

Maatschappelijk jaarverslag 2013

Diabetes Zorgsysteem West-Friesland
Ketenzorg West-Friesland

Diabetes Zorgsysteem West-Friesland



Inhoudsopgave

1.	Uitgangspunten van de verslaglegging	3
2	Profiel van de organisatie	5
2.1	Algemene identificatiegegevens	5
2.2	Structuur van de organisatie	5
2.3	Kerngegevens	6
2.3.1	Kernactiviteiten	6
2.3.2	Patiënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	10
2.3.3	Werkgebieden	10
2.4	Samenwerking en ketenpartners	10
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	13
3.1	Bestuur en toezicht	13
3.1.1	Zorgbrede Governance Code	13
3.1.2	Bestuur	13
3.1.3	Raad van Toezicht	13
3.2	Bedrijfsvoering	13
3.3	Cliëntenraad	14
4	Beleid, inspanningen en prestaties	15
4.1	Meerjarenbeleid	15
4.2	Algemeen beleid	15
4.2.1	Externe ontwikkelingen 2013	15
4.2.2	Ontwikkelingen expertisecentrum diabetes	16
4.2.3	Aanpassingen van de organisatiestructuur van het DZS	17
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	18
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten	18
4.4.1	Kwaliteit van zorg	18
4.4.2	Klanttevredenheidsonderzoek	20
4.4.3	Klachten	21
4.4.4	Toegankelijkheid	21
4.4.5	Veiligheid	21
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	22
4.5.1	Personeelsbeleid	22
4.5.2	Kwaliteit van het werk	22
4.6	Samenleving	23
4.7	Financieel beleid	24
4.7.1	Resultatenrekening 2013	24
5	Verklarende woordenlijst	25

1 Uitgangspunten van de verslaglegging

Dit jaardocument betreft de verslagperiode 2013. Als uitgangspunt voor het jaardocument is de Regeling verslaglegging Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) gehanteerd.

Het jaardocument is onder verantwoordelijkheid van de directie tot stand gekomen. Er zijn twee belangrijke onderdelen in het verslag. Het maatschappelijk en het financieel verslag die door de directie en het management zijn samengesteld.

Het financiële verslag is gecontroleerd door het accountantsbureau Flynth te Aalsmeer. De cijfermatige gegevens uit het maatschappelijk verslag zijn afkomstig uit het geautomatiseerde gegevensbestand van het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS).

Het DZS is gestart in 1996 naar aanleiding van wetenschappelijke studies die in West-Friesland bij de algemene bevolking zijn uitgevoerd. Vanwege de hoge sterftekans van diabetespatiënten en het idee dat de zorg aanzienlijk was te verbeteren, is de zorg voor diabetespatiënten in nauw overleg met huisartsen hervormd. Het DZS werd daarmee feitelijk de eerste diabetes zorggroep in Nederland. In de loop van de jaren zijn de methoden steeds meer verfijnd, waardoor uiteindelijk de gemiddelde glucose instelling van de mensen met diabetes al jaren op een ongekend laag niveau staat. Door de bijzondere relatie met de afdelingen huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde en Epidemiologie & Biostatistiek van het EMGO instituut van het Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam (VUmc), zijn de diabeteszorg en het wetenschappelijk onderzoek sterk met elkaar verweven.

Markante momenten

In 1996 is in West-Friesland het DZS opgericht, aanvankelijk als een samenwerkingsverband van verschillende regionale gezondheidszorg organisaties. Op 1 januari 2004 werd de samenwerking in een stichtingsvorm geformaliseerd.

In 2009 is een bestuurlijke samenwerking met de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en de Centrale Huisartsenpost (CHP) tot stand gekomen.

Op 26 januari 2011 werd het ISO certificaat voor alle processen van het DZS verkregen, daarmee is het DZS de enige diabetes zorggroep met een ISO certificering. In 2013 is de hercertificering gerealiseerd.

Op 1 januari 2011 is de integrale bekostigingssystematiek voor de diabeteszorg in de eerste lijn ingevoerd, dat wil zeggen dat de huisartsen onderaannemers zijn met betrekking tot de diabeteszorg en voor hun werkzaamheden voor mensen met diabetes door het DZS worden betaald. In 2013 zijn ook podotherapeuten en pedicures gecontracteerd. In juli 2013 is de tweede zorgketen gestart, de COPD zorgketen.

Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij onder meer de naam van de stichting gewijzigd is in Stichting Keten zorg West-Friesland (KZWF). KZWF handelt tevens onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de diabetes ketenzorg.

De diabeteszorg

KZWF is één van de weinige zorggroepen met een centrale zorgaansturing voor de diabeteszorg. Dit houdt in dat alle mensen met diabetes van de gecontracteerde huisartsen jaarlijks voor een gestandaardiseerde probleemvaststelling het DZS bezoeken op één van de locaties in West-Friesland en de Wieringermeer. De huisartspraktijk blijft de centrale zorgverlener maar wordt vanuit de centrale aansturing ondersteund om optimaal haar taken te kunnen uitvoeren. De centrale probleemvaststelling houdt in dat alle in de standaard van

het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) vastgestelde onderzoeken centraal worden uitgevoerd, namelijk: het meten van het gewicht, het navragen van de rookstatus, het navragen van diabetes gerelateerde complicaties, het navragen van de actuele gebruikte medicatie (waaronder ook de zelfmedicatie), het berekenen van de BMI, het meten van de bloeddruk, het maken van een rust ECG, het afnemen van bloed en urine, het meten van de bloeddruk, het maken van een netvliesfoto, het vaststellen van neuropathie en status van de voeten.

Ook wordt door de diabetesverpleegkundige (DVK) en diëtist (DT) een probleeminventarisatie uitgevoerd met betrekking tot kennis over diabetes en de kennis over gezonde leefstijl met speciale aandacht voor voeding. Deze basiszorg wordt afgesloten met het opstellen van een voorlopig zorgplan. Alle gegevens worden gedeeld met de huisartspraktijk. De huisarts en/of de praktijkondersteuner (POH) bespreken het voorlopig zorgplan met de patiënt in een zogenaamd schakelconsult, waarbij met de patiënt het zorgplan definitief wordt gemaakt. Huisarts en/of POH passen indien nodig medicatie aan en geven indien nodig aanvullende adviezen over de leefstijl. Indien er in het kader van de probleeminventarisatie aanleiding toe bestaat, geeft de DVK/DT vervolgeducatie en -begeleiding wanneer er sprake is van complexe problematiek en er ondersteuning gewenst is bij het onder meer: instellen op insuline, overig medicatiebeleid, beleid voor wat betreft complicaties, leefstijlverandering en zelfmanagement.

Complexe diabeteszorg

Er is speciale aandacht voor mensen die specialistische zorg nodig hebben. Het DZS biedt hier als expertisecentrum voor type 2 diabetes een apart programma voor. De directeur van het DZS, die tevens hoogleraar huisartsgeneeskunde en diabeteszorg is aan het VUmc, ziet in de voorkomende gevallen de diabetespatiënten die gespecialiseerde zorg nodig hebben samen met één van de diabetesverpleegkundigen en/of diëtisten. Indien daarna blijkt dat meer specialistische kennis nodig is, wordt de patiënt naar de samenwerkende internist van het Westfriesgasthuis (WFG) of indien van toepassing naar het VUmc verwezen. Met dit programma wordt optimale vervanging van zorg verkregen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg (substitutie van zorg).

Cardiovasculair programma binnen de diabeteszorg

Bovendien is er een apart programma voor de complexe cardiovasculaire problematiek. Alle diabetespatiënten worden met een rust ECG gescreend, naast het vaststellen van de gebruikelijke cardiovasculaire risicofactoren. De bevindingen van het ECG worden vergeleken met de bevindingen van de voorgaande jaren. De reden hiervan is dat screeningsprogramma's met een rust ECG alleen zinvol worden geacht als er met eerder gemaakte ECG's een vergelijking kan worden gemaakt (Moyer V et al. Ann Int Med 2012; 157). Er wordt gescreend op ernstige ritmestoornissen (atriumfibrilleren, ventriculaire ritmestoornissen), repolarisatiestoringen die wijzen op tekenen van ischemie van het hart en op ernstige ventriculaire geleidingsstoornissen. In samenwerking met de cardiologen van het WFG is een diagnostische route opgezet voor die diabetespatiënten die één van de genoemde veranderingen hebben op het rust ECG. Via de huisarts worden deze diabetespatiënten voor uitgebreide diagnostiek naar het WFG verwezen. Driemaandelijks wordt door het DZS toezicht gehouden op de voortgang van de behandeling.

COPD ketenzorg

In tegenstelling tot de diabeteszorg wordt de COPD zorg volledig uitgevoerd in de huisartspraktijk. Om de COPD ketenzorg in de regio West-Friesland en de Wieringermeer te implementeren is er begin 2013 een programma ontwikkeld. Er is een programma van eisen opgesteld waaraan elke huisartsenpraktijk moet voldoen om goede COPD zorg te kunnen leveren. Zoals landelijk bekend bestaat er altijd veel ruis binnen de COPD populatie in de praktijk. Voordat de praktijken COPD patiënten in de keten DBC hebben geïncludeerd is veel aandacht besteed aan het opschonen van deze groep, zodat terecht gediagnosticeerde COPD patiënten in de DBC komen. In juli 2013 is een eerste cohort huisartsen (57 huisartsen/28 huisartspraktijken) gestart met de COPD ketenzorg in de huisartspraktijk. Het tweede cohort huisartsen start in januari 2014. Door het eerste cohort zijn er 1065 patiënten geïncludeerd. Om implementatie te realiseren zijn een stuur- en werkgroep COPD geformeerd. Door de werkgroep werd feedback gegeven op de door de stuurgroep ontwikkelde plannen. De stuurgroep COPD bestaande uit directie/management van KZWF/het DZS, kaderhuisarts Hetty Cox en een projectleider van ZONH. De werkgroep COPD, bestaande uit Hetty Cox, huisartsen, een POH, een projectleider van ZONH en manager van KZWF/het DZS.

De samenwerkingsafspraken binnen de regio zijn vastgesteld. Afspraken zijn gemaakt over de inhoud, de organisatie van de huisartsenpraktijk en de kwaliteitseisen die gesteld worden aan een COPD-spreekuur, verwijzing naar/de samenwerking met longartsen, diëtisten en fysiotherapeuten en deskundigheidsbevordering binnen de huisartsenpraktijk. De medicamenteuze behandeling van COPD is gericht op het zo mogelijk verbeteren van de kwaliteit van leven/longfunctie, verminderen van de klachten en het voorkomen van exacerbaties. De doelen op langere termijn zijn het voorkomen of vertragen van een versnelde achteruitgang van de longfunctie en het voorkomen of uitstellen van complicaties en invaliditeit.

KZWF is verantwoordelijk voor de organisatie, de kwaliteitsbevordering en de ontwikkeling van de zorgketen. In samenwerking met kaderhuisarts Hetty Cox wordt de kwaliteit van de COPD ketenzorg bewaakt en verbeterd. In 2013 zijn huisartsen en praktijkondersteuners (POH'ers) geschoold in de COPD zorg en heeft er een intensieve begeleiding in de huisartspraktijk plaats gevonden om de COPD ketenzorg te implementeren. Ook is een CASPIR basiscursus in de regio gestart in samenwerking met de longartsen van het WFG. Om de kwaliteit van de spirometrie in de huisartspraktijk te monitoren zijn er afspraken gemaakt met KSYOS telepulmonologie en de longartsen van het WFG. Van de gemaakte spirometrieën in de DBC wordt 10% onderworpen aan een kwaliteitscontrole door de longarts. Door de start na de zomer 2013 is het aantal spirometrieën voor de kwaliteitscontrole nog klein.

KZWF verzorgt de registratie en declaratie van de geïncludeerde COPD patiënten op basis van de contractuele afspraken die daarvoor zijn gemaakt met de verzekeraar. De COPD prestatie-indicatoren worden door huisartsen en praktijkondersteuners in het HIS geregistreerd. De patiëntengroep groeit gestaag. Op 1 januari 2014 zijn in totaal 1686 COPD patiënten geïncludeerd vanuit cohort 1 en cohort 2. Dit komt neer op een prevalentie van 1,1% van de deelnemende patiënten populatie van West Friesland, vergelijkbaar met startprevalenties in andere regio's in het land.

Dieetadviesing voor mensen niet in de Diabetes of COPD keten

KZWF heeft een aanbod voor dieetadviesing voor mensen die geen diabetes of COPD hebben. Deze werkzaamheden worden onder de naam: Diëtistenteam Spring uitgevoerd. Diëtistenteam Spring is een deskundig diëtistenteam dat beschikt over alle specialismen om begeleiding te bieden bij dieet- en voedingsvragen. Het team biedt onder meer dieetadviesing aan mensen met eetstoornissen, voedselallergieën, maag-darmproblematiek of overgewicht, adviseert aanstaande moeders, (top)sporters en begeleidt kinderen. Kinderdiëtisten en een sportdiëtist maken deel uit van het team.

Er is een nauwe samenwerking met onder meer huisartsen, kinderartsen, sportartsen en overige specialisten, verloskundigen, scholen en andere samenwerkingspartners.

Het team biedt persoonlijke en laagdrempelige begeleiding dicht bij huis, thuis, telefonisch of online via e-consulting.



2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon Stichting Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS)
 Adres Maelsonstraat 7, 1624 NP Hoorn
 Telefoonnummer 0229-219401
 Fax nummer 0229-248265
 Identificatienummer NZa cat. 650; reg.nr. 8466
 Website www.diabetes-zorg.nl

2.2 Structuur van de organisatie

Het DZS is als stichting per 30 november 2005 toegelaten voor AWBZ functies artikel 8 (Stb.1967,655) blijkens de toelatingsbeschikking AWBZTOEL/ 25139554. De stichting kent een medezeggenschap van patiënten in de vorm van een cliëntenraad. De directie van het DZS bestaat uit prof. dr. Giel Nijpels.

