



MAATSCHAPPELIJK JAARVERSLAG

2014



KETENZORG

WEST-FRIESLAND



INHOUDSOPGAVE

1	Uitgangspunten van de verslaglegging.....	3
2	Profiel van de organisatie.....	9
2.1	Algemene identificatiegegevens.....	9
2.2	Structuur van de organisatie.....	9
2.3	Kerngegevens.....	12
2.3.1	Kernactiviteiten.....	12
2.3.2	Patiënten, productie, personeel en opbrengsten.....	17
2.3.3	Werkgebieden.....	18
2.4	Samenwerking en ketenpartners.....	18
2.5	Wetenschappelijk onderzoek (VUmc/EMGO+).....	22
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.....	26
3.1	Bestuur en toezicht.....	26
3.1.1	Zorgbrede Governance Code.....	26
3.1.2	Bestuur.....	26
3.1.3	Raad van Toezicht.....	27
3.2	Bedrijfsvoering.....	27
3.3	Cliëntenraad.....	28
4	Beleid, inspanningen en prestaties.....	29
4.1	Meerjarenbeleid.....	29
4.2	Algemeen beleid.....	30
4.2.1	Externe ontwikkelingen 2014.....	30
4.2.2	Ontwikkelingen diabetesexpertisecentrum en kenniscentrum.....	32
4.2.3	Aanpassingen van de organisatiestructuur van KZWF.....	35
4.2.4	Automatisering.....	36
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	37
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten.....	37
4.4.1	Kwaliteit van zorg.....	37
4.4.2	Klanttevredenheidsonderzoek.....	44
4.4.3	Klachten.....	45
4.4.4	Toegankelijkheid.....	46
4.4.5	Veiligheid.....	46
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers.....	48
4.5.1	Personeelsbeleid.....	48
4.5.2	Kwaliteit van het werk.....	50
4.6	Maatschappelijke context.....	50
4.7	Financieel beleid.....	53
4.7.1	Resultatenrekening 2014.....	54
5	Verklarende woordenlijst.....	55

1

UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGLEGGING

Dit jaardocument betreft de verslagperiode 2014. 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 Ketenzorg West-Friesland (KZWF). KZWF handelt tevens onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS) voor de diabetesketenzorg.

Het DZS is gestart in 1996 naar aanleiding van wetenschappelijke studies die in West-Friesland bij de algemene bevolking zijn uitgevoerd. Vanwege de hoge sterfttekans 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 diabeteszorggroep 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 gunstig 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 gezondheidszorgorganisaties.

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 diabeteszorggroep 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 Ketenzorg West-Friesland (KZWF). In juli 2014 is de derde zorgketen, de keten CVRM (Cardiovasculair Risicomanagement) van start gegaan.

De diabeteszorg

KZWF is één van de weinige zorggroepen met een centrale zorgaansturing voor de diabeteszorg (DZS). 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 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 en het vaststellen van neuropathie en status van de voeten.

Ook wordt door de diabetesverpleegkundige (DVK) en diëtist (DT) een probleem-inventarisatie 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 probleem-inventarisatie aanleiding toe bestaat, geeft de DVK/DT vervolgeducatie en -begeleiding wanneer er sprake is van complexe problematiek en er ondersteuning gewenst is bij 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 KZWF, 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

Nadat in 2013 het eerste cohort huisartsen met COPD-ketenzorg is gestart, is 2014 het eerste jaar dat COPD-ketenzorg binnen heel West-Friesland is uitgerold. Op 1 januari 2014 zijn in totaal 1.686 COPD-patiënten geïncludeerd vanuit cohort 1 en cohort 2.

Van de 100 werkzame huisartsen in de regio West-Friesland doen 93 huisartsen mee aan COPD-ketenzorg. In tegenstelling tot de diabeteszorg wordt de COPD-ketenzorg volledig uitgevoerd in de huisartspraktijk. Om de COPD-ketenzorg in de regio West-Friesland en de Wieringermeer te implementeren is er begin 2013 een zorgprogramma ontwikkeld. Er is een programma van eisen opgesteld waaraan elke huisartspraktijk moet voldoen om goede COPD-zorg te kunnen leveren. In 2014 is met name aandacht gegeven aan verbetering van de ondersteuningsstructuur en implementatie van de COPD-zorg binnen de huisartspraktijk.

De eerste helft van 2014 werd de begeleiding van de huisartspraktijken nog verricht door praktijkconsulenten van DOKh. De praktijkconsulenten fungeerden als vraagbaak voor de deelnemende praktijken en hielpen bij opstellen en uitvoeren van verbeterplannen om de COPD-zorg binnen de praktijk te organiseren. Het streven was echter dat deze begeleiding overgenomen zou worden door in deze regio bekende ondersteuners van KZWF. Twee huisartsondersteuners van KZWF (diabetesverpleegkundigen) met al aanwezige affiniteit met longziekten hebben deze taak op zich genomen. Zij zijn uitgebreid ingewerkt door kaderhuisarts astma/COPD mw. Hetty Cox. Deze huisartsondersteuners zullen begin 2015 ook de module astma/COPD van de POH-opleiding INHOLLAND volgen. In september 2014 is de COPD-begeleiding/-ondersteuning door de praktijkconsulenten officieel overgedragen aan KZWF. In de regio is geworven om een in West-Friesland gevestigde huisarts geïnteresseerd te vinden die in 2015 de kaderartsopleiding astma/COPD zou willen gaan volgen.

Bij KZWF is in 2014 een nieuwe keten gestart, CVRM, die van alle huisartsen veel tijd en aandacht heeft gevraagd. Dit betekende dat de zorg voor COPD in 2014 met name gericht was op het bestendigen van de huidige zorg, zorg voor kwalitatief goed spirometrisch onderzoek en implementatie van het zorgprogramma.

In september is er een succesvolle scholing gehouden over het geactualiseerde zorgprogramma. In 2014 zijn er 2 CASPIR-basiscursussen afgerond, met als docenten naast de kaderhuisarts, een ervaren longfunctieanalist van het WFG en 2 longartsen van het WFG. Via DOKh heeft men de mogelijkheid gehad om 2 keer een vervolg module 6 van CASPIR te volgen. Op een enkele praktijk na betekent dit dat in alle praktijken een geschoold CASPIR-koppel werkzaam is. Eind 2014 is de NHG-dagscholing 'Starten met Stoppen' over alle aspecten rond het stoppen met roken driemaal gegeven. Indien praktijkondersteuners konden aantonen dat ze in de afgelopen drie jaar een door het kwaliteitsregister Stoppen met Roken erkende cursus hadden gevolgd, kregen zij vrijstelling voor deze scholing.

CVRM-ketenzorg

In 2013 is in opdracht van de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) gestart met het ontwikkelen van een ketenzorgprogramma CVRM. Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) staat voor de diagnostiek, behandeling en follow-up van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (HVZ), inclusief leefstijladviezen en begeleiding, bij patiënten met een verhoogd risico op ziekte óf sterfte door HVZ. Met HVZ worden door atherotrombotische processen veroorzaakte HVZ met klinische manifestaties bedoeld, zoals hartinfarct, angina pectoris, cerebrovasculair accident (CVA). Doel van deze keten-DBC CVRM is optimale zorg te verlenen aan patiënten met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en patiënten met een doorgemaakte HVZ, en daarmee het voorkomen van eerste of nieuwe manifestaties en complicaties van HVZ. De CVRM-zorg wordt volledig uitgevoerd in de huisartspraktijk.

Om implementatie van de keten te realiseren zijn een stuur- en werkgroep-CVRM geformeerd. Door de werkgroep werd feedback gegeven op de door de stuurgroep ontwikkelde plannen. De stuurgroep-CVRM bestond uit directie/management en een huisartsondersteuner van KZWF, kaderhuisarts dhr. Bart van Oostendorp en een projectleider van ZONH. Deelnemers van de werkgroep waren dhr. Bart van Oostendorp, 3 huisartsen, een POH, een projectleider van ZONH en de manager van KZWF.

HVZ zijn deels te voorkomen of te vertragen door tijdig, dat wil zeggen preventief, de risicofactoren voor atherosclerose te behandelen. Dit gebeurt vaak onvoldoende. Om hierin verbetering te brengen, is er een NHG-standaard en een multidisciplinaire CBO-richtlijn CVRM tot stand gekomen in 2006 met een recente herziening van beide in 2011 en 2012. Het Zorgprogramma CVRM Ketenzorg West-Friesland vormt een praktische aanvulling op de NHG-standaard en de Zorgstandaard CVRM van Vitale Vaten. In januari 2014 was het Zorgprogramma CVRM Ketenzorg West-Friesland voltooid.

Patiënten die in aanmerking komen voor deelname aan deze keten vormen een heterogene groep van mensen met een (doorgemaakte) HVZ en mensen met een verhoogd risico hierop. De eerste groep heeft per definitie een hoog Cardio Vasculair Risico (CVR) en is een duidelijk afgebakende groep, maar komt alleen in aanmerking voor opname in de keten wanneer zij niet in behandeling zijn in de tweede lijn. De tweede groep is veel lastiger te definiëren en het aantal patiënten varieert afhankelijk van de definitie van een verhoogd CVR en de kwaliteit van het identificatieproces. Een CVR > 10% wordt algemeen beschouwd als een verhoogd risico, maar voor deze keten is er voor gekozen om alleen een CVR > 20% te includeren. Met inclusie wordt bedoeld de deelname van patiënten aan de keten-DBC. Degenen die in aanmerking komen zijn:

1. Patiënten met een HVZ die niet onder behandeling zijn of onder controle staan bij de specialist voor de betreffende aandoening.
2. Patiënten met een risicoscore $\geq 20\%$.
3. Patiënten die reeds antihypertensieve en/of cholesterolverlagende medicatie gebruiken in het eerste jaar van deelname van de praktijk. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de indicatie in het verleden correct is gesteld.

De volgende patiënten hebben weliswaar een (sterk) verhoogd cardiovasculair risico, maar zij worden niet opgenomen in de keten-DBC:

1. Patiënten met type 2 diabetes. Voor patiënten met type 2 diabetes bestaat een aparte DBC waarin ook CVRM is opgenomen.
2. Patiënten met ernstige comorbiditeit. Bij ernstige comorbiditeit (te denken valt aan gevorderde dementie, terminale patiënt etc.) heeft CVRM in het algemeen geen hoge prioriteit en veelal geen meerwaarde voor de patiënt.

Vanwege het grote aantal patiënten met een verhoogd CVR is er voor gekozen om de huisartspraktijken te verdelen over 2 cohorten. Cohort 1 is begin 2014

gestart met de voorbereidingen voor de inclusie van de patiënten. De meeste praktijken hebben hiervoor gebruik gemaakt van een data-extractie door Meetpunt Kwaliteit waarmee alle potentiële deelnemers aan de keten geïdentificeerd konden worden. De praktijken werden hierbij ondersteund door 5 huisartsondersteuners (verpleegkundigen) van KZWF die de praktijken bezochten. De extractie resulteerde in eerste instantie tot veel te grote aantallen patiënten. Aan de hand van een extractieprotocol moesten praktijken hun dossiers vervolgens opschonen en aanvullen voor zover het risicoprofiel niet compleet was. Dit is een enorme tijdrovende klus geweest, maar heeft wel geresulteerd in een opgeschoond bestand met de juiste patiënten voor de inclusie. Voor de deelnemende praktijken heeft KZWF een implementatieplan gemaakt inclusief eisen voor deelname.

Op 1 juli 2014 is cohort 1 van start gegaan met de keten-DBC. De 27 huisartsen uit cohort 1 hebben tezamen 55.952 ingeschreven patiënten waarvan er 4.544 zijn opgenomen in de ketenzorg per juli 2014. Cohort 2 is vanaf juli 2014 gestart met het implementatietraject en start januari 2015 met de keten-DBC.

Binnen de keten-DBC is dieetadvisering gecontracteerd. KZWF heeft daartoe ketenzorgovereenkomsten afgesloten met diëtisten in de regio. Ook de diëtisten die in dienst zijn bij KZWF leveren dieetadvisering binnen de keten-DBC.

2

PROFIEL VAN DE ORGANISATIE

2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam verslagleggende rechtspersoon	Stichting Ketenzorg West-Friesland (KZWF)
Adres	Maelsonstraat 7, 1624 NP Hoorn
Telefoonnummer	0229 – 219 401
Faxnummer	0229 – 248 265
Identificatienummer NZa	cat. 650; reg.nr. 8466
Website	www.ketenzorgwvf.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.

