tevens wordt de groep patiënten van 45 jaar en ouder actief benaderd om de risicofactoren in beeld te krijgen en zo “verborgen diabetes” op te sporen. Dit gebeurt door middel van een kort vragenlijstje, wat wordt aangeboden aan patiënten van 45 jaar en ouder, die op het spreekuur van de huisarts komen. Wanneer blijkt dat de patiënt tot een van de risicogroepen behoort, wordt driejaarlijks de bloed glucosewaarde bepaald.

Ad 2. Multidisciplinaire behandeling .

Binnen de praktijk wordt gewerkt in een multidisciplinaire setting, waarbij de huisarts de supervisie heeft over de diabeteszorg, maar die zorg grotendeels heeft gedelegeerd naar de praktijkondersteuners, die in deze opzet als coördinator fungeren. De praktijkassistente heeft hierin een ondersteunende taak, zij besteedt veel aandacht aan het geven van informatie m.b.t. de gang van zaken rondom de zorg voor patiënten met Diabetes Mellitus.

De patiënt heeft in dit geheel een eigen verantwoordelijkheid, welke wordt bevorderd en gestimuleerd door goede voorlichting en educatie. Een hulpmiddel, dat gebruikt wordt in de praktijk, is de Diabetespas. Hierin kan

³ NHG standaard, 1999

de patiënt zelf belangrijke gegevens m.b.t. diabetes noteren en laboratoriumuitslagen bijhouden.

Doelstellingen educatie⁴:

Door het inzichtelijk maken van factoren die van belang zijn voor een goede gezondheid en om risico's voortvloeiend uit de diabetes zo veel mogelijk te beperken is het belangrijk deze informatie aan de patiënt kenbaar te maken.

De patiënt is op de hoogte van:

- de achtergronden van de ziekte, therapie en controlebeleid;
- factoren die de prognose bepalen;
- de richtlijnen voor gezonde voeding en het nut van lichaamsbeweging;
- de streefwaarden voor de glycemische parameters, lipiden en bloeddruk;
- waarop te letten bij inspectie van de voeten en de betekenis van goed passend schoeisel;
- het belang van regelmatige oogheelkundige controle;
- de signalen van een hyper- en een hypoglycemie en hoe te reageren;
- het handelen bij ziekte, koorts, braken en verre reizen;
- de mogelijkheden tot zelfcontrole en zelfregulatie;
- de rol van de patiëntenvereniging.

Educatie begint al in de intakefase, waarbij een aantal vaste aspecten zoals achtergrond van de ziekte, en behandeling, streefwaarden e.d. aan de orde komen. Van groot belang daarbij is dat de educatie door de patiënt wordt begrepen.

Binnen de praktijk wordt de voorlichting en educatie volgens de standaard⁵ uitgevoerd door de praktijkondersteuners. Dit gebeurt tijdens spreekuren, die door de praktijkondersteuner zelfstandig worden gevoerd.

Ad 3. Verzekerde toegang tot de noodzakelijke zorg.

24-uurs zorg is gegarandeerd, volgens de organisatie van de normale huisartsenzorg.

De verstrekking van genees- en hulpmiddelen is geregeld binnen de organisatie van de apotheken.

Educatie en voorlichting zijn een logisch en belangrijk onderdeel van de taken van de praktijkondersteuner, zoals omschreven in het protocol diabeteszorg.

Ad 4. Beschikbaarheid regionale functies t.b.v. individuele zorgverlening.

De zorgverlening wordt in principe dicht bij huis (1^e lijn) geleverd.

