



# MAATSCHAPPELIJK JAARVERSLAG

2015



**KETENZORG**

WEST-FRIESLAND



## INHOUD

1	Uitgangspunten van de verslaglegging.....	3
2	Profiel van de organisatie.....	8
2.1	Algemene identificatiegegevens.....	8
2.2	Structuur van de organisatie.....	8
2.3	Hoofddoelstellingen KZWF.....	10
2.4	Kerngegevens.....	10
2.4.1	Kernactiviteiten.....	10
2.4.2	Taken van KZWF.....	13
2.4.3	Patiënten, productie, personeel en opbrengsten .....	14
2.4.4	Werkgebieden.....	15
2.5	Samenwerking en ketenpartners.....	15
2.6	Wetenschappelijk onderzoek (VUmc/EMGO+).....	20
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering.....	23
3.1	Bestuur en toezicht.....	23
3.2	Bedrijfsvoering.....	23
3.3	Cliëntenraad.....	24
4	Beleid, inspanningen en prestaties.....	25
4.1	Meerjarenbeleid.....	25
4.2	Algemeen beleid.....	26
4.2.1	Externe ontwikkelingen 2015.....	26
4.2.2	Ontwikkelingen diabetesexpertisecentrum en kenniscentrum .....	28
4.2.3	Aanpassingen van de organisatiestructuur van KZWF .....	30
4.2.4	Automatisering .....	31
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid.....	32
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten.....	33
4.4.1	Kwaliteit van zorg.....	33
4.4.2	Klanttevredenheidsonderzoek.....	39
4.4.3	Klachten.....	41
4.4.4	Toegankelijkheid.....	42
4.4.5	Veiligheid.....	42
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers .44	
4.5.1	Personeelsbeleid.....	44
4.5.2	Kwaliteit van het werk.....	46
4.6	Maatschappelijke context.....	46
4.7	Financieel beleid.....	48
5	Verklarende woordenlijst.....	50

# 1

## UITGANGSPUNTEN VAN DE VERSLAGLEGGING

Dit jaardocument betreft de verslagperiode 2015. Als uitgangspunt voor het jaardocument is de Regeling verslaglegging Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) gehanteerd. Het jaardocument is onder verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur tot stand gekomen. Er zijn twee belangrijke onderdelen in het verslag: het maatschappelijk en het financieel verslag dat samen door de Raad van Bestuur en het management is opgesteld. De Jaarrekening - waarvan het financiële verslag een korte samenvatting is - is gecontroleerd door Versteegen Accountants. De verslaglegging is vastgesteld door de Raad van Bestuur en goedgekeurd door de Raad van Toezicht.

De cijfermatige gegevens uit het maatschappelijk verslag zijn afkomstig uit het geautomatiseerde gegevensbestand van Stichting Ketenzorg West-Friesland (KZWF). KZWF handelt tevens onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS) voor de diabetes ketenzorg.

Het DZS is in 1996 gestart naar aanleiding van wetenschappelijke studies die in West-Friesland bij de algemene bevolking zijn uitgevoerd. Vanwege de hoge sterftekans van diabetespatiënten en het idee dat de zorg aanzienlijk te verbeteren was, is de zorg voor diabetespatiënten in nauw overleg met huisartsen hervormd. Het DZS werd daarmee feitelijk de eerste diabetes zorggroep in Nederland. In de loop van de jaren zijn de methoden steeds meer verfijnd, waardoor uiteindelijk de gemiddelde glucose-instelling van de mensen met diabetes al jaren op een 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 gezondheidszorg organisaties. Op 1 januari 2004 werd de samenwerking in een stichtingsvorm geformaliseerd. In 2009 is een bestuurlijke samenwerking met de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en de Centrale Huisartsenpost (CHP) tot stand gekomen.

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

Op 1 januari 2011 is de integrale bekostigingssystematiek voor de diabeteszorg in de eerste lijn ingevoerd, dat wil zeggen dat de huisartsen onderaannemers zijn met betrekking tot de diabeteszorg en voor hun werkzaamheden voor mensen met diabetes door het DZS worden betaald. In 2013 zijn ook podotherapeuten en pedicures gecontracteerd. In juli 2013 is de tweede zorgketen gestart, de COPD zorgketen. Op 24 december 2013 zijn de statuten van het DZS gewijzigd waarbij onder meer de naam van de stichting gewijzigd is in Stichting Keten zorg West-Friesland (KZWF). In juli 2014 is de derde zorgketen, de keten CVRM (Cardiovasculair Risicomanagement) van start gegaan.

Op 1 januari 2015 is de Stichting Zorgkoepel West-Friesland (ZWF) opgericht. De Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van ZWF zijn bestuurder en toezichthouder van de Stichting Huisartsenpost West-Friesland (HAPWF), Keten zorg West-Friesland (KZWF) en het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF).

### 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. De huisarts en/of POH past indien nodig medicatie aan en geeft 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.

Van de 98 werkzame huisartsen in de regio West Friesland doen 96 huisartsen mee aan diabetes ketenzorg.

### 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 medisch adviseur van KZWF, tevens hoogleraar huisartsgeneeskunde en diabeteszorg aan het VUmc, zag in 2015 de voorkomende gevallen onder de diabetespatiënten die gespecialiseerde zorg nodig hadden samen met één van de diabetesverpleegkundigen en/of diëtisten. Indien daarna bleek dat meer specialistische kennis nodig was, werd 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). Als eerste zorggroep van Nederland neemt KZWF in 2016 de laatste stap in het voltooien van de overgang van de tweede naar de eerste lijn. Alle diabetespatiënten met type 2 diabetes komen onder behandeling in de eerste lijn. De uitkomsten van zorg zijn zodanig dat de kwaliteit van zorg alle belanghebbenden overtuigt. Het afscheid van de voormalig directeur/medisch adviseur wordt ingevuld door deeltaken te beleggen bij andere deskundigen, waaronder de kaderhuisarts en de internist.

### Cardiovasculair programma binnen de diabeteszorg

Daarnaast 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 Westfriesgasthuis (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 2015 zijn in totaal 1.868 COPD patiënten geïncludeerd vanuit cohort 1 en cohort 2.

Van de 98 werkzame huisartsen in de regio West Friesland doen 91 huisartsen mee aan COPD ketenzorg.

In tegenstelling tot de diabeteszorg wordt de COPD ketenzorg volledig uitgevoerd in de huisartspraktijk. In 2015 diende de positie van kaderhuisarts longziekten te worden ingevuld omdat kaderhuisarts Hetty Cox dit niet kon voorzetten. Dit heeft erin geresulteerd dat Marieke Poelma in juni 2015 gestart is als kaderhuisarts astma/COPD bij KZWF. Zij volgt vanaf dat moment de opleiding tot kaderhuisarts in Nijmegen. In 2015 is de vernieuwde NHG-Standaard COPD gepubliceerd met consequenties voor de praktijkvoering van de COPD zorg op het gebied van uitvoer, interpretatie en frequentie van spirometrisch onderzoek, jaarlijks assessment ziektelast met de daarbij behorende monitor frequentie en aandacht voor zelfmanagement.

Het zorgprogramma COPD is in 2015 aangepast aan de nieuwe NHG-Standaard en geïmplementeerd binnen de keten. Scholing en de communicatie over de wijzigingen door de kaderhuisarts en huisartsondersteuners van KZWF zijn hierbij van belang geweest.

### **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 om 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.

In januari 2014 was het Zorgprogramma CVRM KetenZorg West-Friesland voltooid. Het Zorgprogramma CVRM KetenZorg West-Friesland vormt een praktische aanvulling op de NHG-Standaard en de Zorgstandaard CVRM van Vitale Vaten. In tegenstelling tot de diabeteszorg wordt de COPD ketenzorg volledig uitgevoerd in de huisartspraktijk.

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 en op 1 juli 2014 van start gegaan met de keten-DBC. Cohort 2 is vanaf juli 2014 begonnen met het implementatietraject en per 1 januari 2015 met de keten-DBC gestart. Op 1 januari 2015 zijn in totaal 15.564 CVRM-patiënten geïnccludeerd vanuit cohort 1 en cohort 2. Van de 98 werkzame huisartsen in de regio West-Friesland doen in 2015 91 huisartsen mee aan de CVRM ketenzorg. In 2015 is met name aandacht gegeven aan de verbetering van de ondersteuningsstructuur en implementatie van de CVRM zorg binnen de huisartspraktijk. De begeleiding van de huisartspraktijken wordt gedaan door de huisartsondersteuners van KZWF. De huisartsondersteuners bezoeken 2 jaarlijks de praktijken. Ze fungeerden als vraagbaak voor de deelnemende praktijken en hielpen bij het opstellen en uitvoeren van verbeterplannen om de CVRM zorg binnen de praktijk te organiseren. De kaderhuisarts hart- en vaatziekten was in heel 2015 Bart van Oostendorp.