De structuur van de Stichting Diabetes Zorgsysteem West-Friesland is weergegeven in figuur 1 op pagina 7.

Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij onder meer de naam van de stichting gewijzigd is in Stichting Ketenzorg West-Friesland (tevens handelend onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de diabetes ketenzorg). De stichting KZWF heeft als doel:

- het faciliteren van ketenzorg in de regio West-Friesland en de Wieringermeer;
- het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van ketenzorg;
- het bieden van een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor ketenzorg;
- het bevorderen van de kwaliteit van ketenzorg in de breedste zin van het woord.

Het bestuur bestond tot 24 december 2013 uit vijf leden overeenkomstig de leden van het bestuur van de WFHO en de CHP zijnde:

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Mw. C.A.M. Witte	Voorzitter	Geen
Dhr. J.J.B. Breed	Penningmeester	Geen
Dhr. E.F.M. Verberne	Secretaris/Vice -voorzitter	Geen
Dhr. S.J. Schagen	Lid	Geen
Dhr. N.J. Kuijs	Lid	Geen

Het bestuur heeft in 2013 zeven maal vergaderd. In deze vergaderingen vond de bestuurlijke besluitvorming plaats in aanwezigheid van de directeur. Per 24 december 2013 bestaat het bestuur uit één bestuurder zijnde: dhr. G. Nijpels.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft de bevoegdheid het jaarverslag en het beleidsplan te beoordelen. De Raad heeft in 2013 drie maal overleg gevoerd met elkaar (waarvan éénmaal telefonisch).

Naam

Dhr. J. Brug
Dhr. A. Timmermans
Dhr. V. v. Dijk

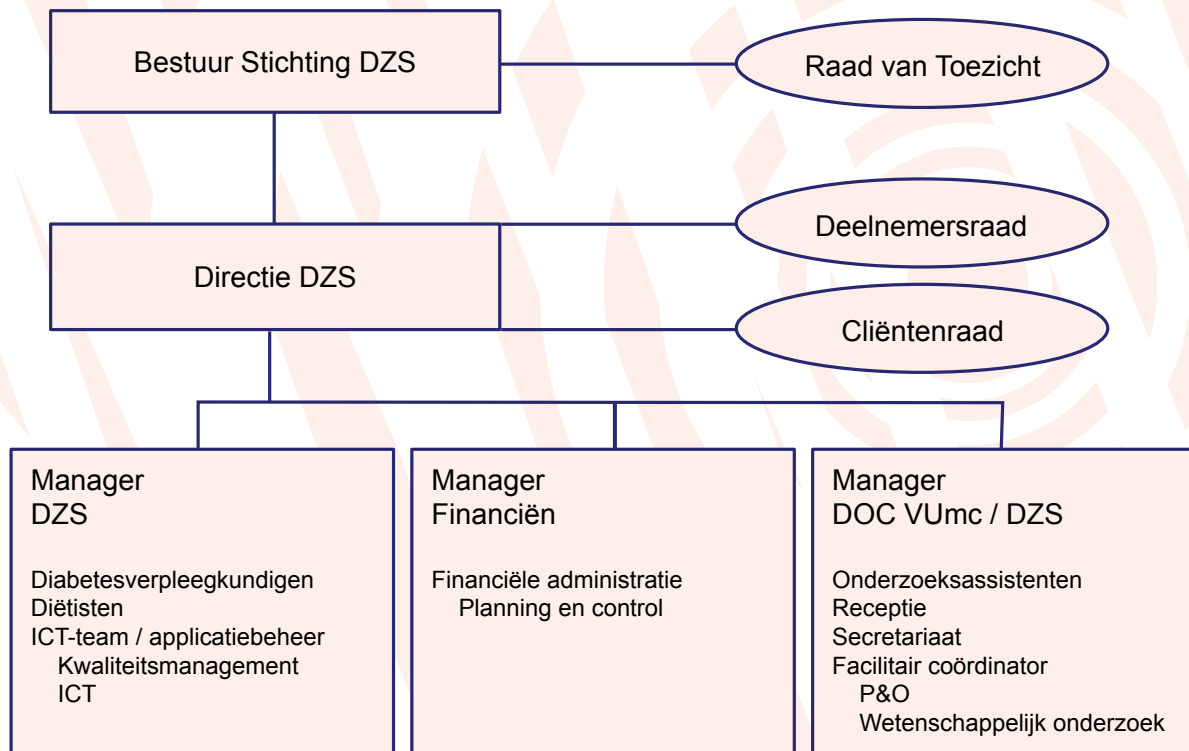
Aandachtsgebied

Voorzitter
Lid
Lid

Nevenfuncties

Vice-decaan wetenschappelijk onderzoek en voorzitter Divisie VI, VUmc
Voorzitter Raad van bestuur Westfriesgasthuis
Voorzitter Raad van Bestuur Omring

Figuur 1: Structuur van de Stichting Diabetes Zorgsysteem West-Friesland



2.3 Kernegegevens

2.3.1 Kernactiviteiten

De stichting is een instelling voor de ondersteuning van de diabeteszorg en de COPD zorg in de gehele zorgketen.

Kenmerken keten-DBC

De keten-DBC voor diabetes en COPD bevatten alle functies (exclusief medicijnen en hulpmiddelen) voor het verlenen van goede diabetes- en COPD-zorg, conform de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) standaard, de zorgstandaard van de Long Alliantie Nederland (LAN) en de NHG standaard. Het weerspiegelt goede zorg in multidisciplinaire samenhang. De keten geeft dankzij een functionele opbouw goede mogelijkheden voor vernieuwing van het zorgproces, waarvan taakherschikking een belangrijk onderdeel vormt. De tarieven van de keten-DBC worden door KZWF onderhandeld, waarbij voor dezelfde zorg eenzelfde vergoeding wordt gehanteerd.

Kenmerken van KZWF als zorggroep

KZWF draagt zorg voor het waarborgen van de kwaliteit door middel van een kwaliteitssysteem op basis van het meten van uitkomsten, spiegelinformatie en verbeterplannen. KZWF maakt met alle betrokken zorgverleners afspraken over de levering van de zorg. KZWF heeft een faciliterende en sturende rol als hoofdaannemer van de ketenzorg. De huisarts is zowel hoofdbehandelaar als onderaannemer, beheert het medisch dossier van de patiënt en is eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Taken van KZWF

De taken van KZWF zijn:

1. Coördinatie, regie en controle op uitvoering van afspraken met betrekking tot de diabeteszorg en COPD zorg.
2. KZWF/het DZS is een expertisecentrum voor de diabeteszorg.
3. Opstellen van voorwaarden waaraan de ketenpartners moeten voldoen willen ze deelnemen aan de zorggroep.
4. Contract en afsprakenbeheer:
 - a) zorgverzekeraar;
 - b) huisartsen;
 - c) ketenpartners waaronder klinisch chemisch lab, internisten, oogartsen, cardiologen, nefrologen, het voetenteam, longartsen.
5. Financieel beheer en administratie van het KZWF:
 - a) begroten;
 - b) administreren en declareren ketenzorg-DBC;
 - c) jaarstukken maken (jaarrekening inclusief accountantsverklaring, jaarverslag).
6. Ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem met toetsbare verbeteringstrajecten.
7. Zorg dragen voor aanlevering van outputgegevens van de behaalde resultaten aan partijen.
8. Onderhouden van deskundigheid en vaardigheden op gebied van de diabetes- en COPD zorg zowel mono- als multidisciplinair.
9. Ontwikkelen/implementeren van protocollen conform de landelijke richtlijnen NDF, LAN en NHG.
10. Ontwikkelen, implementeren en evalueren van het patiënten educatie programma.
11. Inrichten van de ICT infrastructuur.
12. Ondersteuning organiseren voor de deelnemende praktijken, waaronder het samenvoegen en spiegelen van prestatie-indicatoren.
13. Samenwerking en samenhang stimuleren en organiseren op het gebied van de diabeteszorg en COPD zorg.

Taken van de huisartspraktijk

De taken van de huisartspraktijk zijn:

1. Behandelen van de mensen met type 2 diabetes en COPD.
2. Aanpassen van het individuele zorgplan.
3. Indien nodig het uitvoeren van drie maandelijks controles.
4. Aanpassen van de medicamenteuze behandeling op basis van de NHG richtlijnen en het DZS protocol.
5. Geven van voorlichting en educatie over diabetes en/of COPD.
6. Ontvangen van evaluatiegegevens over de gegeven zorg en het maken van een verbeterplan op huisartspraktijkniveau.
7. Aanmelden van nieuw ontdekte mensen met type 2 diabetes of COPD.
8. Melden van mutaties in het bestaande bestand van diabetes en COPD patiënten.

Het ketenzorgmodel

Binnen de ketenzorg zijn alle zorgprocessen rond de mensen met type 2 diabetes en/of COPD beschreven. Voor de diabetes keten bestaat het ketenzorgmodel uit een modulestructuur waarin een differentiatie is aangebracht afhankelijk van het karakter van de huisartspraktijk (praktijk- en behandeltype). De inhoud en de kwaliteit van de zorg vormen daarbij de uitgangspunten. De onderlinge samenhang van taken en verantwoordelijkheden van de ketenzorgpartners worden duidelijk omschreven.

Het model bestaat uit 4 modules:

- Module 1: De nieuwe diabetespatiënt (jaar van diagnose).
- Module 2: De diabetespatiënt met dieet of met dieet en orale medicatie (na 1 jaar).
- Module 3: Het (jaar van) instellen op insuline éénmaal daags.
- Module 4: De controle patiënt met insuline (na 1 jaar).

In dit zorgmodel heeft KZWF/het DZS een diabetes expertise functie. De zorg voor de niet complexe diabetespatiënt wordt bij het DZS en in de huisartsenpraktijk uitgevoerd. Complexe zorg wordt vooral door het DZS geleverd. De expertise functie houdt tevens in dat het DZS besluit of er andere specialistische hulp moet worden ingeschakeld dan die binnen het DZS aanwezig is. Huisartsen, die patiënten voor diabeteszorg naar de tweede lijn zouden willen verwijzen, doen dat via het DZS. Het DZS maakt dan ook met de internisten afspraken over eventuele consultaties. In figuur 2 ziet u een omschrijving van de jaarlijkse controle DZS, in figuur 3 van het Disease Management Model DZS.