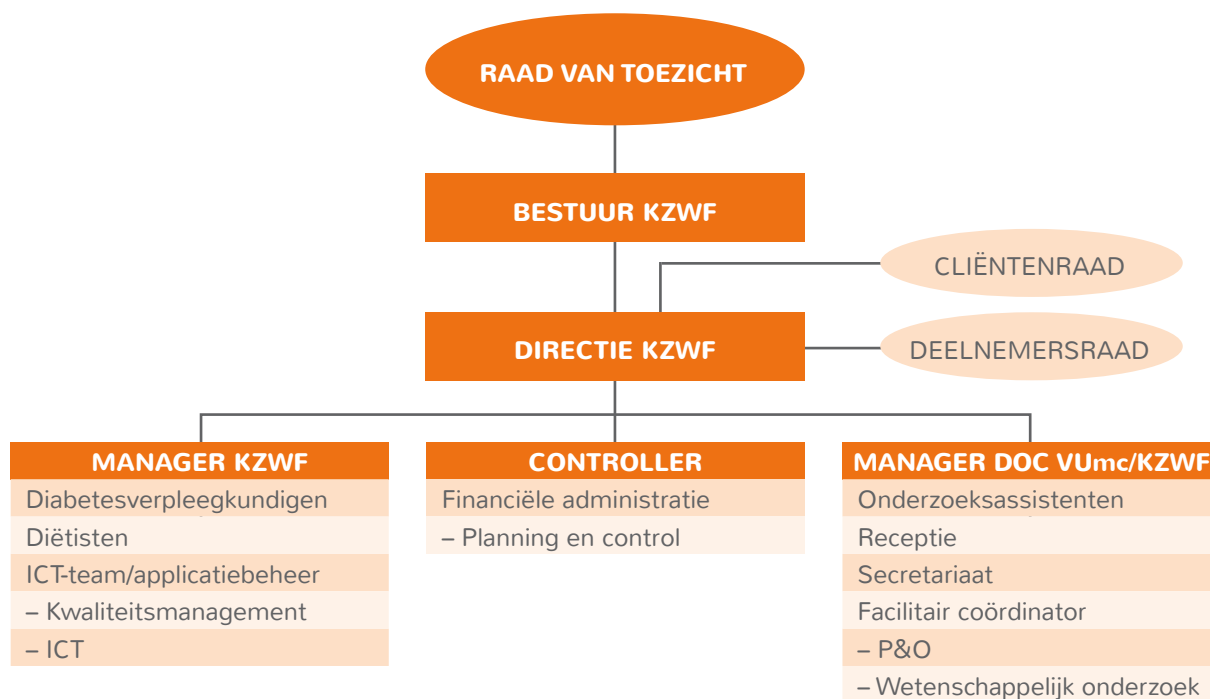
Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij onder meer de naam van de stichting gewijzigd is in Stichting Ketenzorg West-Friesland (tevens handelend onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de diabetesketenzorg).

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.

De stichting kent een medezeggenschap van patiënten in de vorm van een Cliëntenraad. Het bestuur bestaat uit één bestuurder zijnde: dhr. G. Nijpels.

De structuur van de Stichting Ketenzorg West-Friesland is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1 - Structuur van de Stichting KetenZorg West-Friesland tot 1 januari 2015

Het bestuur van KetenZorg West-Friesland heeft in 2014 intensief overleg gepleegd met het bestuur van de Centrale Huisartsenpost West-Friesland & Wieringermeer (CHP) en het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF) over verregaande samenwerking. De besturen van KZWF, de CHP en het DCWF zien kansen zorgvragen van patiënten beter te beantwoorden als zij samen verder gaan; dit maakt de onderscheiden organisaties robuuster en er wordt beter gebruik gemaakt van elkaars kennis en kracht. Dit 'samen verder gaan' betekent: het oprichten van een koepelstichting waaronder de drie stichtingen gaan functioneren. De koepelstichting staat voor integrale, samenhangende en continue eerstelijnszorg in West-Friesland en Wieringermeer. Met als resultaat optimale patiëntenzorg in de regio en de ontzorging van de huisartspraktijken.

De koepelstichting (Zorgkoepel West-Friesland) heeft een Raad van Bestuur (RvB) en een Raad van Toezicht (RvT). De RvT van de koepelstichting is tevens RvT van KZWF, de CHP en het DCWF. De RvT van de koepelstichting benoemt de RvB van de koepelstichting. De RvB heeft de centrale bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die samenhangen met het besturen van de koepelstichting en alle onderliggende rechtspersonen (KZWF, CHP en DCWF).

De RvB zal uit meerdere leden bestaan. In de RvT en de RvB zijn de noodzakelijke competenties aanwezig, te weten: medische deskundigheid, financiële en economische deskundigheid, juridische deskundigheid en bestuursdeskundigheid. Er is geen sprake van een instellingenfusie. De CHP, KZWF en het DCWF blijven als separate rechtspersonen bestaan met hun eigen financieringsstromen. De bestuurlijke samenwerking krijgt vorm middels De oprichting van de koepelstichting.

In verband met de oprichting van de koepelstichting per 1 januari 2015 worden de statuten van KZWF gewijzigd. Met ingang van deze statutenwijziging treedt de bestuurder van KZWF vrijwillig af. De RvB wordt per 1 januari 2015 gevormd door de Raad van Bestuur van Zorgkoepel West-Friesland.

Raad van Toezicht

De RvT heeft de bevoegdheid het jaarverslag en het beleidsplan te beoordelen. De RvT heeft in 2014 vier maal telefonisch overleg gevoerd met elkaar. De samenstelling van de RvT:

Naam	Functie
Dhr. J. Brug	Voorzitter
Nevenfuncties <ul style="list-style-type: none"> - Member of the Dutch consultation group for the Horizon2020 Health, Demographic Change and Wellbeing program on behalf of the Association of Universities in the Netherlands (2014-) - Member of the scientific advisory committee of the Dutch Ministry of Health regarding reformulation of foods to reduce salt, sugar and fat (2014-) - Member of the Health Council of the Netherlands (2012-) and its presidium committee and vice-chair of its standing committee on healthy nutrition - Member of the scientific advisory committee for the Population Health Forecast (Volksgezondheid Toekomstverkenning) of the Netherlands Institute for Public Health and the Environment (2012-2014) - Member of the Scientific Advisory Committee on midwifery research on behalf of the KNOV ('Royal Netherlands Organisation for Midwifery') (2011-2014) - Member of the Advisory Committee of the Centre for Physical Activity and Nutrition research of Deakin University, Melbourne Australia (2010-2014) - Member of the 'Prevention Program Committee' (2004-2014), and this program's 'Effectiveness sub-committee' (2001-2009), and Vice-chair of the 'Healthy Nutrition' program committee (2009-2014) of the Netherlands Organisation for Health Research and Development - Member of the supervisory board of the Center for Health Insurance Medicine (2010-2014) - Member of the editorial boards of the Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, American Journal of Health Promotion, Journal of Human Nutrition and Dietetics; OA Epidemiology 	
Dhr. V. v. Dijk	Lid
Nevenfuncties <ul style="list-style-type: none"> - Voorzitter Raad van Bestuur Omring (hoofdfunctie) - Lid Raad van Commissarissen van het regionale participatiefonds Wadinko NV - Penningmeester Stichting Revalidatie Ziekenhuizen (gerelateerd aan hoofdfunctie) 	
Dhr. A. Timmermans	Lid
Nevenfuncties <ul style="list-style-type: none"> - Lid van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen - Vicevoorzitter Raad van Toezicht Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie - Lid dagelijks bestuur OOR/OZON VUmc - Bestuurslid Stichting Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) Noord-Holland 	

In 2014 is de samenstelling van de RvT gewijzigd:

Naam	Functie	Toetreding
Dhr. W.P. Rijkse	Voorzitter	4 november 2014
Nevenfuncties - Hoofdredacteur Handboek Privacy in de Gezondheidszorg (1988-heden) - Voorzitter Raad van Advies Kwaliteitsregister Tandartsen (NMT) (2008-heden) - Voorzitter Raad voor de Rechtspraak Fysiotherapie KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie) (2012-heden) - Voorzitter Raad van Toezicht 'Vecht en IJssel - wonen, welzijn en zorg' (2012-heden). - Voorzitter Raad van Toezicht St. Zorgdelers – SAZ / ASR / DSW (2013-heden). - Voorzitter St. Kleurrijk Kunst en Cultuur Leusden (2014-heden). - Vicevoorzitter Klachtencommissie Ziekenhuis Tergooi (2014-heden). - Adviseur Hoofdbestuur Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)		
Dhr. H.C. Bouman	Vicevoorzitter	25 september 2014
Nevenfuncties - Lid van een adviescommissie van het college van B&W van de Gemeente Stede Broec - Advisering aan en ondersteuning van het bestuur van de stichting algemeen maatschappelijk werk AMW Drechterland		
Dhr. J. Burger	Lid	25 september 2014
Nevenfuncties - Lid van de commissie bestuur en middelen gemeente Medemblik - Voorzitter gezamenlijke ouderenbonden West-Friesland - Voorzitter de Wering		
Dhr. R.H. Dijkstra	Lid	11 december 2014
Nevenfuncties - Lid van de NHG-adviesraden - Lid samscholingswerkgroep (huisartsen en specialisten Waterland ziekenhuis)		
Mevr. C.M.M. Westra-Meijer	Lid	25 september 2014
Nevenfuncties - Bestuurslid van de Soroptimistclub Hoorn e.o.		

Bovenstaande leden vormen de huidige RvT.

2.3 Kerngegevens

2.3.1 Kernactiviteiten

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

Kenmerken keten-DBC

De keten-DBC voor diabetes, COPD en verhoogd CVR bevatten alle functies (exclusief medicijnen en hulpmiddelen) voor het verlenen van goede diabetes- en COPD-zorg en CVRM, conform de NDF-standaard (Nederlandse Diabetes Federatie), de zorgstandaard van de Long Alliantie Nederland (LAN), Zorgstandaard CVRM van Vitale Vaten 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.

De taken van KZWF zijn:

1. Coördinatie, regie en controle op uitvoering van afspraken met betrekking tot diabeteszorg, COPD-zorg en CVRM.
2. KZWF/het DZS is een expertisecentrum voor 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. Zorgdragen voor aanlevering van outputgegevens van de behaalde resultaten aan partijen.
8. Onderhouden van deskundigheid en vaardigheden op gebied van diabeteszorg, COPD-zorg en CVRM zowel mono- als multidisciplinair.
9. Ontwikkelen/implementeren van protocollen conform de landelijke richtlijnen NDF, LAN, Vitale Vaten en NHG.
10. Ontwikkelen, implementeren en evalueren van het patiënten-educatieprogramma.
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, COPD-zorg en CVRM.

De taken van de huisartspraktijk zijn:

1. Behandelen van de mensen met type 2 diabetes, COPD en een verhoogd CVR.
2. Aanpassen van het individuele zorgplan.
3. Indien nodig het uitvoeren van driemaandelijks 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, COPD en een verhoogd CVR.
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, COPD en een verhoogd CVR.
8. Melden van mutaties in het bestaande bestand van patiënten met diabetes, COPD en een verhoogd CVR.

Het ketenzorgmodel

Binnen de ketenzorg zijn alle zorgprocessen rond de mensen met type 2 diabetes, COPD en een verhoogd CVR beschreven. Voor de diabetesketen 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:

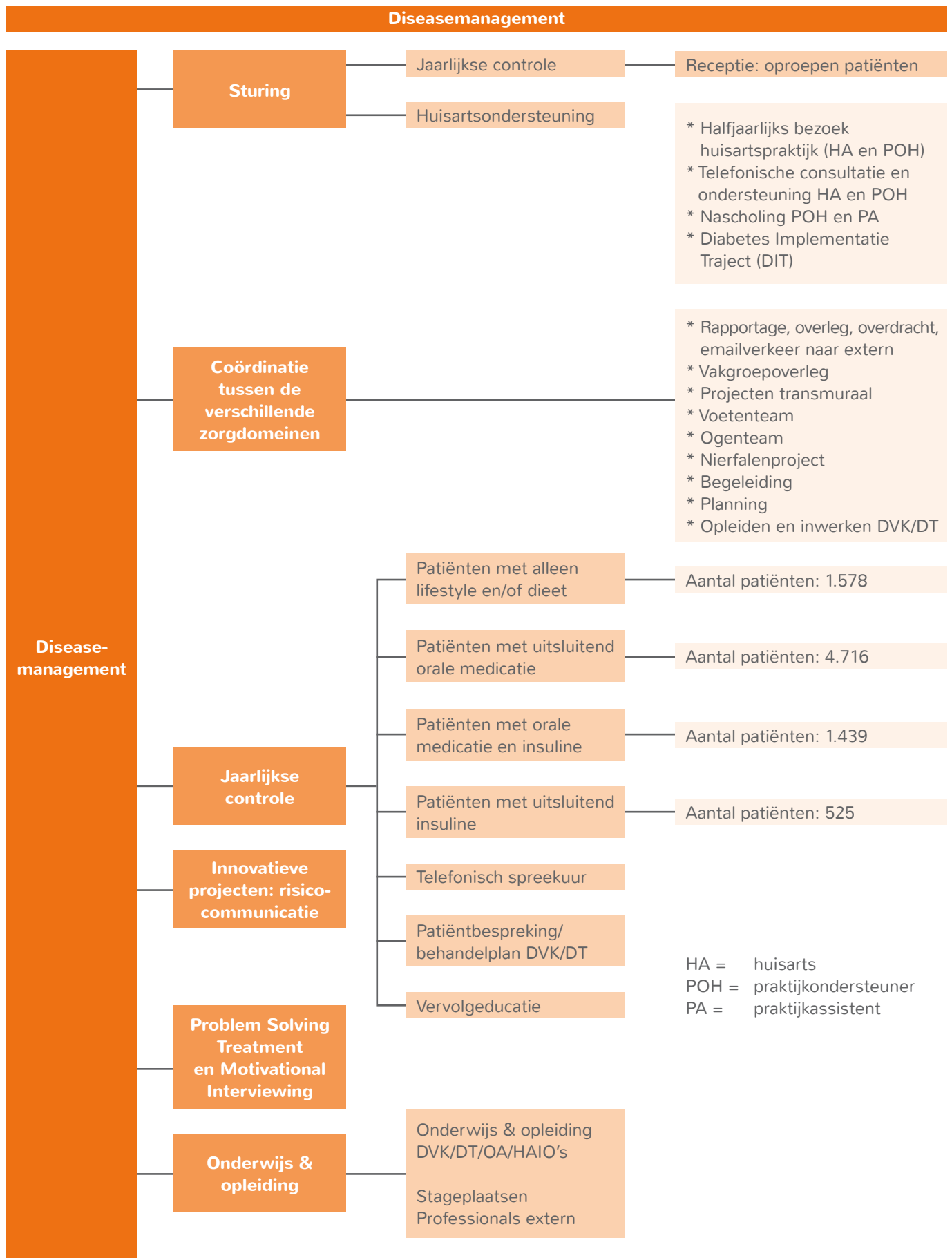
- Module 1: De nieuwe diabetespatiënt (jaar van diagnose).
- Module 2: De diabetespatiënt met dieet of met dieet en orale medicatie (na 1 jaar).
- Module 3: Het (jaar van) instellen op insuline éénmaal daags.
- Module 4: De controlepatiënt met insuline (na 1 jaar).