# 2

## PROFIEL VAN DE ORGANISATIE

### 2.1 Algemene identificatiegegevens

Naam 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	<a href="http://www.ketenzorgwf.nl">www.ketenzorgwf.nl</a>

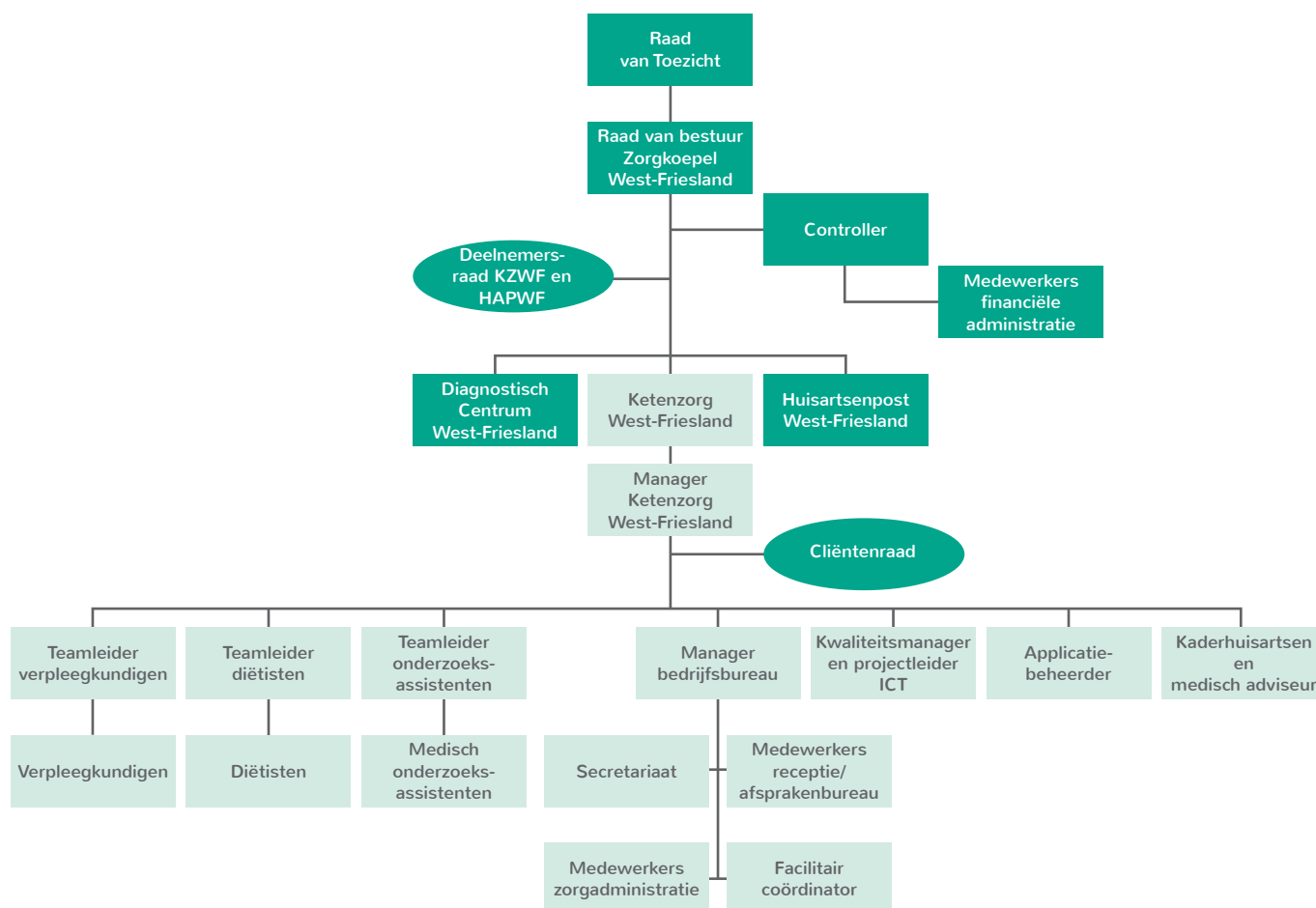
### 2.2 Structuur van de organisatie

KZWF is als stichting Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS) op 30 november 2005 toegelaten voor AWBZ functie 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 diabetes ketenzorg). Op 1 januari 2015 zijn de statuten van KZWF gewijzigd in verband met de vorming van Stichting Zorgkoepel West-Friesland (ZWF).

In 2014 zijn er intensieve gesprekken gevoerd met de Huisartsenpost West-Friesland (HAPWF) en het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF) om te komen tot een koepelstichting van alle huisarts gerelateerde organisaties in de regio. Dit heeft geresulteerd in de oprichting van de Koepelstichting: Zorgkoepel West-Friesland. De motivatie daarvan was en is dat zonder een intensieve samenwerking de regio niet adequaat kan inspelen op de nieuwe ontwikkelingen in de eerstelijnszorg en op de demografische ontwikkelingen zoals de snelle vergrijzing en de beperking van de hoeveelheid beschikbare budgetten voor de zorg.

De gesprekken hebben geleid tot een ondernemingsplan en de oprichting van Stichting Zorgkoepel West-Friesland op 1 januari 2015. De stichting KZWF kent een medezeggenschap van patiënten in de vorm van een Cliëntenraad. Het organigram van KZWF is weergegeven in figuur 1.





Figuur 1 – Organigram Stichting KetenZorg West-Friesland 2016

**De stichting KZWF heeft de volgende organen:**

- de Raad van Bestuur (RvB);
- de Raad van Toezicht (RvT);
- de Deelnemersraad huisartsen.

ZWF is bestuurder van KZWF en daarmee zijn de RvT en de RvB van de Zorgkoepel dat tevens voor KZWF. De RvB vormt tevens het bestuur van de andere onder de Zorgkoepel West-Friesland (ZWF) vallende stichtingen, zijnde de Huisartsenpost West-Friesland (HAPWF) en het Diagnostisch Centrum West-Friesland (DCWF). De RvB bestaat uit drie bestuursleden. De RvT van ZWF bestaat uit vijf personen. Zie voor nadere informatie het jaarverslag ZWF 2015.

**Deelnemersraad huisartsen**

Stichting KZWF heeft een Deelnemersraad, welke wordt gevormd door vertegenwoordigers van de samenwerkingsverbanden van huisartsen. De omvang en de samenstelling van de Deelnemersraad is gelijk aan die van de Deelnemersraad van HAPWF.

De Deelnemersraad kan de RvB en/of de RvT gevraagd of ongevraagd advies geven aangaande het beleid van KZWF in het bijzonder het medische beleid en de uitvoering daarvan. De Deelnemersraad heeft in 2015 vijf keer vergaderd. De RvB heeft de Deelnemersraad geïnformeerd over het jaarverslag 2014, de jaarrekening 2014 en de begroting en het jaarplan 2016-2017. Andere onderwerpen waar de Deelnemersraad advies over heeft gegeven zijn de integrale diabeteszorg, het project Keten zorgportaal/Patiëntenportaal en de splitsing van de CVRM ketenzorg in hart- en vaatziekten (HVZ) en verhoogd vasculair risico (VVR).

## 2.3 Hoofddoelstellingen KZWF

**De stichting is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling:**

- het organiseren, faciliteren en leveren van goede ketenzorg aan patiënten met bepaalde chronische aandoeningen die op naam zijn ingeschreven bij een aangesloten huisarts;
- het exploiteren en in stand houden van een expertisecentrum voor mensen met diabetes, zijnde het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS);
- het leveren van goede dieetzorg;
- het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van ketenzorg;
- het bieden van een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor ketenzorg;
- het bevorderen van de kwaliteit van ketenzorg in het algemeen;
- al hetgeen daarmee verband houdt of daartoe bevorderlijk kan zijn.

Onder 'goede zorg' wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, veilig en doeltreffend is, die voldoet aan de wettelijke voorwaarden en die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

## 2.4 Kerngegevens

### 2.4.1 Kernactiviteiten

KZWF ondersteunt de diabeteszorg, de COPD zorg en de cardiovasculaire zorg in de gehele zorgketen. KZWF handelt tevens onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS) voor de diabeteszorg. Het DZS is een expertisecentrum voor type 2 diabeteszorg met een centrale zorgaansturing.