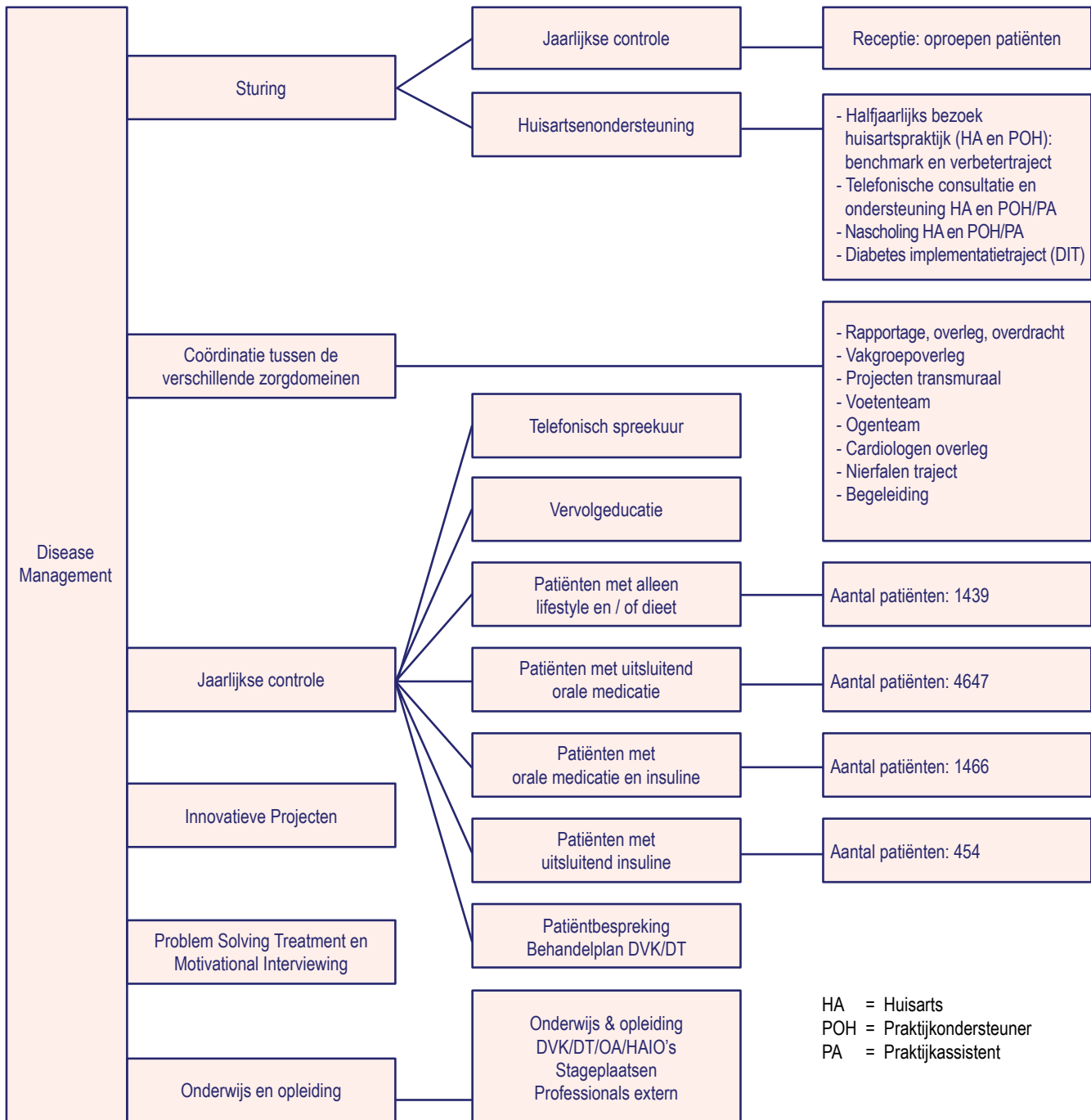
Figuur 2: Jaarlijkse controle DZS

Jaarlijkse controle DZS	
Oproepen patiënt	Na diagnosticering en aanmelding van een type 2 diabetespatiënt door de huisarts wordt de patiënt jaarlijks opgeroepen voor onderzoek en gesprekken met de diabetesverpleegkundige (DVK) en diëtist (DT). Het DZS roept de patiënt op. Vanuit haar rol bewaakt het DZS dat gemaakte afspraken worden nagekomen. Wanneer nodig zorgen de telefonisten voor een herhaalde oproep.
Onderzoek	Tijdens het jaarlijks onderzoek worden de volgende onderzoeken gestart: <ul style="list-style-type: none"> • Bloedafname voor beoordeling van nuchtere glucose, HbA1c, lipiden en kreatinine. • Biometrisch onderzoek: bepaling Body Mass Index door meting van gewicht en lengte. • Urineonderzoek op nitriet en eiwituitscheiding (microalbuminurie). • ECG. • Retinafoto. • Tensiemeting.
Lab / Screening	Voor het jaarlijks onderzoek worden de meetresultaten beoordeeld door deskundigen: <ul style="list-style-type: none"> • Bloedafname door het VU / WFG laboratorium. • ECG door de arts van het DZS en de cardioloog. • Retinafoto beoordeling door de oogarts. • Voetscreening door de DVK.
Consult DVK en DT	De patiënt heeft een consult bij een DVK en DT. De DVK en DT bespreken de jaarlijkse controles en rapporteren de risico's voor de individuele patiënt volgens een gestandaardiseerd model. In de gestandaardiseerde diabeteseducatie en voedingsvoorlichting wordt gestreefd naar het verbeteren van het ziekte-inzicht en het bevorderen van motivatie voor leefstijlveranderingen. Hiermee wordt geprobeerd een verbeterd cardiovasculair risicoprofiel en een goede regulatie van de bloedglucose te realiseren.
Terugrapportage aan huisarts	Het DZS rapporteert de resultaten van het jaarlijks onderzoek terug aan de huisarts. De huisarts ontvangt een terugrapportage van het DZS zodra de onderzoeksuitslagen bekend zijn. Naast de uitslagen van alle onderzoeken met een interpretatie ervan, rapporteren DVK en DT hun bevindingen en het voorlopig individueel zorgplan. Indien nodig is er mondeling overleg met de huisarts over de behandeling van en de zorgverlening aan de patiënt.
Spiegelinformatie en ondersteuning huisartspraktijk	De huisartspraktijk ontvangt halfjaarlijks spiegelinformatie over alle naar het DZS verwezen patiënten; individuele aanpassingen van de behandeling worden besproken en verbetertrajecten vastgesteld. Het DZS biedt consultatie en ondersteuning aan huisarts, praktijkondersteuner en praktijkassistent. Het DZS draagt zorg voor de nascholing van huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten en het diabetes implementatie traject (DIT) in de huisartspraktijk.
Vervolgtraject	Indien er in het kader van de screening er aanleiding toe bestaat, geeft de DVK/DT vervolgeducatie en -begeleiding wanneer er sprake is van complexe problematiek en er ondersteuning gewenst is bij het onder meer: instellen op insuline, overig medicatiebeleid, beleid voor wat betreft complicaties, leefstijlverandering en zelfmanagement.
	Een klein deel van de patiëntenpopulatie is niet in staat zelf naar één van de locaties van het DZS te komen. De DVK en de DT brengen op verzoek van huisartsen huisbezoeken voor het uitvoeren van de jaarlijkse controle en eventuele vervolgeducatie.

Dieetadviesing door Diëtistenteam Spring

In 2011 is een aanbod gecreëerd voor dieetadviesing voor mensen die geen diabetes hebben, waarbij het DZS zich onder meer richt op mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, voedselallergieën, maag-darmproblematiek en overgewicht. Ook adviseert het diëtistenteam aanstaande moeders, (top)sporters en begeleidt kinderen. Het diëtistenteam verricht deze werkzaamheden als onderdeel van KZWF onder de naam: Diëtistenteam Spring.

Figuur 3: Disease Management Model DZS



2.3.2 Patiënten, productie, personeel en opbrengsten

In 2013 waren gemiddeld 8.013 patiënten met diabetes type 2 en 1.069 patiënten met COPD in behandeling. KZWF is per juli 2013 met een eerste cohort huisartsen (57) gestart met de COPD ketenzorg.

Het aantal patiënten in zorg met type 2 diabetes en COPD is gedurende 2013 gestegen, de toename blijkt uit het volgende overzicht per kwartaal:

Figuur 4: Aantal patiënten in behandeling

	Aantal patiënten in behandeling	
	Diabetes type 2	COPD
1e kwartaal	7.851	-
2e kwartaal	7.967	-
3e kwartaal	8.079	1.065
4e kwartaal	8.153	1.072

Personeel:

Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2013: 50

Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2013: 30,97

Bedrijfsopbrengsten:

Totaal bedrijfsopbrengsten in 2013: € 4.991.309.

In paragraaf 4.7.1 wordt de winst- en verliesrekening 2013 weergegeven, voor een volledige weergave wordt verwezen naar de jaarrekening 2013 op www.jaarverslagenzorg.nl

2.3.3 Werkgebieden

Het werkgebied is de regio West-Friesland en de Wieringermeer in de provincie Noord-Holland. De hoofdvestiging is gelegen in Hoorn als centrumgemeente van deze regio. Er zijn vestigingen/spreekuurlocaties in Enkhuizen, Hoogkarspel, Hoogwoud, Medemblik, Venhuizen en Wervershoof.

2.4 Samenwerking en ketenpartners

Uit een recent onderzoek blijkt dat diabetespatiënten naast diabetes vaak negen andere chronische aandoeningen hebben, waarvan zeven met een relatie tot diabetes en twee zonder relatie tot diabetes. Dat geldt in gelijke mate voor mensen met COPD. Vanwege deze comorbide aandoeningen raadpleegden de patiënten naast de huisarts, vier medisch specialisten. Voor de diabeteszorg waren de meest geraadpleegde specialisten de oogarts, de cardioloog en de chirurg.

Goede samenhang in de zorg is belangrijk bij een complexe ziekte als type 2 diabetes en COPD. Dat wordt ook door de mensen die het betreffen zo beleefd.

Voor de diabetesbehandeling blijkt dat in gebruikelijke zorg, 15-20% van de diabetespatiënten in de huisartspraktijk elk jaar worden verwezen naar een internist.

Het streven is om alle type 2 diabetespatiënten voor de diabetes in de eerste lijn te behandelen. Deze substitutie moet gepaard gaan met betere kwaliteit en lagere kosten. KZWF/het DZS heeft bewezen dat dit kan, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Belangrijk daarbij is de gecentraliseerde organisatie van de zorg. Dit kan alleen als huisartsen met hun praktijkondersteuners daarin een belangrijke rol spelen. Voor de COPD behandeling zijn afspraken gemaakt welke categorie patiënten in de eerste en welke in de tweede lijn worden behandeld op basis van de GOLD classificatie. Deze classificatie is gebaseerd op een longfunctiemeting de FEV1. GOLD 1 is een milde COPD klasse met een FEV1 > 80 % van voorspeld; GOLD 2, matig ernstige COPD met een FEV1 50-80% van voorspeld; GOLD 3, is een ernstige COPD met een FEV1 30-50% van voorspeld en tenslotte GOLD 4, zeer ernstige vorm van COPD met een FEV1 < 30% van voorspeld. Mensen met COPD GOLD 1 en 2 worden door de huisarts behandeld en mensen met GOLD 3 en 4 door de longarts.

Huisartsen

De formele relatie met de huisartsen verenigd in de WFHO is tot 24 december 2013 de gezamenlijke personele invulling van de besturen van de WFHO, de CHP en het DZS geweest. Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij G. Nijpels tot bestuurder van KZWF is benoemd. Vanaf 1 januari 2011 is er sprake van een integrale bekostiging van de diabeteszorg. Een integrale bekostiging betekent dat de zorgverzekeraar met KZWF inhoudelijke en financiële afspraken maakt met betrekking tot de eerstelijns ketenzorg voor chronische patiënten. In die systematiek is KZWF hoofdaannemer voor de diabeteszorg en COPD zorg en andere zorgverleners waaronder huisartspraktijken en onderaannemers. In de afspraken die met de huisartspraktijken zijn gemaakt zijn globaal twee facetten te onderscheiden. Een functionele relatie en een financiële relatie.

De functionele relatie van KZWF met huisartsen is meerledig:

- Huisartsen verwijzen patiënten met type 2 diabetes naar het expertisecentrum DZS.
- KZWF verzorgt terugrapportage aan huisartsen met betrekking tot de onderzoeks-resultaten en advisering voor wat betreft de behandeling en zorgverlening aan mensen met type 2 diabetes. Halfjaarlijks worden de huisartsenpraktijken door medewerkers van KZWF bezocht om spiegelinformatie over de bereikte resultaten van de diabeteszorg te geven en zo nodig individuele patiëntendossiers te evalueren.
- KZWF verzorgt de ondersteuning en scholing aan POH'ers en praktijkassistenten (PA's) op het gebied van diabetes en COPD.
- KZWF verzorgt het diabetes implementatie traject (DIT) in de huisartspraktijk en begeleidt de implementatie van het COPD zorgprogramma in de huisartsenpraktijk.
- Hierbij wordt de organisatie van de zorg geoptimaliseerd door een stappenplan van vaste acties.

De financiële relatie van KZWF met huisartsen is als volgt:

- Voor alle diabetespatiënten die door de huisartspraktijk naar het DZS zijn verwezen, wordt een afgesproken tarief (afhankelijk van het praktijktype) aan de praktijk betaald.
- KZWF verzorgt de declaratie van de ketenzorg DBC voor zowel de diabeteszorg als de COPD zorg naar de zorgverzekeraar op basis van de contractuele afspraken die daarvoor zijn gemaakt.
- KZWF draagt zorg voor waarborgen van de kwaliteit door middel van een kwaliteitssysteem op basis van het meten van uitkomsten, spiegelinformatie en verbeterplannen.
- KZWF maakt met alle betrokken zorgverleners afspraken over de levering van diabeteszorg. KZWF heeft een faciliterende en sturende rol als hoofdaannemer van de diabetes ketenzorg. De huisarts is zowel hoofdbehandelaar als onderaannemer, beheert het medisch dossier van de patiënt en is eindverantwoordelijk voor de huisartsenzorg.

In 2013 zijn de huisartsen binnen de KZWF functionerende deelnemersraad geïnformeerd over de innovaties en voortgang. De deelnemersraad heeft in 2013 vijf maal vergaderd. Enkele malen is er een nieuwsbrief verstuurd. Er is structureel overleg geweest tussen de directies van het WFHO, de CHP en KZWF. Onderwerpen van gesprek waren de harmonisatie van de verschillende organisaties zoals de vorming van een gemeenschappelijke raad van toezicht. Tevens werden de bestuursvergaderingen voorbereid.

Ziekenhuis/specialisten

Het streven is dat alle type 2 diabetespatiënten in de eerste lijn door het DZS worden behandeld. Verwijzingen voor de diabetes zelf: indien noodzakelijk worden patiënten naar internisten in het WFG verwezen. Huisartsen kunnen rechtstreeks verwijzen naar een internist maar daarmee stopt de overeenkomst in het ketenzorgcontract en wordt de zorg niet meer uitbetaald. Indien de verwijzing in gezamenlijk overleg met het DZS plaats vindt, worden specifieke afspraken met de betreffende internist gemaakt en blijft de patiënt in de ketenzorg. Er zijn geen samenwerkingsafspraken met de internisten in het WFG. Voor top referente verwijzingen zijn heldere afspraken gemaakt met de afdeling Interne Geneeskunde van het VUmc (prof. dr. Diamant).

Met het WFG en met specialisten van de diverse andere vakgebieden zijn afspraken gemaakt over samenwerking ten aanzien van:

a. Voeten

De intensieve samenwerking in het voetenteam (coördinator: dhr. H. Honing, revalidatiearts) is in 2013 voortgezet. Het voetenteam bestaat uit de revalidatiearts van het WFG, een vaatchirurg, een diabetesverpleegkundige van het DZS, een podotherapeut, de arts en manager van het DZS. In het voetenteam zijn de protocollen voor screening en behandeling van onderbeenafwijkingen geregeld. Volgens een screeningsprotocol worden onderbeenafwijkingen door de diabetesverpleegkundige gecategoriseerd. Bij afwijkingen wordt besloten de patiënt naar een podotherapeut te verwijzen, die opnieuw door middel van een screeningsprotocol besluit de patiënt zelf te behandelen of door te verwijzen naar het voetenteam van het regionale ziekenhuis. In 2013 waren er 297 patiënten binnen de diabetes keten bij de podotherapeut in behandeling. In 2013 zijn er 18 onderbeen- of teenamputaties verricht.

b. Ogen

Tevens zijn er afspraken gemaakt met oogartsen over de screening en behandeling van diabetespatiënten. De retinafoto's worden beoordeeld door een daarvoor gecontracteerde oogarts. Met het WFG zijn vaste afspraken gemaakt over doorverwijzing en behandeling van ernstige oogafwijkingen. In 2013 zijn 166 patiënten naar de oogartsen in het WFG verwezen.

c. Cardiovasculaire problemen

Met cardiologen van het WFG zijn afspraken gemaakt over de behandeling en het verwijzingsbeleid bij cardiovasculaire problematiek. Bovendien controleert één van de cardiologen steekproefsgewijs de beoordelingen van de ECG's als een kwaliteitscontrole. Er zijn afspraken gemaakt over de glucosescreening bij cardiologische patiënten.