Samenwerking vindt plaats met het huisartsenlaboratorium, de apotheek, diëtisten, transmuraal diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten,

oogartsen en de thuiszorg. Wanneer verwijzing naar de 2^e lijn noodzakelijk is, is dit binnen de regio goed te realiseren. Binnen de regio zijn twee ziekenhuizen gesitueerd: Antoniusziekenhuis te Sneek en Ziekenhuis De Tjongerschans te Heerenveen. Door de wijze waarop diabeteszorg binnen de

⁴ NHG standaard, 1999

⁵ NHG standaard, 1999

praktijk is georganiseerd, is het mogelijk patiënten terug te verwijzen van de 2^e naar de 1^e lijn.

Ad 5. Diabeteszorg voldoet aan richtlijnen.

In de praktijk wordt gewerkt volgens de normen en standaarden/ richtlijnen van de NDF en het NHG.

Ad 6. Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Door goede voorlichting en educatie door de praktijkondersteuners, worden de patiënten in staat gesteld, bij te dragen aan de realisering van de kwaliteit van diens behandeling. Leefstijladviezen, zoals goede voeding en beweging, zijn de basis van de therapie. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor naleving van deze adviezen en het maken en nakomen van afspraken. Binnen het registratie systeem wat door de praktijken wordt gebruikt (Medicom) is wel inzichtelijk welke patiënten op de spreekuren van de praktijkondersteuner zijn verschenen.

Ad 7. Afspraken betreffende kwaliteitsnormen.

Binnen de praktijk wordt volledig gewerkt volgens de NHG standaard en de richtlijnen van de NDF. Deze standaarden en richtlijnen zijn verwerkt in een werkprotocol Diabetes Mellitus

Inzage in protocol op de internetsite:

<http://www.dokterbouma.nl/Praktijkondersteuning/Diabetes%20protocol%20frames/Start.htm>

Ad 8. Meting van kwaliteit van zorg.

Alle relevante gegevens worden zodanig geregistreerd, dat er eenvoudig overzichten van gemaakt kunnen worden t.b.v. jaaroverzichten e.d.

Relevante gegevens zijn:

- Het aantal bekende diabeten.
- Het aantal nieuwe gevallen met Diabetes Mellitus
- Het aantal consulten per diabetespatiënt.
- Het aantal consulten uitgewerkt binnen het protocol.
- Het aantal verwijzingen naar oogartsen, diëtiste, podotherapeuten, internisten e.d.
- Welke van deze multidisciplinaire functies er beschikbaar zijn.
- Aan alle diabetespatiënten wordt een diabetespas uitgereikt, daardoor heeft de patiënt te allen tijde inzicht in zijn eigen meetwaarden.
- Het gebruik van de diabetespas.
- Inzicht in aantal ingevulde diabetespassen
- Inzicht in concrete meetwaarden: QI (Quetelet Index), rookgewoonten, aantal en verloop HbA1C-waarde, Cholesterol/ HDL ratio.

Ad 9. Beschikbaarheid van patiëntengegevens.

De patiënt beschikt over een diabetespas en NHG patiëntenbrieven.

De zorgverlener beschikt over gegevens door invulling van het huisartsen informatiesysteem (HIS) volgens genoemde protocollen.

Alle behandelaars hebben toegang tot dit HIS, waarbij de privacy van de patiënt is gewaarborgd.

Samenvatting

Diabetes Mellitus type II komt steeds vaker voor.

Factoren m.b.t. leefstijlen en vergrijzing hebben grote invloed op deze ontwikkeling.

Door de overheid wordt eisen gesteld aan goede diabeteszorg.

De Maatschap Jouster Huisartsen verleent deze diabeteszorg en werkt volgens normen en richtlijnen, welke door het NHG en NDF zijn opgesteld.

Leidraad is het recent verschenen rapport '*Diabeteszorg beter*'.

Goede behandeling, begeleiding en educatie van diabetespatiënten leiden tot meetbare resultaten.

Mede door een goede registratie worden aantallen patiënten, resultaten en zorg inzichtelijk.

Door educatie en verstrekken van goede informatie wordt de patiënt in staat gesteld zoveel zelf verantwoordelijkheid te dragen en gefundeerde keuzes te maken.