#### **Kenmerken keten-DBC**

De ketenzorg voor mensen met type 2 diabetes, chronische obstructieve pulmonale ziekten (COPD) en een verhoogd cardiovasculair risico (CVR) bevatten alle functies (exclusief medicijnen en hulpmiddelen) voor het verlenen van goede zorg, conform de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) Zorgstandaard, de Zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland (LAN), de Zorgstandaard

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) van het Platform Vitale Vaten en de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) Standaard. Het weerspiegelt goede zorg in multidisciplinaire samenhang. De ketenzorg is opgebouwd uit de functionele inbreng van de verschillende zorgprofessionals van de zorggroep. De keten geeft dankzij een functionele opbouw goede mogelijkheden voor vernieuwing van het zorgproces, waarvan taakherschikking een belangrijk onderdeel vormt.

### Kenmerken expertisecentrum Diabetes Zorgsysteem West-Friesland (DZS)

- Ondersteunen en adviseren van huisartsen en overige zorgverleners in het geven van kwalitatief goede diabeteszorg.
- Centrale probleem- en risicovaststelling op basis van onderzoek, bloedafname en screening tijdens de jaarlijkse controle bij het DZS.
- Het geven van advies, instructie, voorlichting en specialistische zorg aan mensen met type 2 diabetes, in het bijzonder wanneer er sprake is van complexe problematiek.
- Diabetes gerelateerde complicaties uitstellen of voorkomen.
- Het stimuleren van de eigen rol van mensen met type 2 diabetes.
- Het faciliteren van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van diabetes en diabetes gerelateerde aandoeningen, indien adequaat gefinancierd door externe geldbronnen.
- Het bieden van een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor diabeteszorg.

### Kenmerken van KZWF als zorggroep

KZWF heeft een faciliterende en sturende rol als hoofdaannemer van de ketenzorg. De huisarts is zowel hoofdbehandelaar als onderaannemer en is eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. 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 diabeteszorg, COPD zorg en cardiovasculaire zorg (CVRM).

Er zijn bij KZWF drie kaderhuisartsen werkzaam ten behoeve van de drie verschillende zorgketens. De kaderhuisarts is de vraagbaak en adviseur voor huisartspraktijken en levert in nauwe samenwerking met de manager KZWF een bijdrage aan de ketenzorg conform de kwaliteitscriteria volgens het NHG, wet- en regelgeving en bestuurlijk vastgestelde kaders, doelstellingen en beleid. De rol van de kaderhuisarts is essentieel voor hoogwaardige zorg aan chronisch zieken en innovaties in de ketenzorg. Samen met de manager en medewerkers van KZWF wordt deskundigheidsbevordering voor de gecontracteerde zorgaanbieders georganiseerd en de inhoud van het betreffende zorgprogramma aangepast aan de meest actuele kennis.

De kaderhuisarts werkt nauw samen met specialisten in het WFG en vervult de brugfunctie tussen eerste en tweede lijn. Door het gebruik van prestatie-indicatoren is de kaderhuisarts in staat om samen met de manager KZWF inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg binnen het desbetreffende ketenzorgprogramma.

Voor structurele kwaliteitsverbetering voor de huisartsgeneeskundige praktijkvoering worden in nauwe samenwerking met de manager KZWF verbeterplannen opgesteld en periodiek geëvalueerd.

In de diabetes ketenzorg heeft Prof. Dr. G. Nijpels, als medisch adviseur met diabetes specialisatie, een consultatiefunctie. Naast de interne consultatie door professionals van DZS betreft dit ook de consultatie door huisartsen verbonden aan KZWF.

Dr. P. Grootenhuis, per januari 2015 gestart als kaderhuisarts diabetes, heeft zich in 2015 ingewerkt en voorbereid om deze consultatiefunctie in 2016 over te gaan nemen. Dhr. Nijpels beëindigt dan zijn werkzaamheden als medisch adviseur. Dit houdt in dat patiënten met complexe problematiek op verzoek van de huisarts door de kaderhuisarts worden gezien en een behandelplan voor de toekomst wordt afgesproken met de patiënt en de huisarts. Soms wordt hierbij meer diagnostiek aangevraagd. Het is een functie die veel verwijzingen naar de tweede lijn onnodig maakt. Mede in het kader van de integrale diabeteszorg zijn nadere afspraken met de internist van het WFG over internistische consultatie in geval van complexe diabeteszorg gemaakt. Voor de COPD en CVRM keten wordt de consultatiefunctie van de kaderhuisartsen in 2016 verder uitgebouwd.

### 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.

### 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 de onderlinge samenhang van taken en verantwoordelijkheden van de ketenzorgpartners duidelijk omschreven zijn. De inhoud en de kwaliteit van de zorg vormen daarbij de uitgangspunten.

In de diabetes ketenzorg is tevens een differentiatie aangebracht afhankelijk van het karakter van de huisartspraktijk (praktijk- en behandeltype).

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.

## 2.4.2 Taken van KZWF

### De taken van KZWF zijn:

1. Coördinatie, regie en controle op uitvoering van afspraken met betrekking tot de diabeteszorg, COPD en cardiovasculaire zorg. Het ondersteunen van huisartsen bij de, op deze zorg betrekking hebbende, eerstelijnsdiagnostiek en doelmatig voorschrijven.
2. Het verlenen van diabeteszorg in samenwerking met de huisarts. KZWF, tevens handelend onder de naam Diabetes Zorgsysteem West-Friesland, is een expertisecentrum voor de diabeteszorg.
3. Opstellen en actualiseren 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 lab, internisten, oogartsen, cardiologen, nefrologen, het voetenteam, longartsen en paramedici.
5. Financieel beheer en administratie van KZWF:
  - a. begroten;
  - b. administreren en declareren ketenzorg-diagnosebehandelcombinatie (DBC);
  - c. jaarstukken maken (jaarrekening inclusief accountantsverklaring, jaarverslag).
6. Het onderhouden van het 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 de diabeteszorg, COPD zorg en cardiovasculaire zorg zowel mono- als multidisciplinair.
9. Ontwikkelen/implementeren van protocollen conform de landelijke richtlijnen NDF, LAN, Platform vitale vaten en NHG.
10. Ontwikkelen, implementeren en evalueren van het patiënteneducatieprogramma.
11. Inrichten van de informatie- en communicatietechnologie (ICT) infrastructuur voor de bij de keten aangesloten zorgverleners, patiënten en de interne bedrijfsvoering van KZWF.

12. Ondersteuning organiseren voor de deelnemende praktijken, waaronder het samenvoegen en spiegelen van prestatie-indicatoren.
13. Samenwerking, samenhang en substitutie stimuleren en organiseren op het gebied van de diabeteszorg, COPD zorg en cardiovasculaire zorg.

### 2.4.3 Patiënten, productie, personeel en opbrengsten

In 2015 waren gemiddeld 8.429 patiënten met type 2 diabetes, 1.860 patiënten met COPD en 15.420 patiënten met een verhoogd CVR in behandeling. Het gemiddeld aantal patiënten in zorg met type 2 diabetes, COPD en CVR is ten opzichte van 2014 gestegen. Het verloop van het aantal patiënten per kwartaal is in het volgende overzicht weergegeven:

2015	Aantal patiënten in behandeling		
	Diabetes type 2	COPD	CVRM
1 <sup>e</sup> kwartaal	8.328	1.868	15.564
2 <sup>e</sup> kwartaal	8.450	1.867	15.224
3 <sup>e</sup> kwartaal	8.437	1.859	15.213
4 <sup>e</sup> kwartaal	8.501	1.845	15.680
Gemiddeld	8.429	1.860	15.420

Tabel 3 - Overzicht per kwartaal

#### **Personeel:**

Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2014: 52.

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

Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2015: 58. Ten opzichte van 2014 is dit een stijging van 6 personeelsleden (12%).

Aantal fte personeelsleden in loondienst op 31 december 2015: 34,89. Ten opzichte van 2014 is dit een stijging van slechts 5,73%.