COPD

In 2013 zijn de longartsen geïnformeerd over de start van COPD ketenzorg. De longartsen hebben hun reserves ten aanzien van de mogelijkheid goede diagnostiek te kunnen doen in de huisartsenpraktijk maar hebben hun volle medewerking toe gezegd. Zij draaien als docent mee in de CASPIR cursus en zijn de controleur in de kwaliteitscontrole van de spirometrie.

Podotherapeuten en pedicures

Per januari 2013 heeft KZWF de voetzorg binnen de diabetes keten gecontracteerd. Er zijn overeenkomsten gesloten met 2 podotherapiepraktijken en 108 pedicures. Op basis van de voetscreening door de diabetesverpleegkundige bij het DZS wordt de Simm's classificatie bepaald. De gemodificeerde Simm's classificatie geeft een inschatting van de kans op een voetulcus. De Simm's classificatie is leidend voor het aantal behandelingen waarop een patiënt aanspraak kan maken bij de podotherapeut of pedicure. Patiënten die het DZS bezoeken zijn persoonlijk geïnformeerd over het voetzorgbeleid.

De prevalentie van met name de Simm's 2 classificatie bij het DZS verschilt van de aangegeven prevalentie Simm's 2 in het inkoopkader 2013 van VGZ. VGZ gaat uit van een prevalentie van 6%, het DZS heeft een prevalentie van 15%. Een verklaring voor dit verschil is de gestandaardiseerde bepaling door een centraal geleide organisatie. Het DZS bepaalt de Simm's classificatie sinds 1997 jaarlijks. Deze bepaling wordt gestandaardiseerd uitgevoerd door de diabetesverpleegkundige. De DZS database met patiëntgegevens is daarnaast uniek. Er is géén selectie van patiënten, vrijwel alle patiënten met type 2 diabetes worden behandeld in de eerste lijn. In overleg met VGZ is de uitvoering van de Simm's classificatie beoordeeld door mevr. drs. M.A. van Putten, arts, bestuurslid, docent Fontys Hogeschool Eindhoven. Haar conclusie was dat de voetscreening geheel volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd en de interpretatie van de gegevens juist is.

Omring en de Wilgaerden Woonzorggroep

De diabetesverpleegkundigen en diëtisten hebben op verzoek van de huisartsen patiënten in de verzorgingshuizen bezocht. Daarnaast is consultatie gegeven aan medewerkers van Omring en de Wilgaerden Woonzorggroep.

VUmc/EGMO+

Een groot deel van het wetenschappelijk onderzoek in het VUmc met betrekking tot diabetes wordt in West-Friesland uitgevoerd. KZWF/het DZS is een academische werkplaats voor het EMGO+ instituut voor gezondheid en zorg onderzoek van het VUmc. Bovendien is de directeur van het DZS hoogleraar op de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde van het EMGO+ Instituut en programmaleider van het Leefstijl, Overgewicht en Diabetes programma. Er wordt met verschillende andere nationale en internationale instellingen samengewerkt.

Met het Juliuscentrum van het UMC Utrecht en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) is een onderzoek gestart naar de sociale context van de patiënt. Deze studie wordt gesubsidieerd uit een programmasubsidie van het Diabetes Fonds.

In 2013 hebben wij ons standpunt met betrekking tot zelfcontrole voor mensen met diabetes die geen insuline gebruiken gepubliceerd in *Diabetes Care*, waarbij de resultaten van de InControl studie zijn betrokken.

In 2012 is de Spotlight Studie (www.spotlightstudy.eu) gestart, een studie naar de invloed van omgevingsfactoren op de leefstijl van mensen. Deze studie, een samenwerking met acht andere Europese partners die door onze onderzoeksgroep wordt geleid, wordt gesubsidieerd in het FP7 programma van de Europese Commissie. In 2012 is de DIRECT studie gestart, een studie naar genetische determinanten van type 2 diabetes. Deze studie is een samenwerking van negen Europese partners waarbij onze onderzoeksgroep twee workpackages zal uitvoeren en bij een derde workpackage betrokken is i.s.m. het LUMc. Deze studie wordt gefinancierd uit het Europese IML fonds.

In 2013 hebben wij het Aspelund model voor de retinascreening gevalideerd. Deze studie is onlangs in *Diabetes Care* gepubliceerd. Voor 2015 wordt dit screeningmodel in het DZS ingevoerd. Sleutelpublicaties in 2013:

't Hart, L. M., Fritsche, A., Nijpels, G., van Leeuwen, N., Donnelly, L. A., Dekker, J. M., Alsema, M., Fadista, J., Carlotti, F., Gjesing, A. P., Palmer, C. N. A., van Haeften, T. W., Herzberg-Schafer, S. A., Simonis-Bik, A. M. C., Houwing-Duistermaat, J. J., Helmer, Q., Deelen, J., Guigas, B., Hansen, T., Machicao, F., Willemsen, G., Heine, R. J., Kramer, M. H. H., Holst, J. J., de Koning, E. J. P., Haring, H. U., Pedersen, O., Groop, L., De Geus, E. J. C., Slagboom, P. E., Boomsma, D. I., Eekhoff, E. M. W., Pearson, E. R., Diamant, M. 2013. The CTRB1/2 Locus Affects Diabetes Susceptibility and Treatment via the Incretin Pathway. *Diabetes*, 62(9): 3275-3281.

Alsema, M., Rijkelijhuizen, J. M., Holst, J. J., Teerlink, T., Scheffer, P. G., Eekhoff, E. M. W., Gastaldelli, A., Mari, A., Hart, L. M., Nijpels, G., Dekker, J. M. 2013. Preserved GLP-1 and exaggerated GIP secretion in type 2 diabetes and relationships with triglycerides and ALT. *European Journal of Endocrinology*, 169(4): 421-430.

Koekkoek, P. S., Rutten, G. E. H. M., Ruis, C., Reijmer, Y. D., van den Berg, E., Gorter, K. J., Stehouwer, C. D. A., Dekker, J. M., Nijpels, G., Kappelle, L. J., Biessels, G. J. 2013. Mild depressive symptoms do not influence cognitive functioning in patients with type 2 diabetes. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3): 376-386.

Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., van Tulder, M. W., Kostense, P. J., Dekker, J. M., Nijpels, G. 2013. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10: 47.

Lakerveld, J., Bot, S. D. M., van der Ploeg, H. P., Nijpels, G. 2013. The effects of a lifestyle intervention on leisure-time sedentary behaviors in adults at risk: The Hoom Prevention Study, a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 57(4): 351-356.

Malanda, U. L., Bot, S. D., Nijpels, G. 2013. Self-Monitoring of Blood Glucose in Noninsulin-Using Type 2 Diabetic Patients It is time to face the evidence. *Diabetes Care*, 36(1): 176-178.

van der Heijden, A. A. W. A., van 't Riet, E., Bot, S. D. M., Cannegieter, S. C., Stehouwer, C. D. A., Baan, C. A., Dekker, J. M., Nijpels, G. 2013. Risk of a Recurrent Cardiovascular Event in Individuals With Type 2 Diabetes or Intermediate Hyperglycemia The Hoom Study. *Diabetes Care*, 36(11): 3498-3502.

Walraven, I., van 't Riet, E., Stehouwer, C. D. A., Polak, B. C. P., Moll, A. C., Dekker, J. M., Nijpels, G. 2013. Fasting proinsulin levels are significantly associated with 20 year cancer mortality rates. *The Hoom Study. Diabetologia*, 56(5): 1148-1154.

Welschen, L. M. C., van Oppen, P., Bot, S. D. M., Kostense, P. J., Dekker, J. M., Nijpels, G. 2013. Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(6): 556-566.

Elshorbagy, AK, Nijpels G, Valdivia-Garcia M, Stehouwer, CDA, Ocke M, Refsum H, Dekker JM. S-adenosylmethionine is associated with fat mass and truncal adiposity in older adults. *The Journal of nutrition*, 2013, Vol.143(12), pp.1982-8

Adhien P, van Dijk L, de Vegter M, Westein M, Nijpels G, Hugtenburg JG. Evaluation of a pilot study to influence medication adherence of patients with diabetes mellitus type-2 by the pharmacy. *Int J Clin Pharm*. 2013 Dec;35(6):1113-9





Diabetes Zorgsysteem West-Friesland

VU medisch centrum



7

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

De Raad van Toezicht en het bestuur hebben beiden bij de oprichting van de stichting DZS de missie en de visie van het DZS onderschreven. In de statuten en in het directiereglement zijn de samenstelling van de Raad van Toezicht en het bestuur, de wijze van benoeming, ontslag en schorsing, de taken en de verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht en van het bestuur en de taken en verantwoordelijkheden van de directie vastgelegd. Ook de frequentie van vergaderen van de Raad van Toezicht en van het bestuur zijn vastgelegd. In juli 2009 is gekomen tot een bestuurlijke integratie met de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en de Stichting Centrale Huisartsenpost West-Friesland (CHP). Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij onder meer de naam van de stichting gewijzigd is in Stichting Ketenzorg West-Friesland (tevens handelend onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de diabetes ketenzorg).

Per 24 december 2013 bestaat het bestuur uit één bestuurder zijnde: Dhr. G. Nijpels.

3.1.2 Het bestuur

In het bestuur zijn aandachtsgebieden gedefinieerd: financiën, strategische ontwikkelingen en zorginhoudelijke kennis.

Samenstelling in 2013, zie pagina 5, Leden bestuur WFHO en CHP.

Bezoldiging van het bestuur: het bestuur ontvangt een vergoeding voor hun werkzaamheden in de vorm van vacatiegeld. Per 24 december 2013 bestaat het bestuur uit één bestuurder zijnde: dhr. G. Nijpels.

3.1.3 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft de bevoegdheid het beleidsplan voor het komend jaar en het (financieel) jaarverslag te beoordelen. Bij de bespreking van het financiële jaarverslag is de goedkeurende verklaring van de externe accountant aanwezig. Daarmee wordt na de goedkeuring van het Bestuur al dan niet goedkeuring aan beide documenten verleend. De Raad van Toezicht heeft in 2013 enkele malen vergaderd. De Raad van Toezicht heeft haar toezichhoudende functie uitgevoerd door haar corrigerende mening te geven over het financiële jaarverslag en tussentijdse rapportages. Bovendien heeft zij het beleidsplan laten bijstellen en uiteindelijk goedgekeurd.

Samenstelling in 2013, zie pagina 6, Samenstelling Raad van Toezicht.

De leden van de Raad van Toezicht hebben geen directe relatie met de diabeteszorg en hebben geen direct voordeel bij het functioneren van KZWF/het DZS. Bezoldiging van de Raad van Toezicht: de Raad van Toezicht ontvangt geen vergoeding voor haar werkzaamheden.

3.2 Bedrijfsvoering

De stichting kent een beleidscyclus en een planning en control cyclus. Op basis van het jaarlijkse beleidsplan worden afspraken gemaakt over de te behalen doelen. De financiële kaders worden uitgewerkt in kwartaalbegrotingen. Aan de hand van de maandelijkse managementinformatie wordt getoetst of de organisatie op koers ligt met betrekking tot de geformuleerde doelen.

KZWF heeft een eenhoofdige directie, prof. dr. G. Nijpels. Hij is voor 0,33 FTE bij KZWF aangesteld. De directeur is voor het overige deel werkzaam als bijzonder hoogleraar huisartsgeneeskunde bij het EMGO+ Instituut van het VUmc.

Er is een directiestatuut vastgesteld waarin de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de directie beschreven zijn. De directeur vergadert tweewekelijks met het managementteam dat in 2013 bestond uit de manager DZS, de manager DOC/DZS en de (vervangend) financieel manager. Deze vergaderingen zijn genotuleerd en gearchiveerd. Ieder kwartaal wordt door de directie verantwoording afgelegd over de kwartaalresultaten aan de preferente zorgverzekeraar VGZ.

3.3 Cliëntenraad

De cliëntenraad van het DZS vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van de patiënten. De leden van de cliëntenraad zijn:

- dhr. P. Brans, voorzitter
- dhr. A. Stoffers, vicevoorzitter/secretaris
- dhr. R. Saddal, penningmeester
- dhr. J. Burger
- dhr. J. van Doorn
- dhr. J.A. de Heij
- dhr. C. Reijnders (per jan. 2013)

Dhr. J.A. de Heij is tevens lid van de klachtencommissie van het DZS, dhr. J. van Doorn is plaatsvervangend lid van de klachtencommissie. Dhr. J.A. de Heij en dhr. C. Reijnders zijn lid van de redactieraad website DZS.

De cliëntenraad is in 2013 zes maal bijeen geweest. Er zijn diverse onderwerpen aan de orde geweest, één daarvan betrof het vergroten van de bekendheid van de cliëntenraad bij patiënten. De cliëntenraad heeft in 2012 een enquête gehouden en 70 personen geïnterviewd. Met behulp van de enquête wilde de cliëntenraad onderzoeken of men op de hoogte was van het bestaan van de cliëntenraad. Van de geïnterviewden bleek 68,5% niet op de hoogte. De cliëntenraad heeft naar aanleiding hiervan besloten te onderzoeken hoe de herkenbaarheid van de cliëntenraad vergroot kan worden. Als een van de mogelijkheden wordt het organiseren van voorlichtingsavonden gezien.

Ook de ontwikkeling van de organisatie DZS tot KZWF was gespreksonderwerp. Er is twee maal overleg geweest met de directeur en het management van het DZS. Tijdens deze bijeenkomsten waren onder meer het jaarverslag 2012, het beleidsplan 2014 en ontwikkelingen in de ketenzorg/eerstelijnszorg.