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 huisartspraktijk 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 tabel 1 ziet u een omschrijving van de jaarlijkse controle DZS, in figuur 2 het diseasemanagementmodel van het DZS.

Omschrijving 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.

Omschrijving jaarlijkse controle DZS	
Onderzoek	<p>Tijdens het jaarlijks onderzoek worden de volgende onderzoeken gestart:</p> <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 volgens de Retinariskmethode met uiteindelijke beoordeling door de oogarts; • tensiometing.
Lab/Screening	<p>Voor het jaarlijks onderzoek worden de meetresultaten beoordeeld door deskundigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bloedafname door het VU/WFG-laboratorium; • ECG door de arts van het DZS en de cardioloog; • retinafoto volgens de Retinariskmethode met uiteindelijke beoordeling door de oogarts; • voetscreening door de DVK.
Consult DVK en DT	<p>De patiënt heeft een consult bij een DVK en DT. De DVK en DT bespreken de jaarcontroles 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.</p> <p>Uitgaande van de patiënthistorie en risicofactoren worden diabetespatiënten geïdentificeerd in een complexe en minder complexe categorie. Bij deze minder complexe categorie vindt er geen consult bij de DVK en DT plaats.</p>
Terugrapportage aan huisarts	<p>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.</p>
Spiegelinformatie en ondersteuning huisartspraktijk	<p>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.</p>
<p>Vervoltraject: indien er in het kader van de screening 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.</p>	
<p>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 jaarcontrole en eventuele vervolgeducatie.</p>	

Tabel 1 - Jaarlijkse controle DZS



Figuur 2 - Het diseasemanagementmodel van het DZS

Dieetadvisering door Diëtistenteam Spring

Vanaf 2011 biedt KZWF dieetadvisering aan mensen die geen ketenzorg ontvangen. 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 dieetadvisering 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.

2.3.2 Patiënten, productie, personeel en opbrengsten

In 2014 waren gemiddeld 8.276 patiënten met type 2 diabetes, 1.765 patiënten met COPD en 4.569 patiënten met een verhoogd CVR in behandeling. KZWF is per juli 2014 met een eerste cohort huisartsen (27) gestart met de CVRM-ketenzorg. Het gemiddeld aantal patiënten in zorg met type 2 diabetes en COPD is ten opzichte van 2013 gestegen met respectievelijk 263 en 696 patiënten. Het verloop van het aantal patiënten per kwartaal is in het volgende overzicht weergegeven:

2014	Aantal patiënten in behandeling		
	Diabetes type 2	COPD	CVRM
1 ^e kwartaal	8.232	1.693	0
2 ^e kwartaal	8.297	1.769	0
3 ^e kwartaal	8.305	1.795	4.571
4 ^e kwartaal	8.271	1.801	4.566
Gemiddeld	8.276	1.765	4.569

Tabel 2 - Overzicht per kwartaal

Personeel:

Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2014: 52.

Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2014: 33.

Bedrijfsopbrengsten:

De totale bedrijfsopbrengsten zijn in 2014 met € 890.303 gestegen tot € 5.881.612. In paragraaf 4.7.1 wordt de winst- en verliesrekening 2014 weergegeven, voor een volledige weergave wordt verwezen naar de jaarrekening 2014 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, Hoogwoud, Medemblik, Slootdorp, Venhuizen en Wervershoof.

2.4 Samenwerking en ketenpartners

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 dhr. 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 eerstelijnsketenzorg voor chronische patiënten. In die systematiek is KZWF hoofdaannemer voor de diabeteszorg, COPD en CVRM. Overige zorgverleners, waaronder huisartsen, zijn onderaannemers. In de afspraken die met de huisartsen 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 onderzoeksresultaten en advisering voor wat betreft de behandeling en zorgverlening aan mensen met type 2 diabetes. Halfjaarlijks worden de huisartspraktijken 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 van en scholing aan huisartsen, POH'ers en praktijk-assistenten (PA'en) op het gebied van diabetes, COPD- en Cardiovasculairezorg.
- KZWF verzorgt het Diabetes Implementatie Traject (DIT) in de huisartspraktijk en begeleidt de implementatie van het COPD- en CVRM-zorgprogramma in de huisartspraktijk. Hierbij wordt de organisatie van de zorg geoptimaliseerd door een stappenplan van vaste acties.

De financiële relatie van KZWF met huisartsen is als volgt:

- KZWF verzorgt de declaratie en uitbetaling van de ketenzorg-DBC voor zowel de diabetes, COPD en CVRM aan 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 ketenzorg.
- 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 huisartsenzorg.

In 2014 zijn de huisartsen binnen de KZWF functionerende Deelnemersraad geïnformeerd over de innovaties en voortgang. De Deelnemersraad heeft in 2014 vijfmaal vergaderd. Enkele malen is er een nieuwsbrief verstuurd. Er is structureel overleg geweest met de directies van de WFHO, de CHP en KZWF. Onderwerpen van gesprek waren de harmonisatie van de verschillende organisaties zoals de vorming van de Zorgkoepel West-Friesland en een gemeenschappelijke Raad van Toezicht.

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.

Diabeteszorg en substitutie

Goede samenhang in de zorg is belangrijk bij een complexe ziekte als type 2 diabetes. 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.

Diabetesketenzorg en samenwerking specialisten

Op 31 december 2014 waren 356 mensen met type 2 diabetes in behandeling in het WFG, minder dan 4% van het totaal aantal mensen met type 2 diabetes in de regio West-Friesland. Huisartsen kunnen rechtstreeks verwijzen naar een internist, maar daarmee stopt de ketenzorg conform de overeenkomst en wordt de ketenzorg niet meer uitbetaald.

Indien de verwijzing in gezamenlijk overleg met het DZS plaatsvindt, worden specifieke afspraken met de betreffende internist gemaakt en blijft de patiënt in de ketenzorg. In 2014 zijn er voorbereidende gesprekken geweest om te komen tot een volledige substitutie van de type 2 diabeteszorg in de regio.

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. Henk Honing, revalidatiearts) is in 2014 voortgezet. Het Voetenteam bestaat uit de revalidatiearts van het WFG, een vaatchirurg, een diabetesverpleegkundige van KZWF, een podotherapeut, de arts en de manager van KZWF. 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 2014 waren er 474 (5,7%) patiënten binnen de diabetesketen bij de podotherapeut in behandeling. In 2014 zijn er 13 onderbeen- of teenamputaties verricht (0,16%) waarvan 6 onderbeen-, 2 voet- en 5 teenamputaties. Bij 66 mensen met type 2 diabetes die het DZS bezoeken was er een ooit een onderbeen- of teenamputatie verricht (0,8%).

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 2014 is bij 182 mensen met type 2 diabetes retinopathie geconstateerd, 93 mensen met type 2 diabetes zijn vanwege de retinopathie naar de oogartsen verwezen (1,1%). In 2014 hebben 1.553 (22,2%) patiënten een oogarts bezocht, meestal vanwege visusproblemen.

c. Cardiovasculaire problemen

Bij alle mensen met type 2 diabetes wordt een rust-ECG gemaakt. Bij 93 situaties is het ECG naar de huisarts gefaxt. Twee problemen werden het vaakst gezien: boezemfibrilleren en nieuw ontstane repolarisatiestoringen. In vrijwel alle gevallen is actie ondernomen door de huisarts. Met cardiologen van het WFG zijn afspraken gemaakt over de behandeling en het verwijsbeleid bij cardiovasculaire problematiek. Bovendien controleert één van de cardiologen steekproefsgewijs de beoordelingen van de ECG's als een kwaliteitscontrole.

Diabetesketenzorg en podotherapeuten/pedicures

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

Diabetesketenzorg en Omring/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.

COPD-ketenzorg en samenwerking specialisten

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 ten slotte 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 worden door de longarts behandeld.

In 2014 zijn de longartsen geïnformeerd over de voortgang van de COPD-ketenzorg. De longartsen hebben hun reserves ten aanzien van de mogelijkheid goede diagnostiek te kunnen doen in de huisartspraktijk, maar hebben hun volle medewerking toegezegd. Zij participeerden als docent in de CASPIR-cursus en zijn beoordelaar in de kwaliteitscontrole van de spirometrie.

CVRM-ketenzorg en samenwerking specialisten

Met de cardiologen van het WFG zijn in 2014 gesprekken gevoerd over de invoering van de ketenzorg-CVRM. Er zijn afspraken gemaakt over terugverwijzing naar de eerste lijn. Deze afspraken hebben betrekking op de patiëntengroepen, die bij stabilisatie na een acute fase, verder kunnen worden behandeld en gemonitord in de huisartspraktijk en zijn grotendeels gebaseerd op de "Landelijke Transmurale Afspraak Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct".

Het betreft de volgende patiëntengroepen:

- status na PTCA/CABG/MI;
- stabiele AP.

Terugverwijzing na PTCA/CABG/MI in principe na 6 maanden:

- met een goede LV-functie;
- zonder rest ischemie (bij stabiele AP NYHA III na 1 jaar terug naar de huisarts);
- zonder matig-ernstig kleplijden;
- die geen ventrikelfibrilleren/ventrikeltachycardie > 24 uur post-infarct hebben gehad;
- waarbij geen problemen worden ondervonden bij het instellen van adequate secundaire preventiematregelen.

Patiënten met stabiele angina pectoris kunnen in de eerste lijn worden gecontroleerd en behandeld mits:

- NYHA klasse I-II (ondanks adequate therapie);
- redelijke LV-functie;
- op korte termijn (2 jaar) geen interventie wordt verwacht.

Verder zijn er afspraken gemaakt over:

- informatieoverdracht;
- voorlichting aan de patiënt;
- medicatie;
- procesafspraken;
- consultatie (meekijkconsult).

Het is op dit moment voor de huisartspraktijken vaak niet duidelijk of een patiënt met een hart- of vaatziekte nog bij een cardioloog onder behandeling is, alleen patiënten die de huisarts als hoofdbehandelaar hebben kunnen worden opgenomen in de ketenzorg-CVRM. Hierover moeten nog afspraken worden gemaakt zodat voor de patiënt en de huisarts duidelijk is waar het CVRM wordt geleverd, in de eerste of in de tweede lijn.

2.5 Wetenschappelijk onderzoek (VUmc/EMGO+)

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 zorgonderzoek van het VUmc. Bovendien is de directeur van KZWF hoogleraar op de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde van het Diabetes research 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 2014 werd subsidie van het Diabetes Fonds gekregen voor het ontwikkelen van voorspellende modellen om hart- en vaatziekten te ontwikkelen bij mensen met type 2 diabetes, een project waarin nauw wordt samengewerkt met Prof. Carl Moons van het Julius Center for Health Sciences and Primary Care UMC Utrecht en Prof. Caroline Baan van het RIVM in Bilthoven.

Een aantal studies bevindt zich in een uitvoeringsfase. Voorbeelden daarvan zijn de in 2012 gestarte Spotlight Studie (www.spotlightstudy.eu); een studie naar de invloed van omgevingsfactoren op de leefstijl van mensen. Deze studie, een samenwerking met 8 andere Europese partners die door onze onderzoeksgroep wordt geleid, wordt gesubsidieerd in het FP7 programma van de Europese Commissie. De DIRECT-studie is eveneens in 2012 gestart; een studie naar genetische determinanten van type 2 diabetes. Deze studie is een samenwerking van 9 Europese partners waarbij onze onderzoeksgroep 2 workpackages uitvoert en bij een derde workpackage betrokken is in samenwerking met Dr. Leen 't Hart van het LUmC. Deze studie wordt gefinancierd uit het Europese IMI-fonds. In 2013 hebben wij het Aspelund model voor de retinascreening gevalideerd. Deze studie is onlangs in Diabetes Care gepubliceerd. In 2014 werd van ZonMw subsidie verkregen voor het valideren van het in Hoorn ontwikkelde retinascreening model in een groep mensen met diabetes van buitenlandse afkomst.