#### **Bedrijfsopbrengsten:**

De totale bedrijfsopbrengsten zijn in 2015 gestegen ten opzichte van 2014 (€ 5.881.612). De opbrengsten bedroegen in 2015 € 7.420.190. Dit is een stijging van 26% en komt voornamelijk door de stijging van het aantal patiënten binnen de keten CVRM. In paragraaf 4.7.1 wordt de winst- en verliesrekening 2015 weergegeven, voor een volledige weergave wordt verwezen naar de jaarrekening 2015 op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl)

#### 2.4.4 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.

### 2.5 Samenwerking en ketenpartners

#### Huisartsen

Vanaf 1 januari 2011 is er sprake van een integrale bekostiging. Een integrale bekostiging betekent dat de zorgverzekeraar met KZWF inhoudelijke en financiële afspraken maakt met betrekking tot de eerstelijns ketenzorg voor chronische patiënten. In die systematiek is KZWF hoofdaannemer voor de diabeteszorg, 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. Tevens worden de resultaten van de COPD zorg en Cardiovasculaire zorg geëvalueerd.
- 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.
- KZWF draagt zorg voor waarborgen van de kwaliteit door middel van een kwaliteitssysteem op basis van het meten van uitkomsten, spiegelinformatie en verbeterplannen.
- KZWF verzorgt de ondersteuning van en scholing aan huisartsen, POH-ers en praktijkassistenten (PA-en) op het gebied van diabetes, COPD en Cardiovasculaire zorg.
- 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 maakt met alle betrokken zorgverleners afspraken over de levering van ketenzorg.

**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 Nederland bij gebruikelijke zorg, zo'n 10-20% van de diabetespatiënten in de huisartspraktijk onder behandeling is van een internist in een ziekenhuis. De huisarts speelt in deze zorg nauwelijks een rol.

In West-Friesland is dit anders. KZWF wordt per januari 2016 verantwoordelijk voor de totale zorg voor mensen met diabetes type 2 in de regio West-Friesland. Het DZS, als onderdeel van KZWF, verleent daarbij als diabetes expertisecentrum diabeteszorg in samenwerking met de Westfriese huisartsen en is verantwoordelijk voor de kwaliteit en coördinatie van de diabetes ketenzorg. VGZ heeft KZWF hier in 2015 toe uitgenodigd op basis van uitkomsten van zorg en bereikte substitutie tot op heden. VGZ wilde ervaren wat er nodig is om de volledige zorg voor patiënten met type 2 diabetes in de eerste lijn te beleggen.

Per 1 januari 2016 wordt gestart met de 'Integrale Diabeteszorg'. Tussen KZWF en het WFG zijn in 2015 vergaande samenwerkingsafspraken gemaakt over de zorg voor mensen met type 2 diabetes en de substitutie van de diabeteszorg naar de eerste lijn. Voor de integrale diabeteszorg is een projectorganisatie opgetuigd, aangestuurd door een stuurgroep. De stuurgroep en diverse werkgroepen (5) zijn in 2015 circa 6 maal bijeengekomen. Een extern projectleider met veel ervaring in transmurale samenwerking en met diabeteszorg heeft het project begeleid.

**Diabetes ketenzorg en samenwerking specialisten**

Huisartsen kunnen in 2015 nog rechtstreeks verwijzen naar een internist. Na een verwijzing stopt de ketenzorg conform de overeenkomst en wordt de ketenzorg voor deze patiënt 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.

Zoals aangegeven zijn er in 2015 voorbereidende gesprekken geweest om vanaf 2016 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 2015 voortgezet. Het Voetenteam bestaat uit de revalidatiearts van het WFG, een vaatchirurg, een diabetesverpleegkundige van KZWF, een podotherapeut, de arts en 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 2015 zijn er 5 onderbeen- of teenamputaties verricht (0,06%) waarvan 1 onderbeen, 1 voet- en 3 teenamputaties. Bij 62 mensen met type 2 diabetes die het DZS bezoeken is er ooit een onderbeen- of teenamputatie verricht (0,73%).

**b. Ogen**

Tevens zijn er afspraken gemaakt met oogartsen over de screening en behandeling van diabetespatiënten. De door het DZS gemaakte retinafoto's worden beoordeeld door een daarvoor gecontracteerde oogarts. In 2015 is er op basis van de Retinarisk bij 47% van de patiënten een retinafoto gemaakt. De frequentie van de retinascreening wordt bepaald door een aangepaste risicoformule volgens Aspelund. Daarmee kan de screeningfrequentie variëren van 6 maanden tot 5 jaar. Met het WFG zijn vaste afspraken gemaakt over doorverwijzing en behandeling van ernstige oogafwijkingen. In 2015 zijn 19 mensen met type 2 diabetes met een graad retinopathie 3 of hoger naar de oogartsen verwezen (0,2%). In 2015 hebben 1.601 (18,8%) patiënten een oogarts bezocht, meestal vanwege visusproblemen.

**c. Cardiovasculaire problemen**

Bij alle mensen met type 2 diabetes wordt een rust ECG gemaakt. In 111 situaties is het ECG naar de huisarts gefaxt. Twee problemen werden het meest gezien: atriumfibrilleren 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 verwijzbeleid bij cardiovasculaire problematiek. In bijna 30% van de situaties was er na verwijzing naar de cardioloog sprake van een cardiologische afwijking die adequaat kon worden behandeld. Meest frequent was nieuw ontdekt atriumfibrilleren waarbij cardioversie en antistolling kon worden begonnen. Een aantal maal is er een PTCA uitgevoerd. Eén van de cardiologen beoordeelt steekproefsgewijs de beoordelingen van de ECG's als een kwaliteitscontrole.

### Diabetes ketenzorg en podotherapeuten/pedicures

Per januari 2013 heeft KZWF de voetzorg binnen de diabetesketen gecontracteerd. Er zijn in 2015 overeenkomsten gesloten met 2 podotherapiepraktijken en 104 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.

### Diabetes ketenzorg 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 tenslotte GOLD 4, zeer ernstige vorm van COPD met een FEV1 < 30% van voorspeld. Mensen met COPD GOLD 1 en 2 worden door de huisarts behandeld en mensen met GOLD 3 en 4 worden door de longarts behandeld.

In 2015 zijn de longartsen geïnformeerd over de voortgang van de COPD ketenzorg door de nieuwe kaderhuisarts COPD en zijn de volgende transmurale afspraken gemaakt:

- **Verwijzing naar de longarts**

Bij een COPD op relatief jonge leeftijd (arbitrair < 50 jaar) of blijvende twijfel tussen COPD en hartfalen, bij blijvende discrepantie tussen klachten en resultaten onderzoek (CCQ en/of spirometrie), bij het niet bereiken van de behandeldoelen, FEV1 < 50% van de voorspelde waarde (GOLD 3-4) of < 1,5 liter, of snel progressief beloop ondanks maximale behandeling of bij een FEV1 > 50% van de voorspelde waarde en tenslotte bij een matige/ernstige ziektelast wordt verwezen naar één van de twee samenwerkende longartsen.

- **Terugverwijzing naar de huisarts**

COPD patiënten die door de longartsen worden behandeld, maar een lichte ziektelast hebben worden naar de huisarts terugverwezen.

- **Informatieoverdracht bij terugverwijzing naar de huisarts**

Direct na ontslag uit poliklinische controle ontvangt de huisarts een ontslagbrief met daarin het verzoek aan de huisarts om de controles over te nemen, de COPD status bij ontslag, het verwachte beloop en een medicatie overzicht.

- **Voorlichting aan de patiënt**

De behandelend longarts vertelt de patiënt dat de controles worden overgenomen door de huisartspraktijk. De patiënt wordt verzocht binnen 6 weken contact op te nemen met de huisartspraktijk.

### **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".

Voor de keten CVRM zijn de volgende transmurale afspraken gemaakt:

- **Terugverwijzing naar de huisarts**

12 maanden na het event bij patiënten indien sprake is van een goede LV functie, zonder rest ischemie (stabiele AP NYHA I - II na 1 jaar terug naar huisarts), zonder matig-ernstig kleplijden, die geen ventrikelfibrilleren/ventrikeltachycardie > 24 uur postinfarct hebben gehad en waarbij geen problemen worden ondervonden bij het instellen van adequate secundaire preventie maatregelen.

- **Informatieoverdracht bij terugverwijzing naar de huisarts**

Direct na ontslag uit poliklinische controle ontvangt de huisarts een ontslagbrief met daarin, het verzoek aan de huisarts om de controles over te nemen, het ECG bij ontslag, het verwachte beloop, medicatie overzicht (voor 3 maanden voorgeschreven) en tenslotte de resultaten van de hartrevalidatie.

- **Voorlichting aan de patiënt**

De behandelend cardioloog vertelt de patiënt dat de controles worden overgenomen door de huisartspraktijk. De patiënt wordt verzocht binnen 6 weken contact op te nemen met de huisartspraktijk. Zonodig neemt de huisarts binnen 3 maanden contact op met de patiënt. Bij klachten neemt de patiënt contact op met de huisartspraktijk.