De cliëntenraad heeft unaniem besloten de tot standkoming van KZWF te ondersteunen. Daarnaast was de bindende voordracht door de cliëntenraad voor de Raad van Toezicht onderwerp van gesprek. Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarin voordracht door de cliëntenraad voor de benoeming van één lid voor de Raad van Toezicht is vastgelegd. De verwachting is dat de nieuwe Raad van Toezicht van KZWF in 2014 wordt geformeerd. De CR heeft naast instemming met de voorgenomen ontwikkelingen geen verdere gevraagde of ongevraagde adviezen uitgebracht.



4 Beleid, inspanningen en prestaties

4.1 Meerjarenbeleid

Het meerjarenbeleid is weergegeven in de missie en visie van KZWF. De missie valt uiteen in een ideologie en een aantal doelstellingen.

Ideologie

KZWF is verantwoordelijk voor de ketenzorg voor mensen met type 2 diabetes in de regio West-Friesland en Wieringermeer. Daarnaast heeft KZWF een verantwoordelijkheid voor de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten, dieetadvisering ten aanzien van mensen zonder diabetes en de COPD ketenzorg

Doelstellingen

Het als ketenzorgorganisatie en expertisecentrum DZS op het gebied van type 2 diabetes:

- Ondersteunen en adviseren van huisartsen en overige zorgverleners in het geven van kwalitatief goede diabeteszorg.
- Het geven van advies, instructie en voorlichting aan mensen met type 2 diabetes, in het bijzonder wanneer er sprake is van complexe problematiek.
- Diabetes gerelateerde complicaties uitstellen of voorkomen.
- Het stimuleren van de eigen rol van mensen met type 2 diabetes.
- Het geven van dieetadviezen aan mensen zonder diabetes.
- Het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van diabetes en diabetes gerelateerde aandoeningen.
- Het bieden van een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor diabeteszorg.

Het als ketenzorgorganisatie:

faciliteren, coördineren en beheren van de COPD ketenzorg en het ondersteunen van huisartsen en overige zorgverleners bij de uitvoering hiervan.

Visie

KZWF is in de regio West-Friesland en Wieringermeer de solide en centrale organisatie waaruit de diabeteszorg wordt gecoördineerd en ondersteund. Het sluit overeenkomsten met zorgverzekeraars en andere maatschappelijke organisaties die een rol spelen in de gezondheid en welzijn van mensen met type 2 diabetes. Het DZS is een team bestaande uit huisartspraktijken en de centrale organisatie waarin ondermeer diabetesverpleegkundigen en diëtisten werkzaam zijn. Het DZS komt tegemoet aan een stijgend patiëntenaantal en aan de

kwaliteitseisen die aan de diabeteszorg worden gesteld.

De zorg wordt gegeven op basis van het Chronisch Zorgmodel. De mate waarin de zorg wordt verleend is het principe dat niet-complexe zorg minder deskundigheid vraagt en complexe zorg veel deskundigheid en inzet. Eenvoudige zorg als het kan en complexe zorg als het moet. Hoe ingewikkelder de problematiek, hoe intensiever de zorg. Derhalve is het DZS ook een expertisecentrum met een bijzondere deskundigheid voor complexe situaties rondom type 2 diabetes. Deze expertisefunctie is vooral gericht op de regio West-Friesland, maar kan ook worden ingezet voor mensen met diabetes in heel Nederland. Daarnaast richt KZWF zich op de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten. De preventie richt zich op de beïnvloeding van het leefstijlgedrag van mensen met een hoog risico op het ontstaan van diabetes en hart- en vaatziekten.

Als nevenactiviteit biedt KZWF via het Diëtistenteam Spring dieetadvisering aan mensen zonder diabetes en COPD. Het team biedt onder meer dieetadvisering aan mensen met eetstoornissen, voedselallergieën, maag-darm problematiek of overgewicht, adviseert aanstaande moeders, (top)sporters en begeleidt kinderen. Vanaf 2013 is KZWF verantwoordelijk voor het faciliteren, coördineren en beheren van de COPD ketenzorg en het ondersteunen van huisartsen en overige zorgverleners bij de uitvoering ervan.

4.2 Algemeen beleid

4.2.1 Externe ontwikkelingen 2013

Ontwikkeling patiënten populatie

Op basis van de Hoorn-studie hebben wij berekend dat in Nederland het aantal diabetespatiënten met ongeveer 60.000 toeneemt. Tevens is uit medicatie gegevens recentelijk geschat dat het aantal mensen met type 2 diabetes ongeveer 1 miljoen is. In het gebied West-Friesland houden wij rekening met een jaarlijkse gemiddelde toename van ongeveer 5% diabetespatiënten per jaar. De capaciteit van het DZS is daarop berekend. In 2013 is de patiëntentoeename 8% geweest

Ontwikkelingen in de financiering

Diabeteszorggroepen hebben landelijk ingang gevonden. Het DZS was de eerste diabeteszorggroep in Nederland. Per 1 januari 2010 werd de beleidsregel "Prestatiebesteding multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen" ingevoerd voor diabeteszorg. Zorgverzekeraar en zorggroep kunnen op grond van deze beleidsregels een, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale zorg

(keten-DBC) ten aanzien van aandoeningen zoals DM type 2, COPD en CVRM. Integrale bekostiging bestaat uit zorgkosten en organisatorische kosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. Gebaseerd op de beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening betaald de zorgverzekeraar een overeen gekomen integrale vergoeding aan de hoofdcontractant. Vanuit deze integrale vergoeding worden de betrokken zorgaanbieders betaald. Naast directe zorgkosten is in het integrale tarief een vergoeding begrepen voor kosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. Voor West-Friesland is in overleg met huisartsen van de WFHO en met de preferente zorgverzekeraar VGZ integrale bekostiging overeengekomen voor de diabetes type 2 zorg en de COPD zorg. Per juli 2013 is KZWF gestart met een eerste cohort huisartsen met de COPD ketenzorg.

Informatie over de voornaamste risico's

De huidige structuur van het DZS schiet te kort voor een bestendige organisatie om haar rol als zorggroep volledig waar te maken. Het DZS is omgevormd tot KZWF om aan de eisen, die door de zorgverzekeraars worden gesteld, te kunnen voldoen. De statuten zijn in 2013 aangepast, gelijk aan de aanpassingen voor de Centrale Huisartsenpost (CHP), op basis van de eisen die aan zorginstellingen worden gesteld (Good governance). De huidige doorontwikkeling is echter niet genoeg in het licht van de eisen die overheid en zorgverzekeraar aan onze organisatie stellen. Er zijn obstakels die een proactief beleid moeilijk maken. Een aantal van die obstakels zijn:

- Er is onvoldoende besef voor de noodzaak voor verandering bij de meeste deelnemende huisartspraktijken.
- Er is een versnippering van ondersteunende diensten in de verschillende huisartsorganisaties in onze regio.
- Er is geen uniform elektronisch patiëntendossier. Met acht verschillende HISsen en andere elektronische dossiervorming bij ziekenhuis, apothekers, DCWF, DZS en CHP is een goede communicatie onmogelijk.
- De financiering van de ketenzorg is onvoldoende gewaarborgd. Ieder jaar moet over de budgetten worden onderhandeld waarbij de zorggroep een intermediaire positie heeft tussen verzekeraar en huisartsen. Met huisartsen mogen geen collectieve afspraken worden gemaakt en verzekeraars willen geen lange termijn contracten afspreken. Tenslotte is het altijd maar de vraag of alle andere verzekeraars de afspraken met de preferente verzekeraar willen volgen.

Informatie over de toekomst

Er liggen voor de zorginstellingen mooie uitdagingen om de zorg te optimaliseren en efficiënter te maken. Zo is het feit, dat er een groeiende zorgvraag naar chronische zorg ontstaat, een kans om de chronische zorg anders te organiseren. Immers, de toename van het aantal diabetespatiënten (huidig aantal ongeveer 1 miljoen), toename van mensen met ernstige cognitieve stoornissen en oudere mensen met multimorbiditeit, de toename en grotere overlevingsduur van mensen met kanker, betekent een toename in de chronische zorg. Met de toename van de zorg zal ook de vraag naar diagnostiek toenemen. De rol van de zorggroep wordt door verzekeraars en overheid centraal gesteld in de regionering van de chronische zorg, het doelmatig voorschrijven, eerstelijnsdiagnostiek en dossiervorming in de regio's. Er is een kans naar uitbreiding met andere zorgketens, er is een kans op populatiebekostiging en wij praten op regionaal niveau over de ontwikkeling van een regionaal EPD. KZWF/het DZS heeft nu al opleidingstaken en is een kennis- en expertisecentrum op haar terrein. Er is een sterke relatie naar de academie voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Het KZWF gelooft in de ontwikkeling van zorgprogramma's voor de chronische zorg. Wij zijn in gesprek met de andere zorgorganisaties hoe wij dit samen kunnen realiseren.

4.2.2 Ontwikkelingen expertisecentrum diabetes

In het verleden, vóór de introductie van ketenzorg, werden standaarden en protocollen onvoldoende systematisch gebruikt door de huisartsen en specialisten. De streefwaarden die in de NHG-standaard zijn beschreven, werden in een minderheid van de patiënten bereikt.

Om de kwaliteit van de zorg binnen de keten te bewaken, is de coördinerende rol van het DZS als een kennis- en expertisecentrum belangrijk. Het DZS ondersteunt - en indien nodig stuurt - op die wijze de partners in de keten in het bereiken van de optimale kwaliteit van diabeteszorg. De specialistische kennis van de diabetesverpleegkundigen en de diëtisten met een diabetesspecialisatie spelen daarin een belangrijke rol. Maar ook het beschikbaar stellen van het registratiesysteem in de keten is hierbij belangrijk. Niet alleen is dit een instrument dat de huisarts in staat stelt geprotocolleerd te werken, het geeft ook de mogelijkheid tot intercollegiale toetsing van de verleende zorg binnen de keten. Praktijkondersteuners (POH'ers) en praktijkassistenten diabetes (PA'en-diabetes) geven in huisartsenpraktijken zorg aan minder gecompliceerde diabetespatiënten. Die zorg bestaat uit het uitvoeren van de driemaandelijke controles. De POH'ers stellen patiënten daarnaast veelal in op 1 maal daags insuline; indien nodig met coaching door de diabetesverpleegkundigen van het DZS. De begeleiding van onregelde patiënten die insuline gebruiken en het instellen op 4 maal daags insuliner therapie worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de diabetesverpleegkundigen van het DZS. Dat geldt ook voor het instellen op en het leren injecteren van GLP1-analogen.

Vanaf 2012 maken diabetesverpleegkundigen van het DZS gebruik van de DEX-com, een continu bloedglucosemeter die diagnostisch gebruikt wordt om meer inzicht te krijgen in ontregelingen. Op verzoek van huisartsen en POH'ers hebben de diabetesverpleegkundigen in 2013 onregelde patiënten begeleid met behulp van de Dex-com. Het gebruik van de continu bloedglucosemeter gaf inzicht in ontregelingen, waardoor de behandeling aangescherpt kon worden. De Insulinx bloedglucosemeter is eveneens ingezet als hulpmiddel bij zelfregulatie. De meter heeft een meerwaarde voor de patiënten die deze meter goed kunnen hanteren. De diabetesverpleegkundigen begeleiden patiënten bij het gebruik van deze meters en de diabetesbehandeling naar aanleiding van de meetresultaten. Het DZS werkte 2013 in West-Friesland samen met 52 POH'ers en 62 PA'en-diabetes.

De samenwerking tussen DZS en de huisartsenpraktijken wordt geoptimaliseerd door een goede bereikbaarheid van diabetesverpleegkundigen en diëtisten voor vragen over individuele patiënten.

In 2013 heeft er een halfjaarlijks gestructureerd overleg plaats gevonden per huisartsenpraktijk. Aan dit overleg nemen POH/PA/huisarts en één van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten (huisarts-ondersteuners) van het DZS deel. Per praktijk zijn de benchmark/spiegelinformatie-gegevens besproken. Naast de individuele patiënten zijn daarbij ook de prestaties van de praktijk en verbeterpunten voor zowel de praktijk als het DZS aan de orde gekomen. Van deze overleggen en de verbeterplannen is verslaglegging gedaan.

Het DZS biedt als kenniscentrum structurele scholingen aan. Er werden in 2013 twee vakgroepbijeenkomsten georganiseerd voor de POH'ers en de PA'en-diabetes. In verband met het van start gaan van het ketenzorgprogramma COPD en de hiervoor te volgen scholing, is het aantal vakgroepbijeenkomsten op het gebied van diabetes teruggebracht van drie naar twee. Tijdens deze bijeenkomsten werd naast theorie ook casuïstiek behandeld door een deskundige op het betreffende vakgebied. De onderwerpen werden afgestemd op behoefte en actualiteit. Er werden een aantal landelijke en regionale protocollen geïntroduceerd met een vertaalslag naar de praktijk. De voetzorg/voetscreening was in 2013 een belangrijk thema. Zowel werk- en verwijfsafspraken binnen de ketenzorg als het voetzorg-protocol kwamen aan de orde. Daarnaast zijn de vaardigheden met betrekking tot de voetscreening geoefend. Voor de POH'ers en PA'en-diabetes kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

Figuur 5 : Vakgroepbijeenkomsten

Onderwerpen voor de POH en PA-diabetes	Docenten
Diabetes en Nieren	Dhr. M.H.M. Raasveld, internist-nefroloog WFG Mw. F. van Putten, dialyseverpleegkundige WFG Mw. M. de Groot, diëtist DZS
Diabetes en Voeten	Mw. U. de Kuiper, diabetesverpleegkundige DZS Diabetesverpleegkundigen DZS

De vakgroepbijeenkomsten werden goed ontvangen, zij werden bezocht door 35-40 POH'ers en PA'en-diabetes per bijeenkomst. De beoordeling van de POH'ers en PA'en-diabetes bijeenkomsten was gemiddeld een 7,5. Vooral het goed geïnformeerd worden over de nieuwe ontwikkelingen, het vergroten van de deskundigheid en het netwerken met collega's van het DZS werden als positief ervaren.