Sleutelpublicaties in 2014:

Ahmad A, Mast MR, Nijpels G, Elders PJ, Dekker JM, Hugtenburg JG. Identification of drug-related problems of elderly patients discharged from hospital. *Patient Prefer Adherence*. 2014 Feb 4;8:155-65;

Altenburg TM, Lakerveld J, Bot SD, Nijpels G, Chinapaw M. The prospective relationship between sedentary time and cardiometabolic health in adults at increased cardiometabolic risk; the Hoorn Prevention Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014 Jul 16;11(1):90;

Ayala A, Nijpels G, Lakerveld J. Validity of self-measured waist circumference in adults at risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *BMC Med*. 2014 Oct 2;12(1):170;

Beijers HJ, Ferreira I, Bravenboer B, Henry RM, Schalkwijk CG, Dekker JM, Nijpels G, Stehouwer CD. Higher central fat mass and lower peripheral lean mass are independent determinants of endothelial dysfunction in the elderly: the Hoorn study. *Atherosclerosis*. 2014 Mar;233(1):310-8;

Blom MT, Cohen D, Seldenrijk A, Penninx BW, Nijpels G, Stehouwer CD, Dekker JM, Tan HL. Brugada Syndrome ECG Is Highly Prevalent in Schizophrenia. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2014;

Compernelle S, De Cocker K, Lakerveld J, Mackenbach JD, Nijpels G, Oppert JM, Rutter H, Teixeira PJ, Cardon G, De Bourdeaudhuij I. A RE-AIM evaluation of evidence-based multi-level interventions to improve obesity-related behaviours in adults: a systematic review (the SPOTLIGHT project). *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014 Dec 6;11(1):147;

de Vries L, van der Heijden AA, van 't Riet E, Baan CA, Kostense PJ, Rijken M, Rutten GE, Nijpels G. Peer support to decrease diabetes-related distress in patients with type 2 diabetes mellitus: design of a randomised controlled trial. *BMC Endocr Disord.* 2014 Mar 4;14:21;

Heringa SM, van den Berg E, Reijmer YD, Nijpels G, Stehouwer CD, Schalkwijk CG, Teerlink T, Scheffer PG, van den Hurk K, Kappelle LJ, Dekker JM, Biessels GJ. Markers of low-grade inflammation and endothelial dysfunction are related to reduced information processing speed and executive functioning in an older population - the Hoorn Study. *Psychoneuroendocrinology.* 2014 Feb;40:108-18;

Heringa SM, Walraven I, Moll AC, van den Berg E, Nijpels G, Stehouwer CD, Reijmer YD, Kappelle LJ, Dekker JM, Biessels GJ. Vascular retinopathy in relation to cognitive functioning in an older population--the Hoorn Study. *J Am Geriatr Soc.* 2014 May;62(5):977-9;

Hillebrand S, de Mutsert R, den Heijer M, le Cessie S, Stehouwer CD, Nijpels G, Dekker JM. Autonomic function is not associated with the incidence of type 2 diabetes in a high-risk population: The Hoorn study. *Diabetes Metab.* 2014 Apr;40(2):128-36;

Hoogendijk EO, Muntinga ME, van Leeuwen KM, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Hermsen LA, Jansen AP, Nijpels G, van Hout HP. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014 Jan-Feb;58(1):37-42;

Kasteleyn MJ, Gorter KJ, Stellato RK, Rijken M, Nijpels G, Rutten GE. Tailored support for type 2 diabetes patients with an acute coronary event after discharge from hospital - design and development of a randomised controlled trial. *Diabetol Metab Syndr.* 2014 Jan 18;6(1):5;

Mackenbach JD, Rutter H, Compernelle S, Glonti K, Oppert JM, Charreire H, De Bourdeaudhuij I, Brug J, Nijpels G, Lakerveld J. Obesogenic environments: a systematic review of the association between the physical environment and adult weight status, the SPOTLIGHT project. *BMC Public Health.* 2014 Mar 6;14:233;

Muntinga ME, Mokkink LB, Knol DL, Nijpels G, Jansen AP. Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people. *Qual Life Res.* 2014;

Pilz S, Rutters F, Nijpels G, Stehouwer CD, Højlund K, Nolan JJ, Balkau B, Dekker JM; RISC Investigators. Insulin sensitivity and albuminuria: the RISC study. *Diabetes Care*. 2014 Jun;37(6):1597-603;

Rutte A, van Splunter MM, van der Heijden AA, Welschen LM, Elders PJ, Dekker JM, Snoek FJ, Enzlin P, Nijpels G. Prevalence and Correlates of Sexual Dysfunction in Men and Women With Type 2 Diabetes. *J Sex Marital Ther*. 2014 Sep 25:1-10;

Rutters F, Lemmens SG, Adam TC, Bremmer MA, Elders PJ, Nijpels G, Dekker JM. Is social jetlag associated with an adverse endocrine, behavioral, and cardiovascular risk profile? *J Biol Rhythms*. 2014 Oct;29(5):377-83;

Rutters F, Pilz S, Koopman AD, Rauh SP, Te Velde SJ, Stehouwer CD, Elders PJ, Nijpels G, Dekker JM. The association between psychosocial stress and mortality is mediated by lifestyle and chronic diseases: The Hoorn Study. *Soc Sci Med*. 2014 Oct;118:166-72

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 diabetesketenzorg). Per 24 december 2013 bestaat het bestuur uit één bestuurder zijnde: dhr. G. Nijpels.

In verband met de oprichting van de koepelstichting per 1 januari 2015 worden de statuten van KZWF gewijzigd. De koepelstichting (Zorgkoepel West-Friesland) heeft een Raad van Bestuur (RvB) en een Raad van Toezicht (RvT). De RvT van de koepelstichting is tevens RvT van KZWF, de CHP en het DCWF. De RvT van de koepelstichting benoemt de RvB van de koepelstichting. De RvB heeft de centrale bestuurlijke verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die samenhangen met het besturen van de koepelstichting en alle onderliggende rechtspersonen (KZWF, CHP en DCWF). Met ingang van deze statutenwijziging treedt de bestuurder van KZWF vrijwillig af. De RvB wordt per 1 januari 2015 gevormd door de RvB van Zorgkoepel West-Friesland.

3.1.2 Bestuur

Per 24 december 2013 bestaat het bestuur uit één bestuurder zijnde: dhr. G. Nijpels. Met ingang van de statutenwijziging van KZWF per 1 januari 2015 treedt de bestuurder van KZWF vrijwillig af. De RvB wordt per 1 januari 2015 gevormd door de RvB van Zorgkoepel West-Friesland.

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 RvT heeft in 2014 viermaal telefonisch vergaderd. De RvT heeft haar toezichthoudende functie uitgevoerd door haar corrigerende mening te geven over het financiële jaarverslag en tussentijdse rapportages. In 2014 is in overleg met de RvT de vorming voorbereid van KZWF met de Centrale Huisartsenpost (CHP) en het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF) tot de Zorgkoepel West-Friesland. Samenstelling RvT in 2014: zie pagina 12, Samenstelling Raad van Toezicht.

Bezoldiging van de RvT: de RvT 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 2014 bestond uit de manager KZWF, de manager DOC/KZWF en de controller. 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 KZWF vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van de patiënten. De leden van de Cliëntenraad zijn:

- dhr. Piet Brans, voorzitter;
- dhr. Ab Stoffers, vicevoorzitter/secretaris;
- dhr. Rudy Saddal, penningmeester;
- dhr. Jan Burger;
- dhr. Jan van Doorn;
- dhr. Hans de Heij;
- dhr. Co Reijnders.

Dhr. Hans de Heij is tevens lid van de klachtencommissie van KZWF, dhr. Jan van Doorn is plaatsvervangend lid van de klachtencommissie. Dhr. Hans de Heij en dhr. Co Reijnders zijn lid van de redactieraad website KZWF. Dhr. Jan Burger heeft in 2014 zijn lidmaatschap van de Cliëntenraad beëindigd in verband met toetreding tot de Raad van Toezicht van KZWF per 25 september 2014. De hierdoor ontstane vacature in de Cliëntenraad is opgevuld door mevr. Hilly Kaiser.

De Cliëntenraad is in 2014 achtmaal bijeen geweest waarvan 2 keer vergaderd is met de Directie en het Managementteam. De opzet om tot een grotere naamsbekendheid van de Cliëntenraad te komen door middel van rechtstreekse gesprekken met cliënten na afloop van hun onderzoek aan het DZS in Hoorn heeft niet tot het gewenste resultaat geleid. De geïnvesteerde tijd in die gesprekken weegt niet op tegen het beoogde resultaat. Er is derhalve gekozen voor een andere opzet: het organiseren van voorlichtings- en ontmoetingsavonden (het Diabetestrefpunt) door de Cliëntenraad in samenwerking met medewerkers van KZWF en de Diabetes Vereniging Nederland. De eerste bijeenkomst vond plaats in 2014 in Enkhuizen en was een succes. Mevr. Petra Elders, huisarts in Amsterdam en senior onderzoeker bij de afdeling Huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde van het EMGO+ Instituut, heeft een uitgebreide toelichting gegeven over diabetes en de ontwikkelingen in de diabeteszorg.

De Cliëntenraad heeft, op basis van een adviesaanvraag door het bestuur van KZWF, het bestuur geadviseerd over de oprichting van de koepelstichting "Zorgkoepel West-Friesland" en de statutenwijziging van KZWF. Deze overkoepelende organisatie geeft sturing aan drie organisaties: KetenZorg West-Friesland, het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF) en de Centrale Huisartsenpost West-Friesland (CHP). De Cliëntenraad heeft schriftelijk haar instemmend advies gegeven.

Er heeft binnen de Cliëntenraad in 2014 geen deskundigheidsbevordering plaats gevonden door middel van training of het bijwonen van studiebijeenkomsten.

4

BELEID, INSPANNINGEN EN PRESTATIES

4.1 Meerjarenbeleid

Missie

KZWF staat garant voor samenhang, samenwerking, continuïteit en innovatie binnen de ketenzorg voor mensen met type 2 diabetes, COPD en een verhoogd Cardio Vasculair Risico in de regio West-Friesland en Wieringermeer. KZWF handelt tevens onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de diabetes-ketenzorg. Het DZS is een expertisecentrum voor type 2 diabeteszorg met een centrale aansturing. Daarnaast is KZWF verantwoordelijk voor dieetadvisering niet vallende onder de ketenzorg.

Visie

KZWF is in de regio West-Friesland en Wieringermeer de solide en centrale organisatie waaruit ketenzorg wordt gecoördineerd en ondersteund. KZWF is verantwoordelijk voor het faciliteren, coördineren en beheren van de ketenzorg en het ondersteunen van huisartsen en overige zorgverleners bij de uitvoering ervan. KZWF sluit overeenkomsten met zorgverzekeraars en andere maatschappelijke organisaties die een rol spelen in de gezondheid en het welzijn van mensen met type 2 diabetes, COPD en een verhoogd Cardio Vasculair Risico.

DZS is een expertisecentrum met een bijzondere deskundigheid voor complexe situaties rondom type 2 diabetes. Het DZS als expertisecentrum 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 expertisefunctie is vooral gericht op de regio West-Friesland maar kan ook worden ingezet voor mensen met diabetes in heel Nederland. Daarnaast richt het DZS zich op de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten.

Als nevenactiviteit biedt KZWF via het Diëtistenteam Spring dieetadvisering (niet-keten gerelateerd).

De visie van KZWF is geformuleerd op basis van de volgende uitgangspunten:

- De patiënt staat centraal: de ketenzorg is afgestemd op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt.
- Goede samenwerking binnen de keten is cruciaal om de integrale zorg en continuïteit te verbeteren.
- Huisartsen en overige zorgverleners worden ondersteund om kwalitatief goede ketenzorg te leveren.
- De zorgprogramma's (geprotocolleerde zorg) zijn opgesteld volgens NHG-standaarden en kwaliteitsrichtlijnen.
- Registratie en metingen geven inzicht in de werkprocessen en de verleende zorg en zorgen voor de nodige transparantie.
- Om professionele zorg op kwalitatief hoog niveau te blijven garanderen is innovatie van groot belang.
- Wetenschappelijk onderzoek op het terrein van diabetes en diabetes gerelateerde aandoeningen en overige ketenzorg wordt gefaciliteerd.
- Er wordt een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor ketenzorg geboden.

4.2 Algemeen beleid

4.2.1 Externe ontwikkelingen 2014

Ontwikkeling patiëntenpopulatie

Op basis van de Hoorn-studie hebben wij berekend dat in Nederland het aantal diabetespatiënten jaarlijks met ongeveer 60.000 toeneemt. Tevens is uit medicatiegegevens 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% nieuwe diabetespatiënten per jaar.

Ontwikkelingen in de financiering

KZWF/het DZS was de eerste diabeteszorggroep in Nederland. Per 1 januari 2010 werd de beleidsregel "Prestatiebekostiging 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 een verhoogd CVR. Integrale bekostiging bestaat uit zorgkosten en organisatorische kosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. Gebaseerd op de beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening betaalt de zorgverzekeraar een overeengekomen 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 diabetes type 2-zorg, COPD-zorg en het CVRM. Per juli 2013 is KZWF in samenwerking met een eerste cohort huisartsen van start gegaan met de COPD-ketenzorg, het tweede cohort volgde per januari 2014. In juli 2014 is met een eerste cohort huisartsen de CVRM-ketenzorg gestart.

Informatie over de voornaamste risico's

De structuur van het DZS schoot te kort 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). Deze 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 9 verschillende HISsen en andere elektronische dossiervorming bij ziekenhuis, apothekers, het DCWF, KZWF/het DZS en de 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 langetermijncontracten afspreken. Ten slotte 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), de 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 regieneming van de chronische zorg, het doelmatig voorschrijven, doelmatig gebruik van eerstelijnsdiagnostiek en dossiervorming in de regio's.

Er is een kans naar uitbreiding met andere zorgketens, er is een kans op populatie-bekostiging en KZWF praat op regionaal niveau over de ontwikkeling van een regionaal zorgportaal. KZWF 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. KZWF gelooft in de ontwikkeling van zorgprogramma's voor de chronische zorg.

Het bestuur van KZWF heeft in 2014 intensief overleg gepleegd met het bestuur van de CHP en het DCWF over verregaande samenwerking. De besturen van KZWF, de CHP en het DCWF zien kansen zorgvragen van patiënten beter te beantwoorden als zij samen verder gaan in een koepelstichting, dit maakt de onderscheiden organisaties robuuster en er wordt beter gebruik gemaakt van elkaars kennis en kracht. De koepelstichting (Zorgkoepel West-Friesland) staat voor integrale, samenhangende en continue eerstelijnszorg in West-Friesland en Wieringermeer. Met als resultaat optimale patiëntenzorg in de regio en de ontzorging van huisartspraktijken.