- **Terugverwijzing naar de huisarts bij stabiel angina pectoris**

Hierbij is het uitgangspunt dat deze patiënten in de eerste lijn worden gecontroleerd en behandeld indien NYHA klasse I – II, redelijke linker ventrikel functie en binnen 2 jaar geen interventie wordt verwacht.

Daarnaast zijn er afspraken over diagnostiek gemaakt in samenwerking met DCWF.

### Regionale Transmurale afspraken

De samenwerkingsafspraken met de medisch specialisten van het WFG, waaronder de door- en terugverwijsafspraken eerste en tweede lijn en het hoofdbehandelaarschap, worden medio 2016 vastgelegd in een Regionale Transmurale Afspraak (RTA). Op de naleving van de RTA vindt monitoring plaats door middel van evaluatiegesprekken. Waar nodig leidt deze evaluatie tot een verbeterplan.

## 2.6 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. 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) zijn in 2015 meerdere onderzoeksprojecten uitgevoerd, waaronder een onderzoek naar de sociale context van de patiënten. Deze studie wordt gesubsidieerd uit een programmasubsidie van het Diabetes Fonds.

Voor het ontwikkelen van modellen om hart- en vaatziekten te voorspellen bij mensen met type 2 diabetes is in 2015 samengewerkt met Prof. Moons en Prof. Rutten (Julius Center for Health Sciences and Primary Care UMC Utrecht) en Prof. Baan (RIVM Bilthoven en Universiteit van Tilburg). De Spotlight Studie ([www.spotlightstudy.eu](http://www.spotlightstudy.eu)), een in 2012 gestarte studie naar de invloed van omgevingsfactoren op de leefstijl van mensen, wordt in 2016 afgesloten. 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 evenals onderzoek naar biomarkers en metabolomics voor het voorspellen van het ontstaan van 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 2015 heeft een studie naar de kosteneffectiviteit van het retina screeningmodel plaats gevonden. Daarnaast liep de studie naar de seksuele beleving van mensen met diabetes en de studie naar de effecten van lotgenoten contacten van mensen met diabetes. In mei 2015 is SUSTAIN gestart ([www.sustain-eu.org](http://www.sustain-eu.org)), een studie naar integrale ouderenzorg in 8 Europese landen onder het coördinatorschap van de onderzoeksgroep. Dit programma wordt gesubsidieerd door de EU onder het HORIZON 2020 programma. Tevens is een partnership verworden in RHAPSODY, een studie, een vervolg op de al genoemde DIRECT-studie.

**Sleutelpublicaties in 2015:**

Rutters F, Pilz S, Koopman AD, Rauh SP, Pouwer F, Stehouwer CD, Elders PJ, Nijpels G, Dekker JM. Stressful life events and incident metabolic syndrome: the Hoorn study. *Stress*. 2015;

Rutte A, van Oppen P, Nijpels G, Elders PJ. A Letter to the Editor on the Article by Farnam et al. *Sex Med*. 2015 Jun;3(2):128;

Malanda UL, M Bot SD, Kostense PJ, Snoek FJ, Dekker JM, Nijpels G. Effects of self-monitoring of glucose on distress and self-efficacy in people with non-insulin-treated Type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabet Med*. 2015 Jul;

van Moorsel D, Van Greevenbroek MM, Schaper N, Henry RM, Geelen CC, van Rossum EF, Nijpels G, 't Hart LM, Schalkwijk CG, van der Kallen CJ, Sauerwein HP, Dekker J, Stehouwer CD, Havekes B. Bcell glucocorticoid receptor polymorphism in relation to cardiovascular variables: the Hoorn & CODAM studies. *Eur J Endocrinol*. 2015 Jul;

Gijsberts CM, Groenewegen KA, Hoefler IE, Eijkemans MJ, Asselbergs FW, Anderson TJ, Britton AR, Dekker JM, Engström G, Evans GW, de Graaf J, Grobbee DE, Hedblad B, Holewijn S, Ikeda A, Kitagawa K, Kitamura A, de Kleijn DP, Lonn EM, Lorenz MW, Mathiesen EB, Nijpels G, Okazaki S, O'Leary DH, Pasterkamp G, Peters SA, Polak JF, Price JF, Robertson C, Rembold CM, Rosvall M, Rundek T, Salonen JT, Sitzer M, Stehouwer CD, Bots ML, den Ruijter HM. Ethnic Differences in the Associations of the Framingham Risk Factors with Carotid IMT and Cardiovascular Events. *PLoS One*. 2015;

Rutte A, van Oppen P, Nijpels G, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, Elders PJ. Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2015 Jun;

van der Heijden AA, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Niessen LW, de Bruijne MC, Dekker JM, Baan CA, Nijpels G. Policy evaluation in diabetes prevention and treatment using a population-based macro simulation model: the MICADO model. *Diabet Med*. 2015 May;

van Puffelen AL, Heijmans MJ, Rijken M, Rutten GE, Nijpels G, Schellevis FG; Diacourse study group. Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter? *Psychol Health*. 2015 Jun;

Rutte A, Welschen LM, van Splunter MM, Schalkwijk AA, de Vries L, Snoek FJ, Enzlin P, Nijpels G, Elders PJ. Type 2 Diabetes Patients' Needs and Preferences for Care Concerning Sexual Problems: A Cross-Sectional Survey and Qualitative Interviews. *J Sex Marital Ther*. 2015 Apr 7:1-14;

Eikendal AL, Groenewegen KA, Anderson TJ, Britton AR, Engström G, Evans GW, de Graaf J, Grobbee DE, Hedblad B, Holewijn S, Ikeda A, Kitagawa K, Kitamura A, Lonn EM, Lorenz MW, Mathiesen EB, Nijpels G, Dekker JM, Okazaki S, O'Leary DH, Polak JF, Price JF, Robertson C, Rembold CM, Rosvall M, Rundek T, Salonen JT, Sitzer M, Stehouwer CD, Hoefler IE, Peters SA, Bots ML, den Ruijter HM; USE-IMT Project Group. Common carotid intima-media thickness relates to cardiovascular events in adults aged <45 years. *Hypertension*. 2015 Apr;65(4):707-13;

Pilz S, Rutters F, Nijpels G, Stehouwer CD, Højlund K, Nolan JJ, Balkau B, Dekker JM; RISC Investigators. Response to Comment on Pilz et al. Insulin sensitivity and albuminuria: the RISC study. *Diabetes Care* 2014;37:1597-1603. *Diabetes Care*. 2015 Feb;

Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Schellevis FG, Nijpels G, Jansen AP. From concept to content: assessing the implementation fidelity of a chronic care model for frail, older people who live at home. *BMC Health Serv Res*. 2015 Jan 22;15:18;

Teunissen CE, van der Flier WM, Scheltens P, Duits A, Wijnstok N, Nijpels G, Dekker JM, Blankenstein RM, Heijboer AC. Serum leptin is not altered nor related to cognitive decline in Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis*. 2015 Jan 1;44(3):809-13;

Walraven I, Mast MR, Hoekstra T, Jansen AP, van der Heijden AA, Rauh SP, Rutters F, van 't Riet E, Elders PJ, Moll AC, Polak BC, Dekker JM, Nijpels G. Distinct HbA1c trajectories in a type 2 diabetes cohort. *Acta Diabetol*. 2015 Apr;52(2):267-75;

Walraven I, Mast MR, Hoekstra T, Jansen AP, Rauh SP, Rutters FR, van der Heijden AA, Elders PJ, Moll AC, Polak BC, Dekker JM, Nijpels G. Real-world evidence of suboptimal blood pressure control in patients with type 2 diabetes. *J Hypertens*. 2015 Oct;33(10):2091-8.



# 3

## BESTUUR, TOEZICHT EN BEDRIJFSVOERING

### 3.1 Bestuur en toezicht

De Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZi) en de Governance Code in de Zorg zijn van toepassing op de besturing van KZWF en vormen de normen voor goed bestuur. De RvB van ZWF is verantwoordelijk voor het besturen van KZWF: realisatie van de doelstellingen, de strategie en het beleid en daaruit voortvloeiende ontwikkeling van resultaten. De invloed en inspraak van de huisartsen is georganiseerd in de Deelnemersraad, zij adviseert de RvB gevraagd en ongevraagd.

Zie voor de beschrijving van het bestuur, de RVT en de werkwijze het jaarverslag van ZWF.

### 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 RvB. Dhr. Stefan Koomen heeft daarbij als lid van de RvB KZWF als aandachtsgebied. Om de complexe bedrijfsvoering goed te ondersteunen is er bij KZWF een managementteam operationeel. De samenstelling bestond in 2015 uit de manager KZWF, de manager bedrijfsbureau en de controller. Er vindt een wekelijks bilateraal overleg plaats tussen Dhr. S. Koomen en de manager KZWF. Het managementteam van KZWF vergadert tweewekelijks.