Het DZS heeft in 2013 de volgende basisscholingen aangeboden:

- Scholing Casuïstiek: zelf ingebrachte patiëntencasussen over insulinegebruikers werden volgens een gestructureerde methodiek besproken. Doelgroep: POH-ers. Docenten: diabetesverpleegkundigen en diëtisten van het DZS.
- Insulinecursus "Stap voor stap". Een nieuwe insulinecursus van 2 bijeenkomsten voor huisartsen en praktijkondersteuners. Voor de POH'ers was er een extra derde cursusbijeenkomst: Insulinetherapie in de huisartspraktijk: "Van theorie naar praktijk". Docenten: dhr. G. Nijpels, diabetesverpleegkundigen en diëtisten van het DZS.

De cursussen werden zeer enthousiast ontvangen, goed bezocht en beoordeeld met een gemiddelde van ruim een 8.

Er zijn in 2013 wederom diverse nieuwe POH'ers gestart in de huisartspraktijken in West-Friesland. Deze nieuwe medewerkers hebben ter introductie een dagdeel stage gelopen bij het DZS en de benodigde ondersteuning gekregen van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten in de huisartspraktijk. Ook huisartsen in opleiding hebben het DZS verzocht een dagdeel onze gast te zijn.

In 2013 hebben 4 POH'ers stage gelopen. Er zijn 6 huisartsen in opleiding als gast geweest. Daarnaast heeft het DZS diverse gasten ontvangen vanuit universiteiten en opleidingsinstituten.

4.2.3 Aanpassingen van de organisatiestructuur van het DZS

Het DZS heeft de voorgaande jaren belangrijke ontwikkelingen ondergaan. Meest in het oog springend zijn de verzelfstandiging en daarmee de vorming van de stichting, de groei van het patiëntenaantal en onderzoekslijnen. De groei in zowel de zorg als het wetenschappelijk onderzoek zal zich naar verwachting de komende jaren nog voortzetten. Naarmate de organisatie is gegroeid en zich heeft geprofessionaliseerd is meer aandacht nodig geweest voor de ondersteunende processen. Gezien de verwachte ontwikkelingen in zorg en onderzoek, maar ook in de verdere ontwikkeling van de samenwerking in de keten, zullen vraagstukken op het gebied van bedrijfsvoering en ondersteunende processen ook in de nabije toekomst nog in complexiteit toenemen.

Om de complexe bedrijfsvoering goed te ondersteunen, is er een managementteam. De samenstelling bestond in 2013 uit drie managers, de manager DZS, de manager DOC VUmc/DZS en de manager financiën gecombineerd door de directeur.

De aansturing van de verschillende aspecten van de organisatie (zorg, onderzoek, ondersteunende processen) kwamen in gelijke mate onder de aandacht van de directeur. Afstemming tussen deze drie aspecten van de organisatie vond plaats in het managementteam. De bedrijfsvoeringprocessen werden in 2013 verder geoptimaliseerd en er werd, evenals in 2012, door de accountantsdienst een goedkeurende verklaring afgegeven met betrekking tot het financieel jaarverslag 2013. In de verklaring werd aangegeven dat de jaarrekening een beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting DZS per 31 december 2013 en het resultaat over 2013.

De automatisering speelde een grote rol in de ondersteuning van het primaire proces. In 2009 werd over gegaan op het Zorg Informatie Systeem Chipsoft Ezis (CS-Ezis).

In 2011 is de volledige kantooromgeving van het DZS gemigreerd naar een hosted omgeving via ICTZ. Door middel van samenwerking met ICTZ B.V. te Hoorn is ondersteuning verkregen bij het ontwikkelen en optimaliseren van de ICT infrastructuur en het CS-Ezis. In verband met de invoering van de integrale bekostiging zijn op het terrein van de facturering en de afrekening naar de huisartsen in 2011 grote wijzigingen ingevoerd, zowel in het Zorg Informatie Systeem als het financiële systeem.

Het Service Level Agreement afgesloten met ICTZ is ingegaan op 1 mei 2012 en heeft een doorlooptijd van 3 jaar. In samenwerking met ICTZ is een meerjarenplan hardware opgesteld. Er wordt kritisch gekeken naar de aanwezige hardware en of deze nog voldoet aan de huidige eisen. Verder is er een vervangingsplan opgesteld om uitval van hardware te beperken en de continuïteit van de bedrijfsvoering te verbeteren. De hostingomgeving van ICTZ voldoet aan strenge ISO certificeringen: ISO27001, NEN7510 en ISO9001.

Op het terrein van CS-Ezis is bij het DZS een intern team (Ezis-team/helpdesk) werkzaam dat via een actielijst acties, calls, verbeteringen en problemen op regelmatige basis bespreekt. Naast de applicatiebeheerder zijn dit de Ezis-specialisten (DVK en DT) binnen het eigen vakgebied. Dit team wordt aangestuurd door de manager DZS. Eén van de Ezis-teamleden ondersteunt het team als projectleider voor 8 uur per week. Het uitgezette ICT-beleid en de interne implementatie daarvan door het Ezis-team verloopt naar tevredenheid.

De website van het DZS www.diabetes-zorg.nl biedt professionals de mogelijkheid om in te loggen en op dit gedeelte van de website relevante informatie over onder andere de behandeling, samenwerking binnen de keten en scholingen te vinden.

Aangezien de voetzorg per 2013 onderdeel is geworden van de Keten-DBC diabeteszorg is een administratieproces ingericht bij het DZS voor de registratie en uitbetaling van pedicurebehandelingen. Er is in samenwerking met ICTZ en Abovo media een oplossing bedacht waarmee pedicures via de website van het DZS www.diabetes-zorg.nl de uitgevoerde handelingen kunnen registreren. Er is een Comez koppeling gerealiseerd die aan de hand van een Edifact-bericht een afspraak registreert in een agenda in het CS-Ezis. De registratie verloopt naar tevredenheid van onderaannemers en DZS.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het managementsysteem van KZWF/het DZS is op 26 januari 2011 door TÜV Rheinland Nederland BV gecertificeerd conform de norm: ISO 9001:2008. Het hercertificeringsonderzoek heeft plaats gevonden op 31 oktober, 14 en 15 november 2013. Dit onderzoek heeft KZWF/het DZS met positief resultaat afgerond. Evenals in 2012 constateerde het auditteam geen afwijkingen. Het nieuwe proces COPD is tevens geaudit en gecertificeerd. Het auditteam had de volgende positieve bevindingen: KZWF, met het DZS als expertisecentrum op het gebied van diabetes, is een organisatie waar kwaliteit hoog in het vaandel staat. De betrokkenheid en gedrevenheid van medewerkers is bijzonder goed, het kwaliteitsmanagementsysteem is helder ingericht en goed toegankelijk. Het ISO-certificaat is geldig tot 26 januari 2017. Het eerste controle onderzoek zal plaatsvinden in november 2014.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van de zorgverlening wordt gemeten op basis van de kwaliteitsparameters voor goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), de Longalliantie Nederland (LAN) en indicatoren voor Zichtbare Zorg. De resultaten van de diabeteszorg van de naar het DZS verwezen patiënten en de COPD zorg zijn weergegeven in onderstaande figuren en verdere toelichting.

Resultaten diabeteszorg

De gemiddelde leeftijd van de diabetespatiënten in 2013 was 67,5 jaar en daarmee gelijk aan de gemiddelde leeftijd in 2012 (66,4). De gemiddelde diabetesduur is 8,1 jaar. Van alle naar het DZS verwezen mensen met type 2 diabetes is 52,2% man en 47,8% vrouw.

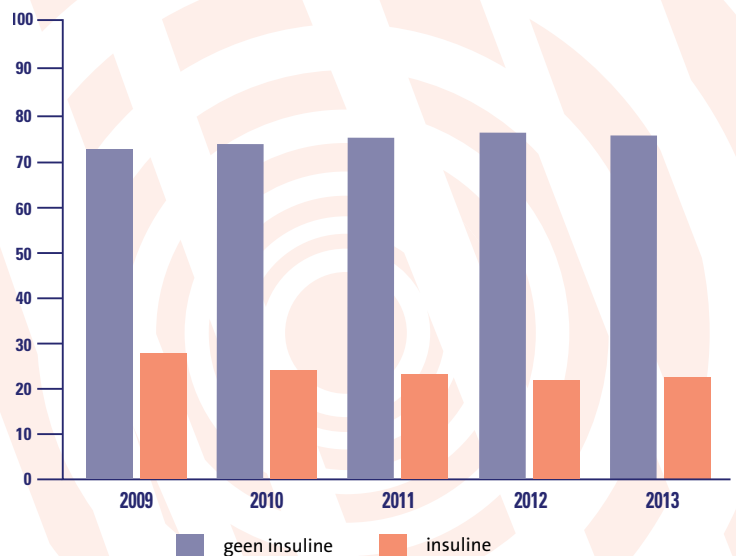
Alle patiënten ondergingen een jaarcontrole, bij alle patiënten is een volledig laboratorium onderzoek afgenomen. De driemaandelijke controle bij de huisarts vond bij 76% van de patiënten plaats. In 2013 zijn 25 patiënten verwezen naar een internist voor de diabetes behandeling.

In de figuren 6 en 7 vindt u een weergave van het insulinegebruik en de glucose instelling van 2009 t/m 2013. Het aantal mensen met insulinegebruik is licht afgenomen en de glucose instelling is enigszins verbeterd. Het aantal mensen met een HbA1c > 69 mmol/mol is gedaald naar 6%. Het gemiddelde HbA1c over 2013 was met 50 mmol/mol vrijwel gelijk aan dat van 2009 t/m 2012.

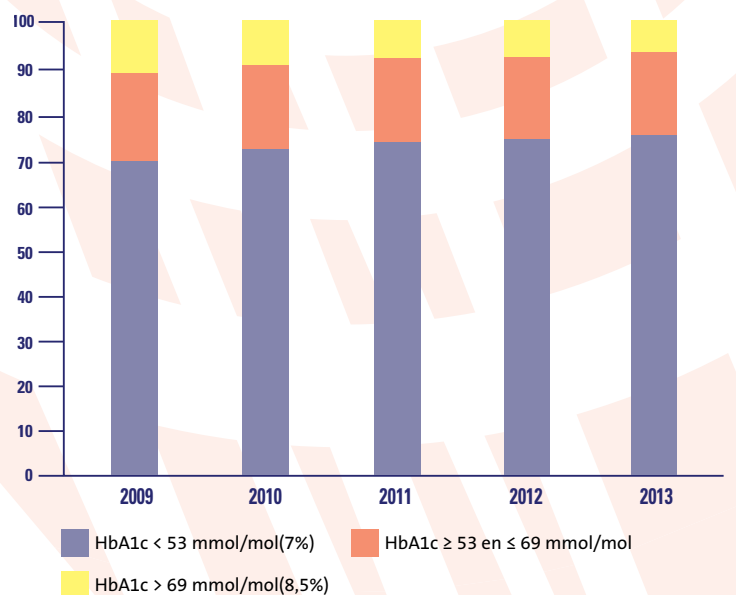
In figuur 8 vindt u een weergave van de risicofactoren op hart- en vaatziekten, in figuur 9 het percentage personen dat rookt .

Het aantal diabetespatiënten dat in 2013 naar de oogarts is verwezen bedraagt 166 (2,07%). In 2013 ondergingen 18 patiënten (0,23%) een onderbeen- of teenamputatie.

Figuur 6: Insuline gebruik in het DZS, cross-sectionele gegevens



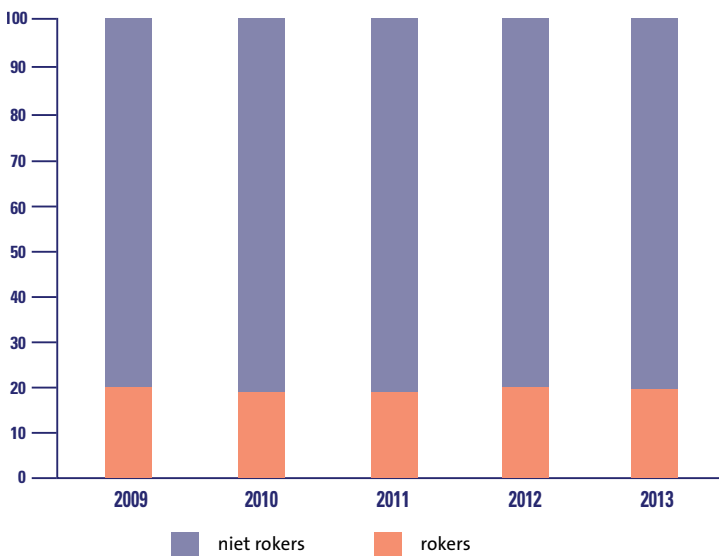
Figuur 7: Verdeling van het HbA1c, cross-sectionele gegevens



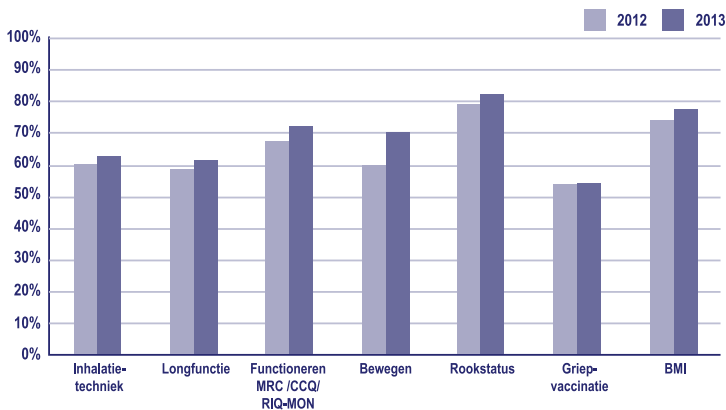
Figuur 8: Hart- en vaatziekten risicofactoren