4.2.2 Ontwikkelingen diabetesexpertisecentrum en kenniscentrum

Diabetesexpertisecentrum

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 KZWF als een kennis- en expertisecentrum belangrijk. KZWF/het DZS ondersteunt - en indien nodig stuurt aan - op die wijze de partners in de keten in het bereiken van de optimale kwaliteit van de ketenzorg.

De specialistische kennis van de diabetesverpleegkundigen en de diëtisten met een diabetesspecialisatie spelen hierbij een belangrijke rol.

Praktijkondersteuners (POH'ers) en praktijkassistenten diabetes (PA'en-diabetes) geven in huisartspraktijken zorg aan minder gecompliceerde diabetespatiënten. Die zorg bestaat uit het uitvoeren van de driemaandelijke controles. De POH'ers stellen patiënten daarnaast veelal in op eenmaal daags insuline; indien nodig met coaching door de diabetesverpleegkundigen van het DZS. De begeleiding van onregelde patiënten die insuline gebruiken en het instellen op viermaal daags insuline 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 KZWF 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 2014 ontregelde patiënten begeleid met behulp van de DEX-com. Het gebruik van de continu bloedglucosemeter gaf inzicht in ontregelingen, waardoor de behandeling aangescherpt kon worden.

In 2014 werkte KZWF samen met 53 POH'ers en 61 PA'en-diabetes. De samenwerking tussen DZS en de huisartspraktijken wordt geoptimaliseerd door een goede bereikbaarheid van diabetesverpleegkundigen en diëtisten voor vragen over individuele patiënten en praktijkgerichte zaken.

In 2014 hebben er in de huisartspraktijk gestructureerde overleggen plaats gevonden:

- een jaarlijks diabetesketenzorg-overleg;
- 2 tot 5 CVRM-ketenzorg-overleggen (naar behoefte van de praktijk) ter ondersteuning van het dossieronderzoek en uitvoering van het implementatieplan voor de CVRM-ketenzorg.

Aan deze overleggen hebben huisartsen, POH'ers, PA'en en één van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten (huisartsondersteuners) van KZWF deel genomen. Per praktijk zijn de benchmark-/spiegelinformatiegegevens voor de diabetesketen 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.

Kenniscentrum

KZWF biedt als kenniscentrum structurele scholingen aan. Er werden in 2014 twee vakgroepbijeenkomsten georganiseerd voor de POH'ers en de PA'en-diabetes. In verband met het van start gaan van het ketenzorgprogramma-CVRM en de hiervoor te volgen scholingen is het aantal van twee vakgroepbijeenkomsten op het gebied van diabetes gehandhaafd. 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 werd een aantal landelijke en regionale protocollen geïntroduceerd met een vertaalslag naar de regio en de huisartspraktijk. Vanwege de vernieuwde versie van de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 eind 2013, was de introductie van het vernieuwde behandelprotocol voor diabetespatiënten in 2014 een belangrijk thema.

Voor de POH'ers en PA'en-diabetes kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

Onderwerpen voor de POH en PA-diabetes	Docenten
De nieuwe NHG-standaard Diabetes Mellitus type 2	Diabetesverpleegkundigen en diëtisten KZWF
Aandacht voor seksuele problemen bij diabetespatiënten in de huisartspraktijk	Mevr. P. Elders, onderzoeker VUmc Mevr. A. Rutte, onderzoeker in opleiding VUmc

Tabel 3 - Vakgroepbijeenkomsten

De vakgroepbijeenkomsten werden goed ontvangen, zij werden bezocht door gemiddeld 35-40 POH'ers en PA'en-diabetes per bijeenkomst. De beoordeling van de POH'ers- en PA'en-diabetes-bijeenkomsten was gemiddeld een 8. Vooral het goed geïnformeerd worden over de nieuwe ontwikkelingen en richtlijnen, het interactief werken in kleine groepen en het netwerken met collega's van KZWF werden als positief ervaren.

Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma diabetes:

- 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" ingepland. Docenten: dhr. G. Nijpels, diabetesverpleegkundigen en diëtisten van het DZS.

Vanwege de geringe aanmeldingen, zijn bovenstaande scholingen in 2014 geannuleerd.

Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma CVRM:

- Voor het ketenzorgprogramma CVRM werden er voor zowel cohort 1 als cohort 2 een startbijeenkomst en 2 scholingsbijeenkomsten ter ondersteuning van het dossieronderzoek en het implementatieplan georganiseerd. Daarnaast heeft er voor cohort 1 nog een extra evaluatiebijeenkomst met casuïstiekbespreking in 2014 plaatsgevonden. Doelgroep: huisartsen en POH'ers. Docent: dhr. B. van Oostendorp, kaderhuisarts hart- en vaatziekten.

Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma COPD:

- Voor het ketenzorgprogramma COPD zijn er in samenwerking met DOKh 3 scholingsdagen "Stoppen met roken" (SMR) voor de uitvoering van de interventie SMR en een nascholingsavond over het COPD-spreekuur en de uitvoering van het zorgprogramma aangeboden. Doelgroep: huisartsen en POH'ers. Docent: mevr. H. Cox, kaderhuisarts COPD.

Deze scholingen werden goed bezocht en beoordeeld met een gemiddelde van 7,3.

Er zijn in 2014 diverse nieuwe POH'ers gestart in de huisartspraktijken in West-Friesland en Wieringermeer. Deze nieuwe medewerkers hebben ter introductie een dagdeel stage gelopen bij het DZS en de benodigde ondersteuning gekregen van de huisartsondersteuners van KZWF in de huisartspraktijk. Ook huisartsen in opleiding hebben het DZS verzocht een dagdeel onze gast te zijn. In 2014 hebben 6 POH'ers stage gelopen. Er zijn 3 huisartsen in opleiding als gast geweest. Daarnaast heeft KZWF/het DZS diverse gasten ontvangen vanuit universiteiten en opleidingsinstituten.

4.2.3 Aanpassingen van de organisatiestructuur van KZWF

KZWF heeft de voorgaande jaren belangrijke ontwikkelingen ondergaan. Meest in het oog springend zijn de verzelfstandiging en daarmee de vorming van de stichting, en de groei in patiëntenaantallen 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 2014 uit: de manager KZWF, de manager DOC VUmc/ KZWF en de controller gecombineerd door de directeur.

De aansturing van de verschillende aspecten van de organisatie (zorg, onderzoek, ondersteunende processen) kwam in gelijke mate onder de aandacht van de directeur. Afstemming tussen deze 3 aspecten van de organisatie vond plaats in het managementteam. De bedrijfsvoeringsprocessen werden in 2014 verder geoptimaliseerd en er werd, evenals in 2013, door de accountantsdienst een goedkeurende verklaring afgegeven met betrekking tot de jaarrekening 2014.

Per januari 2015, zal in verband met de vorming van de koepelstichting en statutenwijziging van KZWF de directeur van KZWF vrijwillig aftreden. De directeur zal werkzaam blijven bij KZWF als medisch adviseur. In 2014 heeft het management van KZWF een intern reorganisatieplan ontwikkeld, dat per januari 2015 geoperationaliseerd wordt. Medewerkers zijn intensief betrokken bij het plan. De ontwikkelingen in de ketenzorg en het aftreden van de directeur vragen om een aanpassing van de organisatiestructuur van KZWF en de functies van medewerkers.

De hiërarchische lijn wordt georganiseerd op functies/teams omdat de kracht van de organisatie zit in het multiple inzetbaar zijn voor alle huidige en toekomstige ketenzorg van de functiegroep (diabetes)verpleegkundigen, de functiegroep diëtisten en de functiegroep medisch onderzoeksassistenten. Deze teams zullen worden aangestuurd door teamleiders. Op deze wijze kan de hoogste effectiviteit en efficiency worden bereikt.

Daarnaast wil KZWF het huidige kwaliteitsniveau handhaven en uitrollen naar de nieuwe ketenzorg. De borging van de kwaliteit wordt mede gerealiseerd door een functionele aansturing per keten. In deze functionele aansturing worden zaken belegd als het opzetten en bewaken van het zorgprogramma, het kwaliteitsjaarplan op basis van de benchmarkgegevens en het implementeren van nieuwe ontwikkelingen en inzichten op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Hiervoor worden ketenzorgadviesgroepen samengesteld. Deze ketenzorgadviesgroepen (diabetes, COPD en CVRM) functioneren op operationeel niveau; per zorgprogramma is er een multidisciplinaire adviesgroep waarin de belangrijkste inhoudelijk deelnemende ketenpartners vertegenwoordigd zijn.

De ketenadviesgroep bestaat uit de (voorzittend) kaderhuisarts, een huisarts, een POH, een huisartsondersteuner (KZWF) en de kwaliteitsmanager (KZWF). Op deze wijze zijn de afstemming en integratie van de multidisciplinaire zorg geborgd.

4.2.4 Automatisering

De automatisering speelde een grote rol in de ondersteuning van het primaire proces. ICTZ B.V. te Hoorn bood ondersteuning bij het ontwikkelen en optimaliseren van de ICT-infrastructuur en Zorg Informatie Systeem Chipsoft Ezis (CS-Ezis).

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, dat ook in 2014 is geïmplementeerd. Er is daarbij 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 KZWF 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 KZWF. 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 KZWF www.ketenzorgwf.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 KZWF 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 KZWF www.ketenzorgwf.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. Ook de gecontracteerde diëtisten binnen de CVRM-ketenzorg registreren per juli 2014 op deze wijze. De registratie verloopt naar tevredenheid van de onderaannemers en KZWF.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het managementsysteem van KZWF is op 26 januari 2011 door TÜV Rheinland Nederland BV gecertificeerd conform de norm: ISO 9001:2008. Evenals in 2013 constateerde het auditteam geen afwijkingen.

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, medewerkers worden in hun kracht gezet. Het kwaliteitsmanagementsysteem is helder ingericht en goed toegankelijk.

4.4 Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten

4.4.1 Kwaliteit van zorg

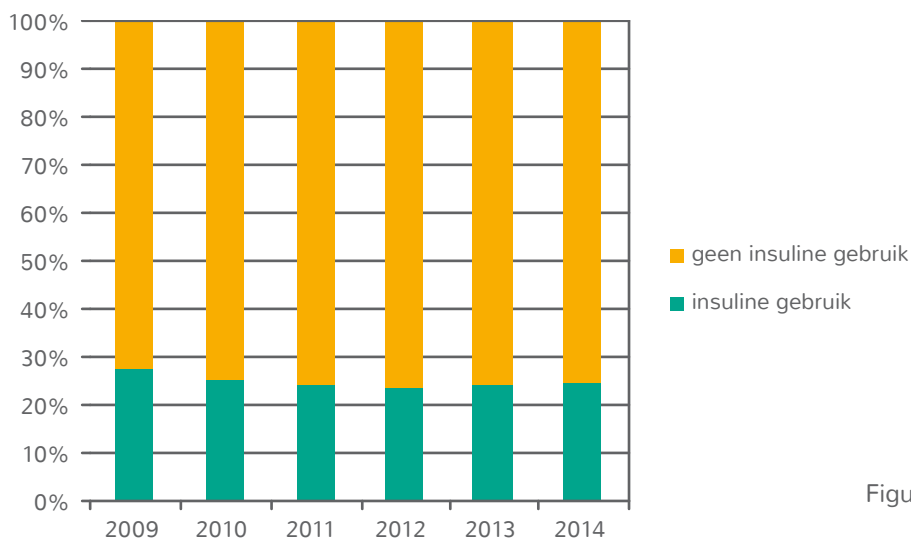
De kwaliteit van de zorgverlening wordt gemeten op basis van de kwaliteitsparameters voor goede diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), de Long Alliantie Nederland (LAN), het platform Vitale Vaten en de indicatoren voor Zichtbare Zorg. De resultaten van de diabeteszorg van de naar het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

Resultaten diabeteszorg

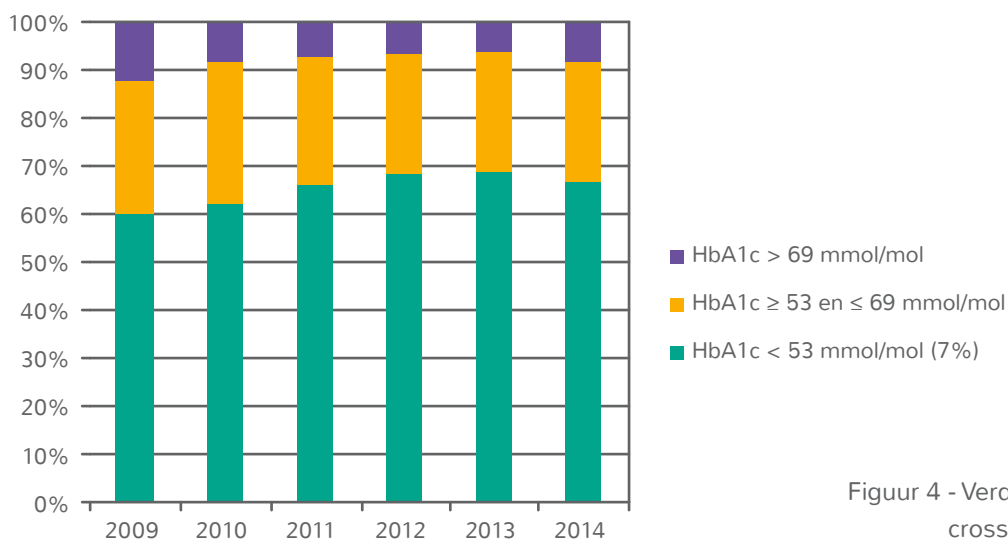
De gemiddelde leeftijd van de diabetespatiënten in 2014 was 67,5 jaar en daarmee gelijk aan de gemiddelde leeftijd in de voorgaande jaren. De gemiddelde diabetesduur was 8,8 jaar. Van alle naar het DZS verwezen mensen met type 2 diabetes is 52,9% man en 47,1% vrouw.