Ieder kwartaal wordt door de RvB 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 van Doorn;
- dhr. Hans de Heij;
- mevr. Hilly Kaiser;
- 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.

De Cliëntenraad is in 2015 achtmaal bijeen geweest waarvan 2 keer vergaderd is met de Raad van Bestuur en het Managementteam. De Cliëntenraad heeft het bestuur in 2015 geadviseerd over het beleidsplan en het maatschappelijk/financieel jaarverslag. De Cliëntenraad heeft in 2015 een gesprek gehad met een adviseur van het Landelijk Steunpunt medezeggenschap en zich georiënteerd op een training voor de cliëntenraadsleden en de Raad van Bestuur in 2016. De doelstelling van deze training is om de cliëntenraadsleden en de Raad van Bestuur handvatten te geven vorm en inhoud te geven aan de rechten van de Cliëntenraad, de te stellen doelen en resultaten te bereiken en een goede, constructieve samenwerking te bewerkstelligen tussen de Cliëntenraad en de bestuurders.

# 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 2015

#### 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 "Prestatiebesteding multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen" ingevoerd voor diabeteszorg. Zorgverzekeraar en zorggroep kunnen op grond van deze beleidsregels een, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale zorg (keten-DBC) ten aanzien van aandoeningen zoals DM type 2, COPD en een verhoogd CVR. Integrale besteding bestaat uit zorgkosten en organisatorische kosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. Gebaseerd op de beleidsregel integrale besteding 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 besteding 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, per 1 juli startte cohort 2 met de CVRM ketenzorg.

### Informatie over de voornaamste risico's

De structuur van het DZS schoot aanvankelijk 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 geen uniform elektronisch patiëntendossier. Met 9 verschillende HISsen en andere elektronische dossiervorming bij ziekenhuis, apothekers, DCWF, KZWF/het DZS en CHP is een goede communicatie onmogelijk.
- De financiering van de ketenzorg is onvoldoende gewaarborgd. Ieder jaar moet over de budgetten worden onderhandeld waarbij de zorggroep een intermediaire positie heeft tussen verzekeraar en huisartsen.
- Met huisartsen mogen geen collectieve afspraken worden gemaakt en verzekeraars willen geen lange termijn contracten afspreken. Tenslotte is het altijd maar de vraag of alle andere verzekeraars de afspraken met de preferente verzekeraar willen volgen.

### Informatie over de toekomst

Er liggen voor de zorginstellingen mooie uitdagingen om de zorg te optimaliseren en efficiënter te maken.

Zo is het feit, dat er een groeiende zorgvraag naar chronische zorg ontstaat, een kans om de chronische zorg anders te organiseren. Immers, de toename van het aantal diabetespatiënten (huidig aantal ongeveer 1 miljoen), toename van mensen met ernstige cognitieve stoornissen en oudere mensen met multimorbiditeit, de toename en grotere overlevingsduur van mensen met kanker, betekent een toename in de chronische zorg.

Met de toename van de zorg zal ook de vraag naar diagnostiek toenemen. De rol van de zorggroep wordt door verzekeraars en overheid centraal gesteld in de regieneming van de chronische zorg, het doelmatig voorschrijven, doelmatig gebruik van eerstelijns diagnostiek en dossiervorming in de regio's. Er is een kans naar uitbreiding met andere zorgketens, er is een kans op populatiebepoorting en wij praten 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 ziet kansen inhoudelijk en financieel gebruik te maken met de verbindingen binnen ZWF. ZWF 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 - 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 onder meer het uitvoeren van de driemaandelijkse controles. De POH-ers stellen patiënten daarnaast veelal in op 1 maal daags insuline; indien nodig met coaching door de diabetesverpleegkundigen van het DZS. De begeleiding van onregelde patiënten die insuline gebruiken en het instellen op 4 maal daags insuline therapie worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de diabetesverpleegkundigen van KZWF. Dat geldt ook voor het instellen op en het leren injecteren van GLP1-analogen.

Diabetesverpleegkundigen van KZWF/het DZS maken gebruik van een continu bloed- glucosemeter (Dex-com) die diagnostisch gebruikt wordt om meer inzicht te krijgen in onregelingen. Op verzoek van huisartsen en POH-ers hebben de diabetesverpleegkundigen in 2015 onregelde patiënten begeleid met behulp van deze continu bloedglucosemeter.

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

**In 2015 hebben er in de huisartspraktijk gestructureerde overleggen plaats gevonden:**

- Een halfjaarlijks diabetes ketenzorg 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;
- Een halfjaarlijks COPD overleg.

Aan deze overleggen hebben huisartsen, POH-ers, PA-en en één van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten (huisartsondersteuners) van KZWF deelgenomen.

Per praktijk zijn de benchmark-/spiegelinformatiegegevens van de diverse zorgketens besproken. Naast de individuele patiënten zijn daarbij ook de prestaties van de praktijk en verbeterpunten voor zowel de praktijk als KZWF/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 2015 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. Voor de POH-ers en PA-en-diabetes kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

Onderwerpen voor de POH en PA-diabetes	Docenten
Neuropathie en wijzigingen voetenprotocol	Fred Storms, internist/diabetoloog St. Antonius ziekenhuis Diabetesverpleegkundigen KZWF
Diabetes en mondhygiëne	Celine Hansen, mondhygiënist WFG Flora van der Brugge, stagiaire mondhygiëne WFG

Tabel 4 - Vakgroepbijeenkomsten

De vakgroepbijeenkomsten werden goed ontvangen, zij werden bezocht door gemiddeld 28 POH-ers en PA-en-diabetes. De beoordeling van de bijeenkomsten was gemiddeld een 7,7.

#### Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma diabetes:

- Insulinecursus "Stap voor stap". Een praktische insulinecursus voor praktijk-ondersteuners die net zijn begonnen met instellen van insuline en reeds op de hoogte zijn van de theoretische achtergrond. Doelgroep: POH-ers.  
Docenten: diabetesverpleegkundigen en diëtisten van het DZS. Vooral de interactiviteit en praktijkgerichtheid werd goed beoordeeld.

#### Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma-CVRM:

- Voor het ketenzorgprogramma-CVRM werden er voor zowel cohort 1 als cohort 2 een casuïstiekbijeenkomst, benchmarkbijeenkomst en een voortgangsbijeenkomst georganiseerd. Doelgroep: huisartsen en POH-ers.  
Docent: dhr. B. van Oostendorp, kaderhuisarts hart- en vaatziekten.



**Aangeboden basisscholingen ketenzorgprogramma-COPD:**

- Voor het ketenzorgprogramma-COPD werden 2 scholingen georganiseerd:  
Het COPD zorgprogramma en de geactualiseerde NHG-Standaard COPD.  
Docent: mevr. H. Cox, kaderhuisarts COPD.
- Multidisciplinaire behandeling voor huisartsen en POH-ers. Docenten: mevr. H. Cox, kaderhuisarts COPD in samenwerking met longarts mw. de Fraiture, apotheker Phillip Vos en een diëtist van KZWF. De cursus "Stoppen met roken" en de Caspircursus zijn in 2015 door DOKh georganiseerd.

Deze scholingen werden bezocht door gemiddeld 22 personen en beoordeeld met een gemiddelde van 7.8. Er zijn in 2015 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 te gast te zijn, in 2015 waren dit er 9. In 2015 hebben 8 POH-ers stage gelopen. 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, 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.

Per januari 2015 is in verband met de vorming van de Koepelstichting en statutenwijziging van KZWF de directeur van KZWF vrijwillig afgetreden. De oud-directeur heeft in 2015 als medisch adviseur bij KZWF gewerkt. In 2014 heeft het management van KZWF een intern reorganisatieplan ontwikkeld, dat per januari 2015 geoperationaliseerd is. Medewerkers zijn intensief betrokken bij het plan. De ontwikkelingen in de ketenzorg en het aftreden van de directeur vroegen om een aanpassing van de organisatiestructuur van KZWF en de functies van medewerkers. De hiërarchische lijn is per januari 2015 georganiseerd op functies/teams omdat de kracht van de organisatie zit in het multiple inzetbaar zijn voor de huidige en toekomstige ketenzorg van de functiegroep (diabetes)verpleegkundigen, de functiegroep diëtisten en de functiegroep medisch onderzoeksassistenten. Deze teams worden aangestuurd door teamleiders. Op deze wijze kan de hoogste effectiviteit en efficiency worden bereikt.