	Gemiddelden 2009	Gemiddelden 2010	Gemiddelden 2011	Gemiddelden 2012	Gemiddelden 2013
Systolische bloeddruk mmHg	144 mmHg	142 mmHg	142 mmHg	141 mmHg	141 mmHg
HbA1c	52 mmol/mol (6,9%)	53 mmol/mol (7%)	52 mmol/mol (6,9%)	51 mmol/mol (6,8%)	50 mmol/mol (6,7%)
Nuchtere glucose	8,2 mmol/l	8 mmol/l	8 mmol/l	7,8 mmol/l	7,8 mmol/l
Totaal cholesterol	4,6 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l
LDL cholesterol	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,4 mmol/l
Triglyceriden	1,8 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l
BMI	30,2 kg/m ²	30,2 kg/m ²	30,2 kg/m ²	30,1 kg/m ²	30,1 kg/m ²
Statine gebruikers	73,8%	69%	69,6%	69%	72%

Figuur 9: Percentage personen dat rookt, cross-sectionele gegevens



Figuur 10: Uitkomsten van de registratie van de kwaliteitsindicatoren COPD



Resultaten COPD zorg

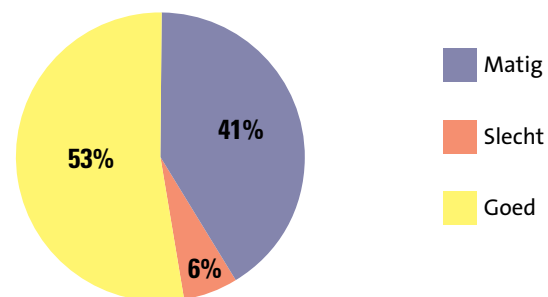
Het eerste cohort heeft de volgende indicatoren geregistreerd over 2013. N= 1072 patiënten. Registratie en extractie waren voor een aantal indicatoren moeilijk aangezien maar een deel van 2013 goed geregistreerd is. De volgende indicatoren geven wel een representatief beeld en liggen in lijn met de landelijke uitkomsten:

Spirometrie verricht bij	63%
CCQ ingevuld	51%
Inhalatietechniek gecontroleerd	92%
Rookstatus vastgelegd	86%
Rookstatus vastgelegd en nog rokend	35%

De brancheorganisatie Ineen heeft een rapport opgesteld waarin wordt gerapporteerd over de uitkomsten van de registratie van de kwaliteitsindicatoren met vergelijk 2012 en 2013 (rapport Transparante Keten zorg 2013 gepubliceerd in juni 2014) zie figuur 10.

In 2013 zijn er 247 spirometrieën vanuit 35 praktijken uit West Friesland bij KSYOS Telemedisch Centrum aangeboden. Uit de rapportage van KSYOS bij de kwaliteitscontrole bleek 51% van goede kwaliteit te zijn. Over de kwaliteit van de interpretatie bleek het veel lastiger te zijn om een uitspraak te doen i.v.m. het ontbreken van de nodige anamnestiche gegevens. In 2013 is ook een start gemaakt t.a.v. deskundigheidsbevordering spirometrie. De eerste CASPIR basis cursus is in 2013 gestart. In ruim 50% van de huisartspraktijken is een koppelhuisarts en POH aanwezig die de basis cursus CASPIR heeft gevolgd. Er zijn 8 huisartspraktijken die zelf geen spirometrisch onderzoek doen. Zij laten de spirometrie doen via het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF).

Figuur 11: Kwaliteit spirogrammen periode 1-7-2013 t/m 31-12-2013



4.4.2 Klanttevredenheidsonderzoek

In november/december 2012 hebben wij een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd met behulp van de CQI index/PACIC vragenlijst. Cliënten/patiënten werden gevraagd naar hun ervaringen en tevredenheid met de diabeteszorg van het DZS en de huisartsen in West-Friesland en de Wieringermeer.

Als meetinstrument is de CQI Diabetes versie 4.3 jan 2012 gebruikt. Dit is de meest recente versie van het CQI meetinstrument. Het instrument meet ervaringen die personen hebben gehad met diabeteszorgverlening. Het CQI meetinstrument Diabetes is ontwikkeld en getest door het NIVEL in samenwerking met ondermeer de afdeling sociale geneeskunde van het AMC. Als verdieping op het CQI meetinstrument voor zorg bij diabetes is een extra vragenlijst toegevoegd. Dit is het Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) meetinstrument, een gevalideerde vragenlijst die het doel heeft om zorgverlening in de chronische zorg in kaart te brengen en is gericht op de coördinatie en samenwerking van de zorg. De lijst is in Nederland gevalideerd voor diabeteszorg en COPD. Het onderzoek is uitgevoerd door ZorgDNA, een door Centrum Klantenervaringen Zorg (CKZ) gecertificeerde instelling.

Voorafgaand aan het onderzoek is bepaald welke personen volgens landelijk vastgestelde criteria benaderbaar zijn. Zo zijn personen die vooraf hebben aangegeven niet mee te willen doen aan onderzoek of die op het moment van het onderzoek in de voorgaande 12 maanden geen zorg ontvingen uitgesloten van het onderzoek. Vervolgens zijn personen volgens de CQI-richtlijnen met een aselechte steekproef geselecteerd.

In het onderzoek zijn 670 diabetespatiënten aangeschreven om deel te nemen. Deze diabetespatiënten zijn afkomstig uit 51 verschillende huisartspraktijken. Hiervan hebben er 487 een vragenlijst geretourneerd, waarvan er 6 personen aangaven niet tot de doelgroep te behoren of nog niet lang genoeg diabeteszorg te hebben ontvangen. Van deze vragenlijsten konden er na foutcontrole 430 (64%) in de analyse worden meegenomen.

De uitkomsten van het onderzoek laten zien dat het DZS goed scoort in vergelijking met landelijke cijfers in 2007 (Nivel). In figuur 12 is de gemiddelde score per indicator weergegeven.

Figuur 12: Overzicht gemiddelde score per indicator

Indicatoren Diabetes	DZS (n=430)	Totaal land 2007
1. Communicatie met huisarts	3,76	3,64
2. Communicatie met de verpleegkundige	3,84	3,77
3. Diabetes specifieke communicatie	3,59	3,31
4. Bejegening door medewerker HA-praktijk	3,77	3,72
5. Taalproblemen	3,81	3,74
6. Samenwerking zorgverleners	3,45	3,26
7. Cijfer huisarts	3,484	3,488
8. Cijfer verpleegkundige	3,484	3,476
9. Cijfer diabeteszorg	3,412	3,328

Worden deze uitkomsten vergeleken met cijfers van ZorgDNA (2012), dan scoort het DZS significant lager voor: communicatie met de huisarts, bejegening door medewerkers huisartspraktijk, samenwerking zorgverleners en cijfer huisarts.

Figuur 13: Vergelijking PACIC schaalscores

Indicatoren Diabetes	DZS (n=430)	Gemiddelde ZorgDNA (n=2217)
10. Communicatie met huisarts	3,76	3,81
11. Communicatie met de verpleegkundige	3,84	3,87
12. Diabetes specifieke communicatie	3,59	3,62
13. Bejegening door medewerker HA-praktijk	3,77	3,82
14. Taalproblemen	3,81	3,81
15. Samenwerking zorgverleners	3,45	3,56
16. Cijfer huisarts	8,63	8,81
17. Cijfer verpleegkundige	8,71	8,74
18. Cijfer diabeteszorg	8,53	8,58

De PACIC schaalscores laten variatie zien en geven inzicht in de coördinatie en samenwerking in de zorgverlening.

Ten aanzien van de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek in 2009 en 2010 zijn er enige veranderingen te benoemen. Het DZS hanteerde in 2009 en 2010 de Quote vragenlijst. De diabetesverpleegkundige en de diëtist van het DZS kregen zowel in 2009 als 2010 gemiddeld goede scores van de patiënten behandeld door het DZS. De vragenlijst was zo geconstrueerd dat alle aspecten van de samenwerking tussen het DZS en de huisartsen aan bod kwamen. De vragen over het DZS hadden betrekking op de bij het DZS werkzame zorgverleners. Deze, voor het DZS specifieke vragen, heeft het CQI meetinstrument niet. Resultaten van het onderzoek in 2012 zijn daardoor niet goed vergelijkbaar met voorgaande tevredenheidsonderzoeken bij het DZS.

De resultaten van het tevredenheidsonderzoek zijn in het najaar 2013 gepresenteerd aan de cliëntenraad en aan de huisartsen in de deelnemersraad. Naar aanleiding van de uitkomsten van het tevredenheidsonderzoek is de samenwerking tussen zorgverleners (DZS en huisartsen/praktijkondersteuners) een verbeterpunt. In 2014 zal door het DZS derhalve specifieke aandacht besteed worden aan het ontwikkelen van de website Ketenzorg West-Friesland. Voor de website van Ketenzorg West-Friesland wordt een portaal ontwikkeld waarbinnen verschillende websites kunnen worden geplaatst. Dit portaal is de basis waarvandaan de bezoeker navigeert naar de pagina's van het DZS, maar ook naar de ketenzorg COPD en CVRM. De zorgverleners hebben toegang naar, voor hen, specifieke informatie. Het ontwikkelen van de Ketenzorg website, maar ook de implementatie van een nieuwsbriefmodule maken deel uit van een te ontwikkelen communicatieplan, dat medio 2014 klaar zal zijn.

4.4.3 Klachten

Het DZS beschikt over een klachtenreglement. Patiënten worden bij aanmelding middels een brochure gewezen op het recht tot indienen van een klacht. In 2013 werden 5 klachten geregistreerd. Van 3 klachten kan gezegd worden dat deze verband hielden met de toegekende Simm's classificatie door de diabetesverpleegkundige. De andere klachten hadden te maken met bejegening (1) en de administratieve afhandeling van gegevens (1). Door bemiddeling van de medewerkers en het management zijn alle 5 klachten afgerond. De klachtencommissie heeft in 2013 eenmaal vergaderd.

4.4.4 Toegankelijkheid

KZWF/het DZS is makkelijk toegankelijk. Diabetespatiënten worden verwezen door de huisarts of kunnen zichzelf aanmelden. Wachttijden zijn er voor nieuw ontdekte diabetespatiënten niet, voor nieuw verwezen al langer met diabetes bekende patiënten is dit maximaal twee weken. Telefonisch is het DZS elke werkdag bereikbaar van half acht tot half vijf en voor individuele patiënten worden zo nodig mobiele nummers gegeven van de diabetesverpleegkundige en de diëtist. De medicus verbonden aan het DZS, tevens de deskundige op diabetesgebied, is 24 uur per dag mobiel voor collega-artsen bereikbaar. De zorg wordt in een geografisch goed omschreven gebied aangeboden, namelijk het oostelijk deel van West-Friesland en de Wieringermeer, het werkgebied van de huisartsen, verenigd in de Westfriese Huisartsenorganisatie. In dit gebied zijn verschillende geografische verspreide vestigingen van het DZS, namelijk de hoofdvestiging in Hoorn en nevenvestigingen/sprekruurlocaties in Enkhuizen, Hoogkarspel, Hoogwoud, Medemblik, Venhuizen en Wervershoof. In Hoorn en Enkhuizen met het grootste agglomeratiegebied, kunnen mensen elke werkdag terecht. In de kleine vestigingen is er één à tweemaal per week spreekuur. Met uitzondering van Hoorn en Enkhuizen, zijn de nevenvestigingen/ spreekruurlocaties gesitueerd bij gezondheidscentra samen met de daar gevestigde huisartsen. De COPD zorg wordt uitgevoerd in de huisartspraktijk, goed toegankelijk voor patiënten.

4.4.5 Veiligheid

Veiligheid van patiënten

KZWF werkt met een vastgestelde procedure voor het melden van incidenten die zich tijdens de zorgverlening kunnen voordoen. In 2013 is er geen melding van een incident geweest.

Veiligheid facilitair

Het onderhoud en de keuringen van de medische apparatuur die gebruikt worden ten behoeve van het DZS werden ook in 2013 uitgevoerd door de afdeling Klinische Fysica en Informatica van het VUmc.

In 2013 heeft het WFG of een, door het WFG ingehuurd, gecertificeerd bedrijf, preventief onderhoud en keuringen uitgevoerd aan de E- en W-installaties. Alle materialen ten behoeve van de brandveiligheid zijn door een erkend bedrijf op functionaliteit gecontroleerd. Er is AED-apparatuur aanwezig op de locaties van het DZS. Het aanwezige legionellabeheersplan is in samenwerking met het WFG in 2013 gecontroleerd en aangepast aan de nieuwe richtlijnen.

In 2013 is KZWF/het DZS verhuisd naar een andere locatie in Enkhuizen. Tijdens de bouw en inrichting is rekening gehouden met veiligheid op allerlei gebied. Hierbij moet gedacht worden aan legionella, brandveiligheid, klimaat en 'veiligheid' medewerkers. De E-en W installaties zijn met moderne techniek ingericht zodat deze voldoen aan de meest recente verplichtingen betreffende veiligheid.

Veiligheid van medewerkers

Voor de veiligheid van de medewerkers is er een overeenkomst met de Arbodienst BGD NW. Het uitgangspunt bij het beleid ten aanzien van veiligheid was in 2013 de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer. Daarnaast ondernam het management, naar aanleiding van de signalen van medewerkers, acties die leidden tot een beter werkklimaat. De facilitair coördinator van KZWF/het DZS is opgeleid tot Arbo-preventiemedewerker. In 2013 hebben 10 medewerkers de herhalingsopleiding tot bedrijfshulpverlener gevolgd en 3 medewerkers de cursus 'ploegleider'. Eind 2013 hebben de eerste gesprekken met het WFG plaats gevonden over samenwerking op het gebied van de bedrijfshulpverlening (BHV), zodat verdere professionalisering en het ondervangen van risico's nog beter kan worden opgepakt.