Alle patiënten ondergingen een jaarcontrole, bij alle patiënten is een volledig laboratoriumonderzoek afgenomen. In december 2014 waren 356 mensen met type 2 diabetes in behandeling bij de internist in het WFG.

In figuur 3 en 4 vindt u respectievelijk een weergave van het insulinegebruik en de glucose-instelling van 2009 t/m 2014. 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 ten opzichte van 2013 iets gestegen van 6% naar 8,3%. Het gemiddelde HbA1c over 2013 was met 51,6 mmol/mol iets hoger dan in 2014. In tabel 4 vindt u een weergave van de risicofactoren op hart- en vaatziekten, in figuur 5 het percentage personen dat rookt.



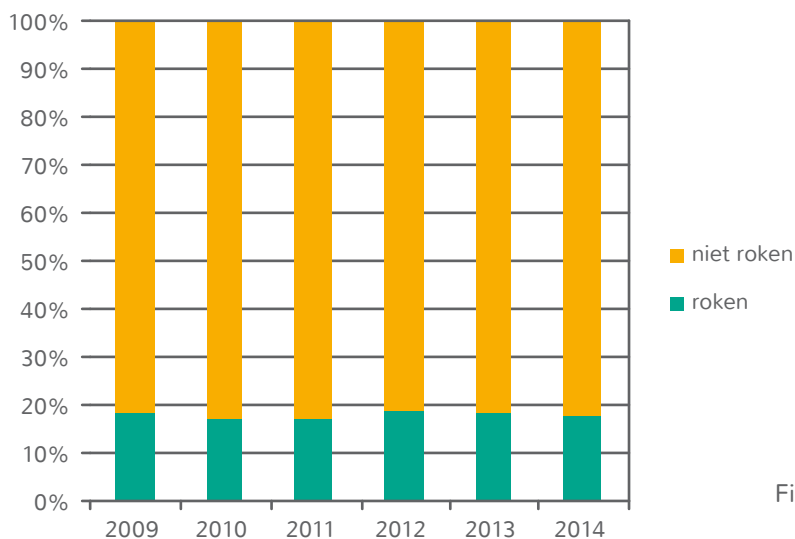
Figuur 3 - Insulinegebruik bij DZS, cross-sectionele gegevens



Figuur 4 - Verdeling van het HbA1c, cross-sectionele gegevens

Gemiddelden	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Systolische bloeddruk	144 mmHg	142 mmHg	142 mmHg	141 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%)	52 mmol/mol (6,9%)
Nuchtere glucose	8,2 mmol/l	8 mmol/l	8 mmol/l	7,8 mmol/l	7,8 mmol/l	8,2 mmol/l
Totaal cholesterol	4,6 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l	4,5 mmol/l	4,4 mmol/l
LDL cholesterol	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,5 mmol/l	2,4 mmol/l	2,5 mmol/l
Triglyceriden	1,8 mmol/l	1,7 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	30,1 kg/m ²
Statine gebruikers	73,8%	69,0%	69,6%	69%	72%	75,5%

Tabel 4 - Hart- en vaatziekten risicofactoren



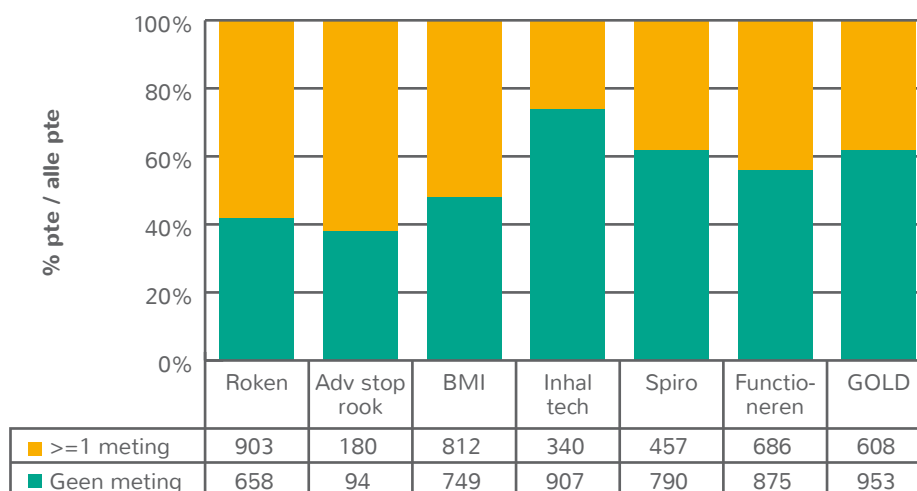
Figuur 5 - Percentage personen dat rookt, cross-sectionele gegevens

Resultaten COPD-zorg

In 2015 is er een extractie verricht naar de COPD-indicatoren betreffende het jaar 2014 door Meetpunt Kwaliteit. Hieraan hebben 86 huisartsen deelgenomen. Er hebben 7 huisartsen, die wel patiënten in de keten hebben geïncludeerd, afgezien van deze extractie.

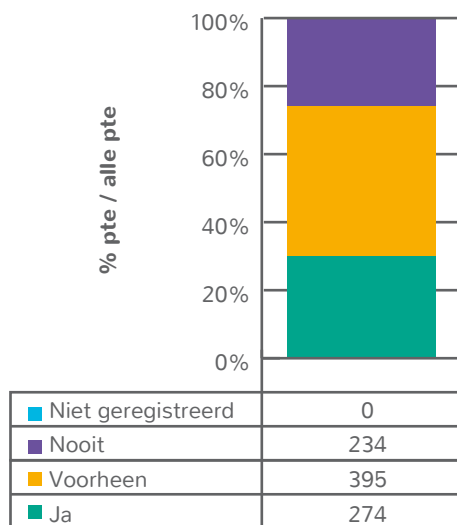
Uit de totale zorgpopulatie van 182.496 blijken 4.198 patiënten met de ICPC-code R95 (COPD) gecodeerd te zijn. Dit komt neer op een prevalentie van 2,3%. Op 1 januari 2014 waren 1.686 patiënten in de keten geïncludeerd. Dit is 40% van het totaal aantal bekende COPD-patiënten. Uit het rapport transparante ketenzorg van Ineen uit juni 2014 blijkt dat het gemiddelde percentage geïncludeerde patiënten in de COPD-ketenzorg 58% is. In Nederland wordt uitgegaan van een prevalentie van 2,1% bij mannen en 1,8% bij vrouwen, zie rapport transparante ketenzorg van Ineen uit juni 2014.

Dit is de eerste keer dat deze extractie plaatsvindt voor wat betreft de COPD-indicatoren en het blijkt dat over de gehele linie de registratie van alle indicatoren nog niet voldoende is. Landelijk wordt voor alle indicatoren minimaal 60% gehaald. Dit zal in 2015 een belangrijk aandachtspunt zijn bij de halfjaarlijkse bezoeken van de ondersteuners aan de praktijken. In figuur 6 vindt u de uitkomst van de procesindicatoren COPD 2014, in figuur 7 de rookstatus.



Figuur 6 - Uitkomst van de registratie van de procesindicatoren COPD

De indicator rookstatus is bij 58% van de geïncludeerde patiënten vastgelegd en er blijkt bij uitsplitsing dat slechts 18% nog rookt, dit is duidelijk onder het landelijk gemiddelde.



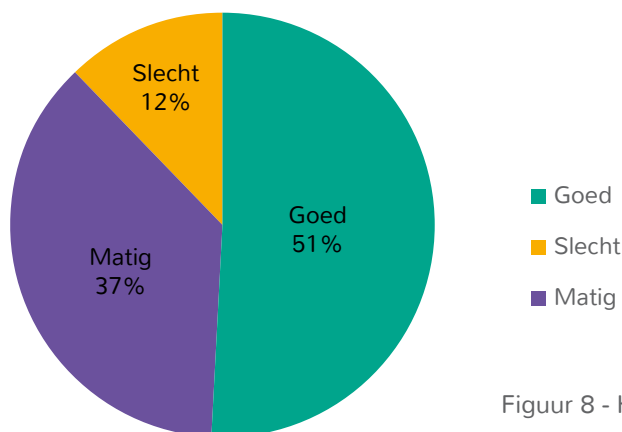
Figuur 7 - Rookstatus COPD patiënten

Landelijk is bekend dat het registreren van het aantal exacerbaties nog moeizaam gaat bij een pas gestarte zorggroep in verband met een onduidelijke definitie. Er is geen ICPC-code voor exacerbaties, daarnaast is er in 2014 een nieuwe NHG-lab-code verschenen om te registreren. Bovendien vindt er, als er op stookuren prednison geselecteerd wordt, vaak onderdiagnostiek plaats; stookuren staan onder meer niet in het HIS geregistreerd als deze worden uitgeschreven door de huisartsenpost. Landelijk zou ca 20% van de COPD-patiënten in de zorggroep meer dan 2 exacerbaties per jaar hebben.

Via KSYOS is gewerkt aan kwaliteitscontrole van spirometrie. Aanvankelijk werd de gebruikelijke 10% aangehouden, maar omdat praktijken wisselende aantallen en ook in wisselende periodes spirometrie aanleverden is besloten om in het najaar 2014 gedurende 2 maanden alle verrichte ketenspirometrieën aan kwaliteitscontrole te onderwerpen. Deze kwaliteitscontrole werd gedaan door de longartsen van het WFG. In figuur 8 wordt de kwaliteit van de spirogrammen weergegeven. Met de longartsen is hier 2 keer overleg over geweest.

De kwaliteitscontrole bij KSYOS bestaat uit 2 delen, de controle van het verrichte onderzoek: de biometrie en de controle op de beoordeling. Het bleek dat de longartsen veel moeite hadden met het systeem om de beoordeling te controleren aangezien er gegevens ontbraken om gefundeerde uitspraken te doen over een mogelijke diagnose.

In 2014 zijn door 42 huisartsen in totaal 509 spirometrieën ingestuurd via KSYOS. Er waren 11 huisartsen die het spirometrisch onderzoek uit lieten voeren door het DCWF. De resterende huisartsen die deelnamen aan de ketenzorg bleken moeilijkheden te hebben met de koppeling van KSYOS, spirometer en HIS. Dit verklaart ook het lage aantal uit de extractie van de indicator "spirometrie verricht". De kwaliteitscontrole bedroeg 15% in 2014, in totaal zijn dat 76 spirometrieën.



Figuur 8 - Kwaliteit spirogrammen 2014

Een beoordeling van slecht qua biometrie betekent dat deze spirometrie niet bruikbaar en/of beoordeelbaar is in de behandeling. Bij onderzoek naar de als matig afgegeven spirometrieën bleek het vaak te gaan om een onvolledige weergave van blaaspogingen of andere gegevens tijdens het uploaden naar KSYOS. De kwaliteitscontrole ten aanzien van interpretatie van de spirometrie is niet goed uit de verf gekomen aangezien de vergelijking plaatsvindt op diagnose niveau en dat moeilijk te beoordelen is met deze minimale gegevens.

Resultaten CVRM

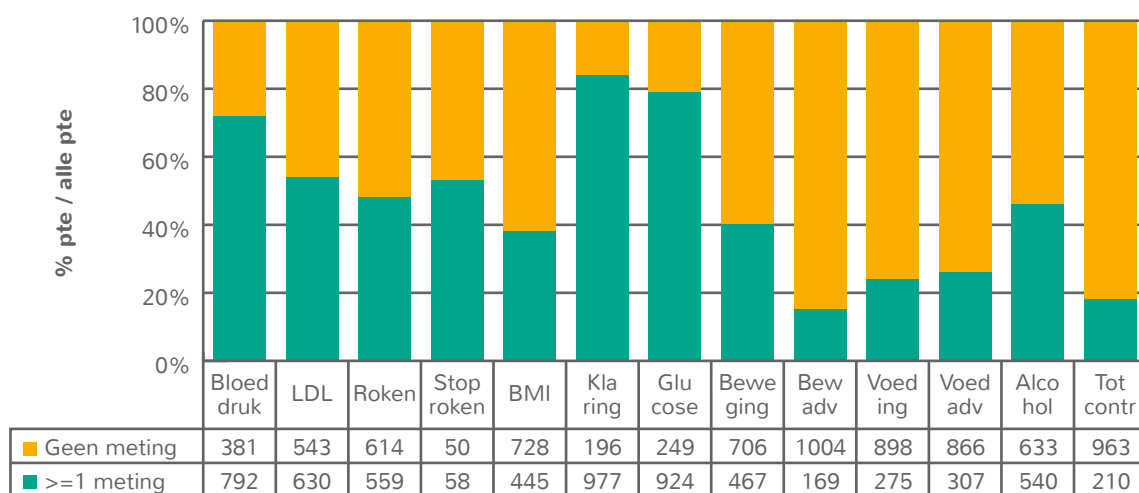
In april 2015 heeft Meetpunt Kwaliteit gerapporteerd over een aantal indicatoren over de geleverde zorg door cohort 1 in 2014. De rapportage betreft het gehele jaar 2014 dus inclusief de eerste 6 maanden toen de keten-CVRM nog niet van start was gegaan.

Aan de extractie hebben 24 huisartsen deelgenomen. Er hebben 3 huisartsen, die wel patiënten in de keten hebben geïncludeerd, afgezien van deze extractie.