Om de complexe bedrijfsvoering goed te ondersteunen is er bij KZWF een managementteam operationeel. De samenstelling bestond in 2015 uit de manager KZWF, de manager bedrijfsbureau en de controller. De aansturing van de verschillende aspecten van de organisatie (zorg, ondersteunende processen, onderzoek) kwamen in gelijke mate onder de aandacht van de RvB. Afstemming tussen deze drie aspecten van de organisatie vond plaats middels een wekelijks bilateraal overleg tussen Dhr. S. Koomen, lid RvB met de portefeuille KZWF, en de manager KZWF. Daarnaast vond er afstemming plaats binnen het tweewekelijkse managementteam van KZWF. De bedrijfsvoeringsprocessen werden in 2015 verder geoptimaliseerd.

KZWF wil het huidige kwaliteitsniveau handhaven en volledig 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 per 2016 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. In 2015 hebben voorbereidende werkzaamheden plaatsgevonden om per 2016 te starten met de adviesgroepen.

#### 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).

Met ICTZ is een Service Level Agreement afgesloten. In samenwerking met ICTZ is een meerjarenplan hardware opgesteld, waaraan ook in 2015 uitvoering is gegeven. 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 gebied 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](http://www.ketenzorgwf.nl) biedt professionals de mogelijkheid 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.

Om de uitwisseling van informatie binnen de keten te optimaliseren is digitale samenwerking tussen zorgverleners en patiënt van belang. KZWF heeft in 2014 met hulp van een adviesbureau de huidige Keten Informatie Systeem (KIS) leveranciers beoordeeld op basis van een opgesteld programma van eisen. Al snel ontstond het beeld dat afstand nemen van Chipsoft gezien het bestaande CS dossier geen reële optie was. Daarom zijn gesprekken gestart met Chipsoft om met hen te spreken over het ontwikkelen van een KetenZorgportaal.

In september 2015 is besloten om met hen in zee te gaan. Er zal een portaalfunctie ontwikkeld worden waarmee samenwerking tussen de verschillende zorgverleners wordt gefaciliteerd en waarbinnen de patiënt optimaal de gelegenheid wordt geboden actief te participeren in de zorg rondom zijn of haar chronische ziekte. De ontwikkeling bestaat uit twee grote deeltrajecten: de upgrade van EZIS 5.2 naar HiX (realisatie 1-6-2016) en de inrichting van het KetenZorgportaal (livegang 1-7-2016). Voor beide trajecten is een projectorganisatie opgetuigd, aangestuurd door een stuurgroep. De project- en stuurgroep zijn in 2015 zesmaal bijeen gekomen.

### 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 2014 constateerde het auditteam in 2015 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. Het kwaliteitsmanagementsysteem is mee ontwikkeld met de organisatie. Het primaire proces zoals de diabetes ketenzorg dit heeft, is vertaald naar de ketenzorg COPD en CVRM. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nauwkeurig gedocumenteerd en bij alle medewerkers een vanzelfsprekendheid in de uitvoering van hun werk.

KZWF heeft in 2015 deelgenomen aan de zelfevaluatie Zorggroepen op basis van de Kritische Kwaliteitskenmerken van brancheorganisatie InEen. Verbeterpotentieel zat ondermeer in het ontwikkelen van een zelfzorgplatform met daarin een zelfmanagementtool. Het in 2016 te lanceren Ketenzorgportaal voorziet in deze functionaliteit. Verbeterpotentieel lag eveneens op het gebied van het vaststellen van de samenwerkingsafspraken tussen eerste en tweede lijn. Momenteel worden deze afspraken met ondersteuning van een jurist vastgelegd in RTA's (Regionale Transmurale Afspraken). Wij verwachten dat deze op 1 juli 2016 klaar zijn.

KZWF wordt per januari 2016 verantwoordelijk voor de totale zorg voor mensen met diabetes type 2 in de regio West-Friesland. Het DZS, als onderdeel van KZWF, verleent daarbij als diabetes expertisecentrum diabeteszorg in samenwerking met de Westfriese huisartsen en is verantwoordelijk voor de kwaliteit en coördinatie van de diabetesketenzorg. VGZ heeft KZWF hiertoe uitgenodigd op basis van uitkomsten van zorg en bereikte substitutie tot op heden.

## 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.

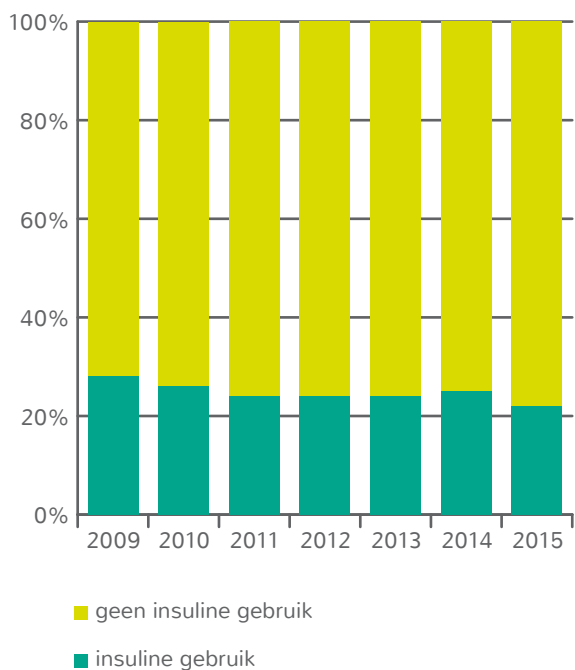
De resultaten van de diabeteszorg van de naar het DZS verwezen patiënten en de COPD en CVRM zijn weergegeven in onderstaande figuren/tabellen en verdere toelichting.

#### Resultaten diabeteszorg

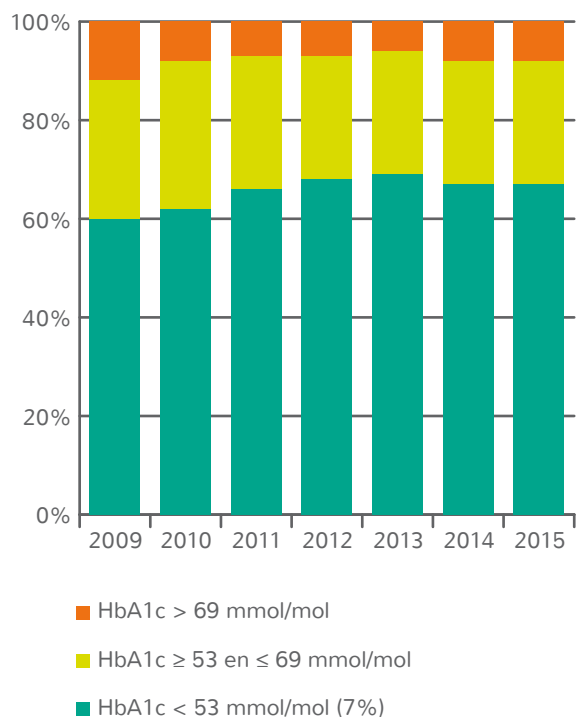
De gemiddelde leeftijd van de diabetespatiënten in 2015 was 67,5 jaar en daarmee gelijk aan de gemiddelde leeftijd in de voorgaande jaren. De gemiddelde diabetesduur was 9,2 jaar. Van alle naar het DZS verwezen mensen met type 2 diabetes is 53% man en 47% vrouw.

Alle patiënten ondergingen een jaarcontrole, bij alle patiënten is een volledig laboratoriumonderzoek afgenomen. In figuur 2 en 3 vindt u respectievelijk een weergave van het insulinegebruik en de glucose-instelling van 2009 t/m 2015. In 2015 is het aantal mensen met insulinegebruik licht afgenomen en de glucose-instelling gelijk gebleven ten opzichte van 2014. Het gemiddelde HbA1c over 2015 was met 52 mmol/mol gelijk aan 2014. Het aantal mensen met een HbA1c > 69 mmol/mol is ten opzichte van 2014 gelijk gebleven (8,3%) dat geldt ook voor het aantal mensen dat goed is ingesteld (HbA1c < 53 mmol/mol) (65,1%).

Uit de cijfers valt op dat het aantal mensen dat een statine kreeg is gedaald, van 75% naar 66,7%. In tabel 5 vindt u een weergave van de risicofactoren op hart- en vaatziekten, in figuur 4 het percentage personen dat rookt.