Gegevensbeveiliging

KZWF/het DZS maakt gebruik van een gehoste ICT omgeving die door ICTZ vanuit het datacentrum wordt aangeboden. De verbinding wordt beveiligd middels een virtueel privaat netwerk waardoor alle communicatie tussen het DZS en de gehoste ICT omgeving plaats vindt over een beveiligde en versleutelde verbinding. Binnen de gehoste omgeving worden CS-Ezis en overige applicaties ter beschikking gesteld. De database van Chipsoft staat op een databasecluster, waardoor bij uitval van hardware in de meeste gevallen de database beschikbaar blijft. Indien de database niet beschikbaar is, kan overgeschakeld worden op een inzagenomgeving, waarbij de aldaar opgeslagen gegevens maximaal 15 minuten achterlopen op de productieomgeving. ICTZ verzorgt dagelijks een back-up van binnen de gehoste productie- en ontwikkelomgeving opgeslagen gegevens. Deze back-up wordt 14 dagen bewaard.



4.5.1 Personeelsbeleid

Op 1 januari 2011 is de integrale bekostigingssystematiek voor de diabeteszorg in de eerste lijn ingevoerd en moest een bedrag van € 450.000 worden gekort op de begroting. Deze bezuiniging is deels opgevangen door een productieverhoging en formatiereductie, waarbij ondanks de grote patiënttoename zoveel mogelijk het aantal personeelsleden is bevroren op het niveau van eind 2010. In 2012 heeft de bezuiniging zich voortgezet doordat de AWBZ-financiering in dit jaar is komen te vervallen. Dit betekende opnieuw een bezuiniging van € 350.000.

De gevolgen hiervan waren opnieuw een bevroering van het aantal medewerkers bij de uitvoering van het primaire zorgproces. Ook in 2013 is de groei van de zorg, gezien de patiënttoename, vrijwel volledig uitgevoerd binnen de bestaande personeelsformatie. De als hoog ervaren werkdruk voor de medewerkers blijft voor het management een belangrijk aandachtspunt.

Figuur 14: Gemiddelde full time equivalent (fte) 2012 - 2013

Functie	Gemiddelde fte 2012	Gemiddelde fte 2013
Diabetesverpleegkundige	7,89	7,91
Diëtist	7,82	7,81
Onderzoeksassistent	6,29	6,76
ICT	0,71	0,94
Financieel medewerker	1,24	1,26
Secretaresse	1,22	1,23
Receptionist/telefonist	3,11	3,11
Coördinator service en diensten	0,61	0,61
Manager	1,56	1,66
Directeur	0,33	0,33
Totaal	30,77	31,62
Doorbelasting	-0,44	-0,44
Totaal*	30,33	31,18
*Inclusief ziek ivm zwangerschap	0,97	1,02

Er is ook in 2013 een groot appèl gedaan op medewerkers in verband met verhoging van de efficiency en veranderingen in de zorgverlening die veel flexibiliteit en inventiviteit van het MT en de medewerkers heeft gevraagd. Het MT heeft opnieuw de medewerkers betrokken bij het vinden van oplossingen en mogelijkheden door medewerkers te laten participeren in werkgroepen en overleggen en daarmee draagvlak voor de gevonden oplossingen te creëren. Deze hebben in 2013 met name geresulteerd in een zeer beperkte uitbreiding van de medewerkers met patiëntgebonden werkzaamheden. Werving en behoud van medewerkers blijft ook in de toekomst centraal staan.

Deskundige medewerkers

Investeren in medewerkers blijft het belangrijkste bedrijfskapitaal. Er wordt door het DZS veel aandacht besteed aan de wensen van medewerkers in combinatie met de eisen die we als bedrijf stellen. Inspraak van medewerkers in het beleid was ook in 2013 het streven. De zogenaamde Checks en balances, "hoe verhouden de werkzaamheden en veranderingen zich tot de organisatiedoelstellingen en de balans van de medewerkers", is in 2013 opnieuw een belangrijk aandachtspunt geweest voor het management.

Om te weten waar de behoeften en wensen op het gebied van arbeid en opleiding van medewerkers liggen worden werkgebonden gesprekken en functioneringsgesprekken met de medewerkers gevoerd en vinden er teamoverleggen plaats.

In de team-overleggen worden ook het in- en externe organisatiebeleid en de personeelsontwikkelingen besproken.

In 2013 lag het accent van de deskundigheidsbevordering op vakinhoudelijke trainingen, communicatie- en patiëntgerichte gedragbeïnvloedingstrainingen en coaching-on-the job.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim bedroeg in 2013 3,9% (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof 5,7%). Het verzuim (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) was in 2013 hoger dan in 2012, zie figuur 15. In 2013 is er sprake geweest van 1 langdurig zieke medewerker.

Bij ziekte van de medewerkers vindt er een intensieve begeleiding plaats door de manager. De manager volgt de richtlijnen van het verzuim- en herstelbeleid en schakelt de arbo-arts en/of andere dienstverleners in ter ondersteuning van de reïntegratie. In figuur 16 ziet u een weergave van het personele verloop.

Figuur 15: Ziekteverzuim 2012, 2013

Ziekteverzuim	2012	2013
Inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof	4,3 %	5,7%
Exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof	1,2%	3,9%

Figuur 16: Verloop personeel 2013

Verloop personeel
Instream personeel in loondienst : 3 (1,78 fte).
Uitstream personeel in loondienst: 1 (1,56 fte).

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Het management heeft nauw contact met de medewerkers.

Tijdens werkgebonden en functioneringsgesprekken wordt onder andere de arbeidstevredenheid, de werkrelaties en de werkdruk besproken. Op basis van de resultaten van deze gesprekken wordt door het management indien nodig actie ondernomen. Verder wordt meer aandacht besteed aan competentie-ontwikkeling. Het inzichtelijk krijgen van de competenties van medewerkers heeft het MT de mogelijkheid gegeven een aantal van de medewerkers te betrekken bij de huidige ontwikkelingen als ketenzorgorganisatie en nog meer in te spelen op de wensen vanuit de markt.

4.6 Samenleving

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet is voor alle partijen in de markt ruimte gecreëerd voor het nemen van initiatieven. De patiënt wordt gevraagd een keuze te maken tussen de verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgaanbieders worden geprikkeld zich te onderscheiden van de concurrenten door hun zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag en de zorgprocessen zo doelmatig mogelijk te (her)inrichten.

De zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid selectief contracten af te sluiten met de zorgaanbieders, waarbij zij op zoek gaan naar betaalbare en kwalitatief hoogwaardige zorg. Voorwaarde voor het maken van de juiste keuzes in het zorgaanbod, op basis van rationele argumenten, is echter dat alle partijen de beschikking hebben over onafhankelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de zorg. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) constateert in haar Beleidsplan 2006-2010 dat haar NDF Zorgstandaard een centrale rol speelt in de verwezenlijking van goede diabeteszorg door richting te geven aan de inhoud en de organisatie van de zorg. In deze geactualiseerde Zorgstandaard speelt de mens met diabetes de centrale rol. Het uitgangspunt is dat de mens met diabetes, binnen zijn mogelijkheden, mede verantwoordelijk is voor de wijze waarop hij met zijn eigen ziekteproces omgaat. Daarbij wordt verwacht dat hij zelf actief op zoek gaat naar de juiste informatie en vervolgens de beslissende keuzes maakt.

De minister heeft de toename van het aantal zorgvragen en de toename van de complexiteit van de zorgvragen vooral bij diabetespatiënten, een eerste maatschappelijke opgave genoemd. Multimorbiditeit en niet op elkaar afgestemde behandelrichtlijnen bepalen de kwaliteit van de zorgverlening bij de chronische patiënten.

Het is om die reden dat de minister een Nationaal Programma Ouderenzorg tot stand heeft laten komen. Als belangrijkste probleem wordt door iedereen de gefragmenteerde zorg en de slecht afgestemde zorg genoemd. Algemeen wordt erkend dat disease management programma's een belangrijk experiment zijn om die zorg te verbeteren. Het DZS was een pionier op het gebied van diabetes management. Zowel nationaal als internationaal heeft het DZS een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van het chronisch zorgmodel voor diabetes. Nog steeds is het DZS een zeer innoverende organisatie. Vooral wordt veel geïnvesteerd in programma's die zijn gericht op "patiënt empowerment". Daarin vervullen wij een belangrijke maatschappelijke taak.

Een ander groot probleem van de gezondheidszorg zijn de toenemende kosten. In het DZS is er veel aandacht voor de kosteneffectiviteit van het zorgmodel. Ons centrale model brengt grotere overheadkosten met zich mee dan een niet gecentraliseerd model. Wij zijn er van overtuigd dan alleen door een centrale regie de kwaliteit van de diabeteszorg kan worden gestuurd. Wij zijn als één van de weinigen in staat analyses te maken op persoonsniveau wat wel en niet werkt voor een specifieke diabetespatiënt.

Met gebruikmaking van de gegevens van het DZS is een kosteneffectiviteit analyse uitgevoerd. Het bleek dat het DZS heel kosteneffectief is, vooral door substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Er vonden minder verwijzingen

plaats naar oogartsen, er waren minder onderbeenamputaties en er werd voornamelijk generieke geneesmiddelen voorgeschreven. Bij minder dan 2% werd voor de mensen met diabetes de nieuwe orale glucose verlagende middelen voorgeschreven in 2013. Een deel van die kostenbesparing verdween omdat de zorg voor diabetespatiënten in de tweede lijn drie maal duurder is dan in de eerste lijn (van der Heijden AA, de Bruijne MC, Feenstra TL, Dekker JM, Baan CA, Bosmans JE, Bot SD, Donker GA, Nijpels G Resource use and costs of type 2 diabetes patients receiving managed or protocolized primary care. BMC Health Serv Res. 2014 Jun 25;14(1):280).



4.7 Financieel beleid

In 2013 heeft KZWF een aantal bezuinigingsmaatregelen doorgevoerd, mede hierdoor is het resultaat uit gewone bedrijfsvoering ten opzichte van 2012 verbeterd van €74.279 nadelig naar €51.978 voordelig. In februari 2013 is het contract met VGZ afgesloten. Op het gebied van werkkapitaal, liquiditeit en solvabiliteit hebben zich in 2013 geen bijzonderheden voorgedaan. In paragraaf 4.7.1 wordt de winst- en verliesrekening 2013 weergegeven, voor een volledige weergave wordt verwezen naar de jaarrekening 2013 op www.jaarverslagenzorg.nl

4.7.1 Resultatenrekening 2013

RESULTATENREKENING OVER 2013

	2013 in €	2012 in €
BEDRIJFSOPBRENGSTEN		
Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties	0	0
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (incl. Wmo-huishoudelijke hulp)	4.746.542	3.831.161
Subsidies (excl. Wmo-huishoudelijke hulp: incl. overige Wmo-prestaties)	0	0
Overige bedrijfsopbrengsten	244.767	63.299
Som der bedrijfsopbrengsten	4.991.309	3.894.461
BEDRIJFSLASTEN		
Personeelskosten	1.722.181	1.643.530
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	77.555	69.882
Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	0	0
Overige bedrijfskosten	3.095.214	2.265.436
Som der bedrijfslasten	4.944.950	3.978.848
BEDRIJFSRESULTAAT	46.358	-84.388
Financiële baten en lasten	5.619	10.109
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING	51.978	-74.279
Buitengewone baten	0	0
Buitengewone lasten	0	0
Buitengewone resultaat	0	0
RESULTAAT BOEKJAAR	51.978	-74.279
RESULTAAT BESTEMMING		
Het resultaat is als volgt verdeeld:		
Toevoeging/(onttrekking):		
Reserve aanvaardbare kosten	51.978	-74.279

5 Verklarende woordenlijst

AED	Automatische Externe Defibrillator
BHV	Bedrijfs hulpverlening
BMI	Body Mass Index
CHP	Centrale Huisartsen Post
CKZ	Centrum Klantenervaringen Zorg
COPD	Chronisch obstructieve longziekte
CR	Cliëntenraad
DBC	Diagnose Behandelingcombinatie
DCWF	Diagnostisch Centrum West-Friesland
DIT	Diabetes Implementatie Traject
DOC	Diabetes Onderzoek Centrum
DT	Diëtist
DVK	Diabetesverpleegkundige
DVN	Diabetes Vereniging Nederland
DZS	Diabetes Zorgsysteem West-Friesland
EKG	Elektrocardiografie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
HA	Huisarts
HAIO	Huisarts in opleiding
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
ICTZ B.V. te Hoorn	ICT bedrijf voor de zorg: systeembeheer, Applicatiebeheer, ChipSoft EZIS ondersteuning, Netwerkbeheer en databasebeheer
ISO	Internationale Organisatie voor Standardisatie
KZWF	Ketenzorg West-Friesland
LAN	Long Alliantie Nederland
MT	Management Team
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG-praktijkaccreditatie	Dit is het NHG- (Nederlands Huisartsen Genootschap) keurmerk voor huisartsenpraktijken die werken aan verbetering van de zorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OA	Onderzoeksassistent
PA	Praktijkassistent (van een huisarts)
PACIC	Patient Assessment Chronic Illness Care
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
RvB	Raad van Bestuur
RvT	Raad van Toezicht
Simm's classificatie	De gemodificeerde Simm's classificatie geeft een inschatting van de kans op een voetulcus
WFG	Westfriesgasthuis
WFHO	Westfriese Huisartsenorganisatie
WTZi	Wet Toelatingen Zorginstellingen

Colofon

Redactie © 2014 Diabetes Zorgsysteem West-Friesland
Ontwerp: The Housestyle Company - Hoorn