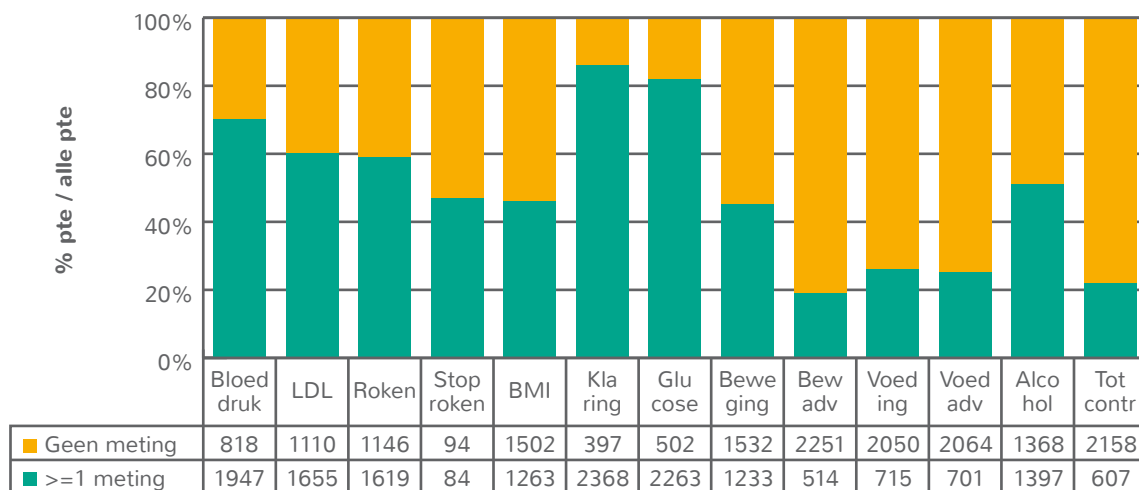
In het onderwijs aan cohort 1 is aandacht besteed aan het juist registreren van de meetwaarden, dit wordt ook bij de praktijkbezoeken door de huisartsondersteuners besproken. Uit de rapportage (procesindicatoren) blijkt dat de registratie nog niet goed verloopt en voor verbetering vatbaar is. Dat er niet op juiste wijze is geregistreerd betekent niet dat de zorg niet is geleverd.

De rapportage van Meetpunt Kwaliteit laat zien dat van de 55.952 patiënten ingeschreven in de praktijken uit cohort 1 3.938 patiënten opgenomen zijn in de keten, dit is iets meer dan 7%.

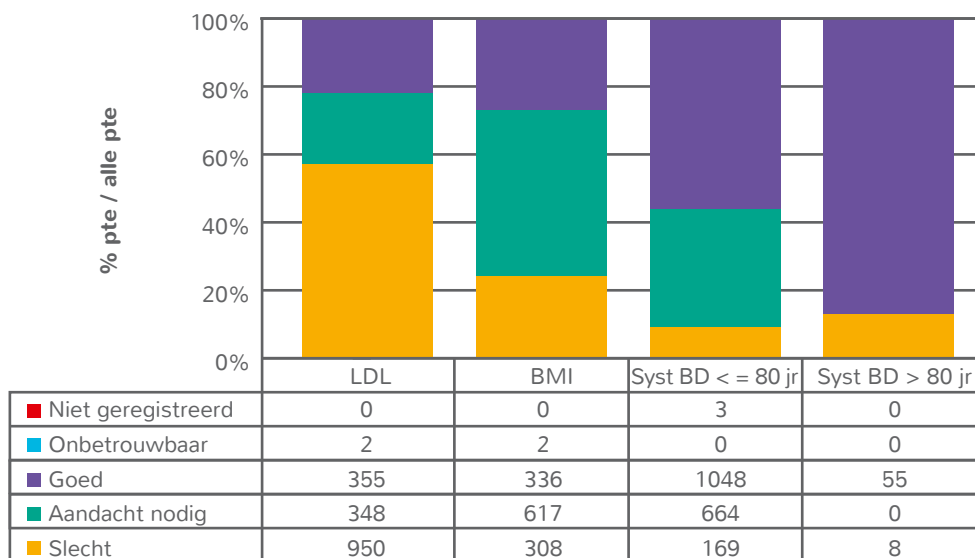
De hieronder vermelde indicatoren betreffen alleen cohort 1.



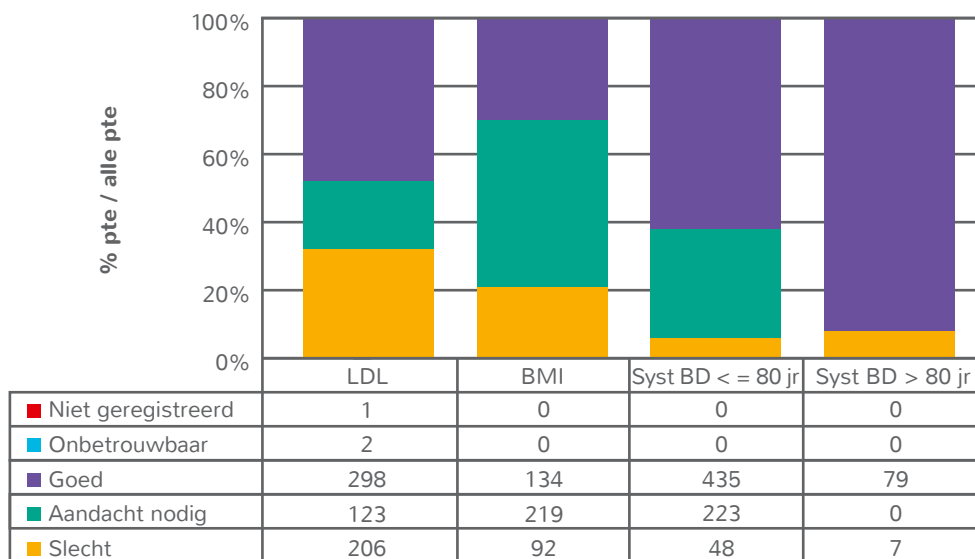
Figuur 9 - Procesindicatoren HVZ



Figuur 10 - Procesindicatoren VVR



Figuur 11 - Uitkomst indicatoren VVR



Figuur 12 - Uitkomst indicatoren HVZ

4.4.2 Klanttevredenheidsonderzoek

In november/december 2014 hebben wij een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd met behulp van de CQ-index/PACIC-vragenlijst. Cliënten/patiënten werden gevraagd naar hun ervaringen en tevredenheid met de diabeteszorg van KZWF/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 Patiënt 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. Hiervan hebben er 466 een vragenlijst geretourneerd. Deze diabetespatiënten zijn afkomstig uit 75 verschillende huisartspraktijken. Van deze vragenlijsten konden er na foutcontrole 408 (61%) in de analyse worden meegenomen.

Tabel 5 geeft de uitkomsten van de indicatoren in 2014 (meting nu) en vergelijkt deze met de vorige meting in 2012 (meting vorig). Hierin zijn geen significante verschillen te zien.

Indicatoren Diabetes	Meting vorig	Meting nu	Scorebereik
1. Communicatie met huisarts	3,76	3,75	1-4
2. Communicatie met de verpleegkundige	3,84	3,79	1-4
3. Diabetes specifieke communicatie	3,59	3,47	1-4
4. Bejegening door medewerker HA-praktijk	3,77	3,72	1-4
5. Taalproblemen	3,81	3,80	1-4
6. Samenwerking zorgverleners	3,45	3,42	1-4
7. Cijfer huisarts	8,63	8,93	0-10
8. Cijfer verpleegkundige	8,71	8,78	0-10
9. Cijfer diabeteszorg	8,53	8,59	0-10

Tabel 5 - Overzicht gemiddelde score per indicator-CQ

Tabel 6 geeft de resultaten van de PACIC-schaalscores weer. Er zijn verschillen te zien ten opzichte van de meting in 2012. De PACIC-totaalscore is significant lager. Een verbeterpunt is het meer betrekken van patiënten bij de behandeling.

Indicatoren Diabetes	Meting vorig	Meting nu	Scorebereik
1. Activering van de patiënt	2,99	2,81	1-5
2. Opzet van zorgverlening/van praktijk	3,76	3,59	1-5
3. Doelen stellen/op maat maken	2,85	2,68	1-5
4. Problemen oplossen/context	2,90	2,78	1-5
5. Nazorg/coördinatie	2,08	2,04	1-5
6. PACIC-totaalscore	2,93	2,78	1-5

Tabel 6 - Vergelijking PACIC-schaalscores

4.4.3 Klachten

Het KZWF beschikt over een klachtenreglement en een klachtencommissie. Patiënten worden bij klachten en/of een uiting van onvrede mondeling door de medewerker en middels een brochure gewezen op het recht tot indienen van een klacht. In 2014 werden 7 klachten geregistreerd.

Van 4 klachten kan gezegd worden dat deze verband hielden met bejegening waarbij in 2 gevallen de uitvoering van de zorgverlening tevens een rol speelde. De overige klachten hadden te maken met de uitvoering van de zorgverlening (1), het zorgaanbod en de geleverde diensten door een van onze onderaannemers (1) en het missen van informatie (1).

De klachten die betrekking hadden op de uitvoering van de zorgverlening hielden verband met de toegekende Simm's classificatie door het DZS. Door bemiddeling van de medewerkers en het management zijn 6 van de 7 klachten afgerond. De openstaande klacht was van december 2014 en op 31 december 2014 nog in behandeling bij de manager. Er zijn geen klachten in 2014 doorverwezen naar de klachtencommissie.

De klachtencommissie heeft in 2014 eenmaal vergaderd. Tijdens deze vergadering is besloten de 3-jaarlijkse termijn van alle klachtencommissieleden met 3 jaar te verlengen.

4.4.4 Toegankelijkheid

KZWF/het DZS is goed 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/spreekuurlocaties in Enkhuizen, Hoogwoud, Medemblik, Slootdorp, Venhuizen en Wervershoof. In Hoorn en Enkhuizen met het grootste agglomeratiegebied, kunnen mensen elke werkdag terecht. In de kleinere vestigingen/spreekuurlocaties is er één- à driemaal per week spreekuur. Met uitzondering van Hoorn zijn de nevenvestigingen/spreekuurlocaties gesitueerd bij gezondheidscentra van daar gevestigde huisartsen. De COPD-zorg en het CVRM 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.

Er zijn 2 incidenten gemeld die betrekking hadden op metingen van labsamples die extern worden uitgevoerd en de manier waarop deze in het EPD-systeem van KZWF zichtbaar werden. Beide incidenten zijn naar tevredenheid afgerond.

In 2014 is er een transmurale incidentmelding (TIM) gedaan vanuit het Westfriesgasthuis. Op basis hiervan is een probleemanalyse gemaakt en een plan van aanpak opgesteld. Naar aanleiding van de analyse bleek er geen noodzaak tot aanpassingen van de interne procedures bij KZWF.

Veiligheid facilitair

Het onderhoud en de keuringen van medische apparatuur die gebruikt wordt ten behoeve van het DZS werden ook in 2014 uitgevoerd door de afdeling Klinische Fysica en Informatica van het VUmc.

In 2014 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 2014 uitgevoerd.

Veiligheid van medewerkers

Voor de veiligheid van de medewerkers is er een overeenkomst met de Arbodienst BGD Noord-West. Uitgangspunt bij het beleid ten aanzien van veiligheid blijft ook in 2014 de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer. De facilitair coördinator van KZWF is opgeleid tot Arbo-preventiemedewerker. In 2014 hebben 5 medewerkers de (herhalings)opleiding tot bedrijfshulpverlener gevolgd. In 2014 zijn de eerste stappen gezet in de samenwerking met het WFG op het gebied van de bedrijfshulpverlening (BHV) zodat verdere professionalisering en het ondervangen van risico's nog beter kan worden opgepakt en de continuïteit voor 100% is geborgd. Dit houdt in dat alle medewerkers van KZWF in 2015 digitaal worden opgeleid tot ontruimer en er een cursus hanteren blusmiddelen wordt gegeven. Het ploegleiderschap is komen te vervallen en is uitbesteed aan het WFG. Hier is in 2014 al een aanvang mee gemaakt.

Het coördineren en laten uitvoeren van de beveiliging is in 2014 verder geoptimaliseerd in het kader van waarborging van bescherming, bewaking en veiligheid van medewerkers en bezoekers en het gebouw in Hoorn door hierover afspraken te maken in een dienstverleningsovereenkomst met het WFG.

Gegevensbeveiliging

KZWF 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 inzage omgeving, 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 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Ketenzorg West-Friesland heeft de afgelopen jaren met succes een stijgend aantal patiënten in behandeling. De personele bezetting is sinds eind 2010 nauwelijks gegroeid en tot en met dit verslagjaar is het gelukt om de toename van het aantal patiënten en keten-DBC's op te vangen binnen de formatie van eind 2010.

Het is in de afgelopen jaren om diverse redenen belangrijk geweest om de productiviteit van KZWF te verhogen. Zo werd per 2011 de integrale bekostigingssystematiek voor de diabeteszorg in de eerste lijn ingevoerd, verviel de AWBZ-financiering in 2012 en was de (prijs)druk in 2013 en 2014 vanuit de zorgverzekeraars zodanig dat het niet mogelijk was om de formatie te verruimen. Daarnaast is KZWF gestart met de nieuwe ketens COPD (medio 2013) en CVRM (medio 2014), de start van deze ketens is door de zorgverzekeraars apart bekostigd middels implementatiebudgetten. Deze ontwikkelingen hebben er afgelopen jaren toe geleid dat KZWF efficiënte werkprocessen heeft ontwikkeld en dat de personele formatie hierop lean is ingericht. Door de medewerkers van KZWF wordt de werkdruk in 2014 als hoog ervaren, dit geeft aan dat hierin een grens is bereikt. Naar de huidige omstandigheden laat de formatie geen ruimte meer voor verdere (organisatie) ontwikkeling. Voor het management is een gezonde werkdruk een belangrijk aandachtspunt waaraan continu aandacht wordt geschonken.

Functie	Gemiddelde fte 2013	Gemiddelde fte 2014
Diabetesverpleegkundige	7,9	7,2
Diëtist	7,8	8,0
Onderzoeksassistent	6,8	7,0
ICT	0,9	0,8
Financieel medewerker	1,3	1,8
Secretaresse	1,2	1,2
Receptionist/telefonist	3,1	3,1
Coördinator service en diensten	0,6	0,6
Manager *	1,7	2,6
Directeur	0,3	0,3
Totaal	31,6	32,6
Doorbelasting	-0,4	-1,1
Totaal **	31,2	31,5
** Inclusief ziek ivm zwangerschap	0,5	0,1

Tabel 7 - Gemiddelde fulltime equivalent 2013 - 2014

* Onder de functie Manager is een langdurig zieke medewerker opgenomen waarvoor per maart 2015 een WIA-uitkering is toegekend. Begin 2014 is een vervangende controller aangesteld.

Deskundige medewerkers

KZWF investeert in haar medewerkers, het belangrijkste bedrijfskapitaal. Er wordt door het KZWF 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 2014 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 2014 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 teamoverleggen worden ook het in- en externe organisatiebeleid en de personele ontwikkelingen besproken. In 2014 lag het accent van de deskundigheidsbevordering op vakinhoudelijke trainingen, communicatie- en patiëntgerichte gedragbeïnvloedingstrainingen en coaching-on-the-job.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim bedroeg in 2014 4,99% exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof. Inclusief zwangerschap- en bevallingsverlof was dit percentage 5,17%. Het verzuim (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof) was in 2014 hoger dan in 2013. Het percentage zwangerschap- en bevallingsverlof was in 2014 lager. Zie hiervoor tabel 8. In 2014 is er sprake geweest van meerdere langdurig zieke medewerkers.

Bij ziekte van de medewerkers vindt er een intensieve begeleiding plaats door de manager. De manager volgt de richtlijnen van het verzuim- en herstelbeleid in het kader van de wet Poortwachter en schakelt de arbodienst en/of andere dienstverleners in ter ondersteuning van de reïntegratie. In tabel 9 vindt u een weergave van het personele verloop.

Ziekteverzuim	2013	2014
Inclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	5,7%	5,17%
Exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	3,9%	4,99%

Tabel 8 - Ziekteverzuim

Verloop personeel	Instroom 2014	Uitstroom 2014
Aantal Medewerkers	2	1
Fte	1,69	0,44

Tabel 9 - Verloop personeel

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Het management heeft nauw contact met de medewerkers. Tijdens werkgebonden- en functioneringsgesprekken worden 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 Maatschappelijke context

Integrale bekostiging is het instrument voor zorgverzekeraars om aparte contracten met zorggroepen aan te kunnen gaan. Het idee achter de integrale bekostiging is dat het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars eenvoudiger wordt om de kosten van verleende zorg af te rekenen.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een beleidsregel in het leven geroepen om het voor zorgaanbieders mogelijk te maken een integraal tarief te declareren voor mensen met diabetes, een verhoogd risico CVR of COPD. Voor deze chronische aandoeningen bestaat een geautoriseerde zorgstandaard. Op grond van genoemde beleidsregel kan de zorg die wordt geleverd als één zorgprestatie worden aangemerkt en dus voor één tarief worden ingekocht. Het integrale tarief dekt naast de kosten van de zorgprofessionals ook die van de organisatie van de zorg. Bij ketenzorg treedt één zorgaanbieder op als hoofdcontractant. Hij sluit op zijn beurt contracten af met de overige betrokken zorgverleners. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt in de beleidsregel dat de hoofdcontractant in ieder geval over de competentie moet beschikken om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.

Naast de integrale bekostiging zijn er fundamentele wijzigingen aangebracht in de honorering van de individuele huisarts. Er wordt daarbij een honorering gehanteerd vanuit 3 segmenten en de honorering van de zogenaamde M&I-verrichtingen is gewijzigd.

Dit alles heeft bij huisartsen tot veel onrust geleid, maar ook de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen zijn geenszins makkelijk verlopen.

In de regio West-Friesland was dat niet anders dan elders in Nederland. Veel onrust ontstond door de gewijzigde financiering van het M&I-tarief voor het inbrengen van een spiraaltje als anticonceptiemiddel. De onderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar VGZ waren zeer intensief gezien de vele veranderingen en nieuwe zorgproducten maar hebben uiteindelijk tot een tevredenstellend resultaat geleid voor beide partijen.

Zorgverzekeraars hebben in de nieuwe opzet in de honorering van segment 3 de mogelijkheid prestatie-indicatoren vast te stellen en huisartsen te belonen voor het halen van die indicatoren. Uiteraard neemt daarmee de reguliere bekostiging navenant af. Veelal wordt deze systematiek beschouwd als een sigaar uit eigen doos. In ieder geval is onder zorggroepen en huisartsen veel onrust over de uitvoering van de prestatie-indicatoren. Veelal wordt het beleefd als het afvinken van hokjes, zonder dat daarmee een relatie wordt beleefd voor de kwaliteit van de zorg. Bovendien is onder deskundigen van een bepaalde aandoening gerede twijfel over het hanteren van de prestatienormen. Een voorbeeld kan dit illustreren. Voor type 2 diabetes was het goed gebruik om de kwaliteit van de behandeling af te meten aan het niveau van het HbA1c, de glucosewaarden over de afgelopen 6 weken. Deze parameter geeft in principe een goede indruk over de glycemische instelling van die 6 weken. Echter, niet elk mens met type 2 diabetes heeft baat bij een HbA1c-waarde onder de streefnorm. Uit ons en ander onderzoek blijkt dat voor mensen boven de 70 jaar die al veel co-morbide aandoeningen hebben en al langer dan 5 jaar diabetes hebben, de scherpe instelling geen voordelen maar eerder nadelen heeft. De afgesproken indicatoren op dit terrein houden te weinig rekening met de individuele situatie van de betrokken persoon.

Als laatste ontwikkeling noemen wij hier de positie van de mens met een chronische aandoening. Steeds meer wordt gerealiseerd dat de positie van de mens met een chronische aandoening moet worden versterkt. Dit wordt ook wel onder woorden gebracht als "patiënt empowerment". Optimale betrokkenheid van de mens met een chronische aandoening kan met behulp van meerdere strategieën. Centraal staat echter altijd het besef van zorgaanbieders dat de mens met een chronische aandoening het recht heeft om zelf zijn beslissingen te nemen, zowel met betrekking tot de behandeling als met betrekking op de manier waarop men zijn leven inricht. Optimale betrokkenheid kan alleen als er sprake is van een optimale informatie, en dat moet worden erkend als het grondrecht van iedereen die onder behandeling van een zorgverlener komt. Zonder optimale informatie afgestemd op het niveau van de zorgvrager, kan men niet kiezen.

Er worden talloze experimenten uitgevoerd in de Westerse wereld om dit principe beter tot zijn recht te laten komen. Een stap daarin is het formuleren van een gemeenschappelijk behandelplan, dat betekent een behandelplan waarvoor de mens met een chronische aandoening zelf kiest en daar ook zijn verantwoordelijkheid in neemt. De uitvoering hiervan lijkt simpel, maar in de praktijk is dat weerbarstig. Vooral omdat vaak meerdere zorgverleners betrokken zijn bij één mens, en dat communicatie ingewikkeld en moeilijk is. Een gemeenschappelijk elektronisch zorgdossier zou daarin een stap zijn. Echter dat lost het probleem niet helemaal op, zowel zorgvragers als zorgverleners moeten daarvoor een mentaliteitsverandering doormaken. Zo zagen wij met de introductie van een programma waarbij mensen zichzelf konden instellen op insuline dat de implementatie van dat programma jammerlijk mislukte. Bij de analyse daarvan bleek vooral dat huisartsen niet op een dergelijk programma zaten te wachten. Het idee was dat mensen met diabetes dat toch niet konden, dat het mogelijk gevaarlijk kon zijn en dat de honoreringsstructuur daarop niet was aangepast.

Zo wordt de inrichting van onze zorg een sta in de weg voor innovatie. Er is nog een lange weg te gaan, maar een onvermijdelijke ontwikkeling met voortschrijding van internet-technologie. Feitelijk kunnen wij met behulp van automatisering nu al nauwkeurig voorspellen wie wel of geen ziekte heeft en wie zelfs mogelijk in de nabije toekomst een aandoening ontwikkelt. Deze technologie is echter nog veelal voorbestemd in de wetenschappelijke wereld en wordt door de praktijk niet graag omarmd. KZWF onderscheidt zich van andere zorggroepen door haar intensieve relatie met de wetenschap. Daardoor zijn innovaties makkelijker implementeerbaar. Zo heeft KZWF het nieuwe retinascreening model geïmplementeerd, een eerste stap naar individualisering van de zorg voor de mens met type 2 diabetes.

4.7 Financieel beleid

De in 2013 ingezette bezuinigingsmaatregelen zijn in 2014 van kracht gebleven, mede hierdoor is het resultaat uit gewone bedrijfsvoering ten opzichte van 2013 verbeterd van € 51.978 voordelig naar € 98.925 voordelig. In december 2013 is het contract 2014 met VGZ afgesloten. Op het gebied van werkkapitaal, liquiditeit en solvabiliteit hebben zich in 2014 geen bijzonderheden voorgedaan.

Het jaar 2014 staat ook in het teken van een mogelijk financieel risico voor KZWF. In 2014 heeft een andere ketenzorgorganisatie (Zorggroep) namelijk hoger beroep aangetekend tegen een vonnis van de rechtbank met als inhoud dat de ketenzorgorganisatie niet als één collectief kan worden gezien die gezondheidskundige verzorging aan patiënten verleent. De rechtbank stelt dat de vergoeding voor overheadkosten een belaste prestatie is die de zorggroep aan de zorgverzekeraar verleent waarover BTW verschuldigd is. Eind 2014 was er nog geen uitspraak in het hoger beroep. KZWF onderhoudt contact met de fiscus en zorgverzekeraar VGZ over deze BTW-kwestie. Het is nog niet duidelijk of de mogelijke kosten volledig ten laste van KZWF komen.

In paragraaf 4.7.1 wordt de winst- en verliesrekening 2014 weergegeven, voor een volledige weergave wordt verwezen naar de jaarrekening 2014 op www.jaarverslagenzorg.nl.

4.7.1 Resultatenrekening 2014

	2014	2013
	€	€
BEDRIJFSOPBRENGSTEN		
Opbrengsten uit gebudgetteerde zorgprestaties	0	0
Niet-gebudgetteerde zorgprestaties (incl. Wmo-huishoudelijke hulp)	5.619.990	4.746.542
Subsidies (excl. Wmo-huishoudelijke hulp: incl. overige Wmo-prestaties)	0	0
Overige bedrijfsopbrengsten	261.622	244.767
Som der bedrijfsopbrengsten	5.881.612	4.991.309
BEDRIJFSLASTEN		
Personeelskosten	1.894.015	1.772.181
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	73.877	77.555
Bijzondere waardeverminderingen van vaste activa	0	0
Overige bedrijfskosten	3.822.978	3.095.214
Som der bedrijfslasten	5.790.870	4.944.950
BEDRIJFSRESULTAAT	90.742	46.358
Financiële baten en lasten	8.183	5.619
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSUITOEFENING	98.925	51.978
Buitengewone baten	0	0
Buitengewone baten	0	0
Buitengewoon resultaat	0	0
RESULTAAT BOEKJAAR	98.925	51.978
RESULTAAT BESTEMMING		
Het resultaat is als volgt verdeeld:		
Toevoeging/(onttrekking):		
Reserve aanvaardbare kosten	98.925	51.978

5

VERKLARENDE WOORDENLIJST

AED	Automatische Externe Defibrillator
AP	Angina pectoris (wordt wereldwijd ingedeeld in klassen naar het niveau van inspanning waarbij klachten optreden. De classificatie van de New York Heart Association)
BHV	Bedrijfs hulpverlening
BMI	Body Mass Index
CHP	Centrale Huisartsen Post
CKZ	Centrum Klantenervaringen Zorg
COPD	Chronisch obstructieve longziekte
CQ index	Consumer Quality Index
CR	Clëntenraad
CVR	Cardio Vasculair Risico
CVRM	Cardio Vasculair Risico Management
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
ECG	Elektrocardiografie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
HA	Huisarts
HAIO	Huisarts in opleiding
HVZ	Hart- en vaatziekten
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 Standaardisatie
KZWF	Ketenzorg West-Friesland
LAN	Long Alliantie Nederland
LV	Linker ventrikel functie
MT	Management Team

NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG-praktijkaccreditatie	Dit is het NHG-keurmerk (Nederlands Huisartsen Genootschap) voor huisartspraktijken 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	Patiënt Assessment Chronic Illness Care
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
PTCA/CABG/MI	Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek/ Coronary Artery Bypass Graftink/Myocard Infarct
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
TIM	Transmuraal Incident Melden
VVR	Verhoogd Vasculair Risico
WFG	Westfriesgasthuis
WFHO	Westfriese Huisartsenorganisatie
WTZi	Wet Toelatingen Zorginstellingen



Maelsonstraat 7 – 1624 NP Hoorn – www.ketenzorgwf.nl



Mei 2015