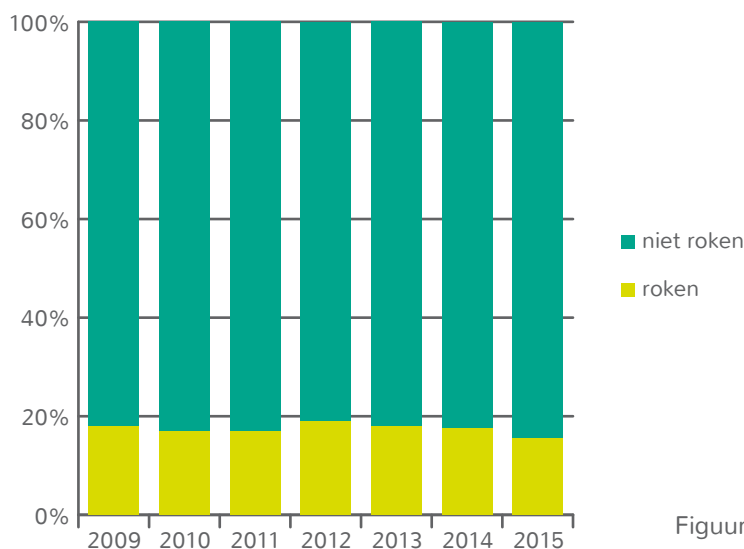
Figuur 2 - Insulinegebruik bij het DZS, cross-sectionele gegevens



Figuur 3 - Verdeling van het HbA1c, cross-sectionele gegevens

Gemiddelden	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Systolische bloeddruk	144 mmHg	142 mmHg	142 mmHg	141 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%)	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	8,3 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	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	2,4 mmol/l
Triglyceriden	1,8 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l	1,7 mmol/l
BMI	30,2 kg/m <sup>2</sup>	30,2 kg/m <sup>2</sup>	30,2 kg/m <sup>2</sup>	30,1 kg/m <sup>2</sup>	30,1 kg/m <sup>2</sup>	30,1 kg/m <sup>2</sup>	30,1 kg/m <sup>2</sup>
Statine gebruikers	73,8%	69,0%	69,6%	69%	72%	75,5%	66,7%

Tabel 5 - Hart- en vaatziekten risicofactoren

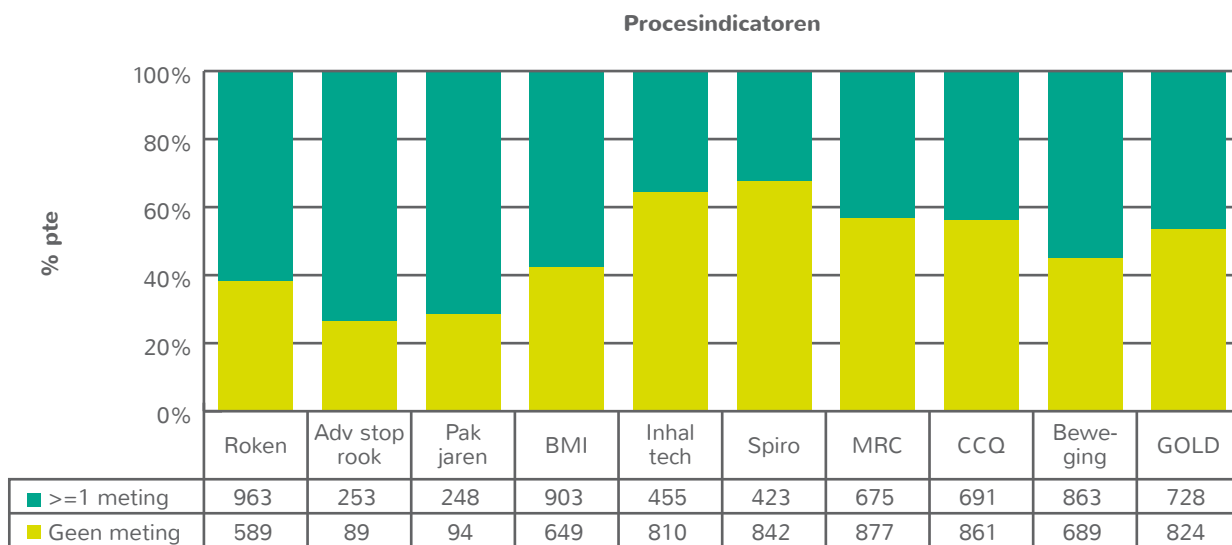


Figuur 4 - Percentage personen dat rookt, cross-sectionele gegevens

### Resultaten COPD zorg

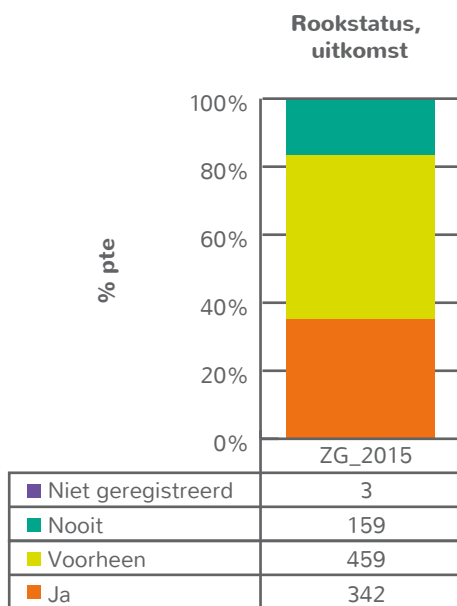
In 2016 is er een extractie verricht naar de COPD-indicatoren betreffende het jaar 2015 door Meetpunt Kwaliteit. Hieraan hebben 88 huisartsen deelgenomen. Er hebben 3 huisartsen, die wel patiënten in de keten hebben geïncludeerd, afgezien van deze extractie. Uit de totale zorgpopulatie van 192.754 blijken 3.512 patiënten met de ICPC-code R95 (COPD) gecodeerd te zijn. Dit komt neer op een prevalentie van 1,8%. Op 31 december 2015 waren 1.850 patiënten in de keten geïncludeerd. Uit het rapport transparante ketenzorg van InEen uit juni 2015 blijkt dat het gemiddelde percentage geïncludeerde patiënten in 2015 in de COPD ketenzorg 50,1% is. In Nederland wordt uitgegaan van een prevalentie van 2,1% zie rapport transparante ketenzorg van InEen 2015.

Dit is de tweede keer dat deze extractie plaats vindt voor wat betreft de COPD-indicatoren. Over de gehele linie blijkt dat de registratie van alle indicatoren nog onder het landelijk gemiddelde zit. Dit zal in 2016 een aandachtspunt zijn bij de halfjaarlijkse bezoeken van de huisartsondersteuners aan de praktijken. In figuur 5 vindt u de uitkomst van de procesindicatoren COPD 2015, in figuur 6 de rookstatus. De trendanalyse van transparante ketenzorg InEen laat over de hele linie een verbetering zien ten opzichte van 2014. Als speerpunten worden registratie van de rookstatus, inhalatietechniek en functioneren gezondheidstatus meegenomen. Tevens blijft het registreren van de hoofdbehandelaar en geen programmatische zorg een aandachtspunt.



Figuur 5 - Uitkomst van de registratie van de procesindicatoren COPD

De indicator rookstatus is bij 62% van de geïncludeerde patiënten vastgelegd en er blijkt bij uitsplitsing dat 35,7% nog rookt, dit is onder het landelijk gemiddelde.



Figuur 6 - 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- labcode 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 ook in 2015 gewerkt aan de kwaliteitscontrole van spirometrie. Van september tot november heeft er een 100% kwaliteitscontrole plaatsgevonden van de ketenspirometrieën. De kwaliteitscontrole is uitgevoerd door de afdeling longgeneeskunde van het WFG. Er is met name aandacht besteed aan de technische uitvoering van de spirometrie. Het definitieve kwaliteitsrapport werd eind december door KSYOS opgeleverd. In 2015 zijn door 25 huisartspraktijken in totaal 175 spirometrieën ingestuurd via KSYOS.

De controleur beoordeelde elk spirogram (TPO) op kwaliteit van de biometrie (is het spirogram technisch goed geblazen). Er zijn 3 categorieën: goed, matig, slecht.

De kwaliteit van de biometrie voor de gehele groep is als volgt door de controleur beoordeeld: 40% goed, 38% matig, 12% slecht, en 10% niet beoordeeld.

Een beoordeling van slecht of niet te bepalen 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. In overleg met de kaderhuisarts is besloten de kwaliteitscontrole spirometrie via KSYOS Telepulmonologie in 2016 niet verder voort te zetten. Wij willen ons graag richten op verdere ondersteuning van de huisartspraktijk. Gedacht kan hierbij worden aan ondersteuning door de longfunctieanalist in de huisartspraktijk.

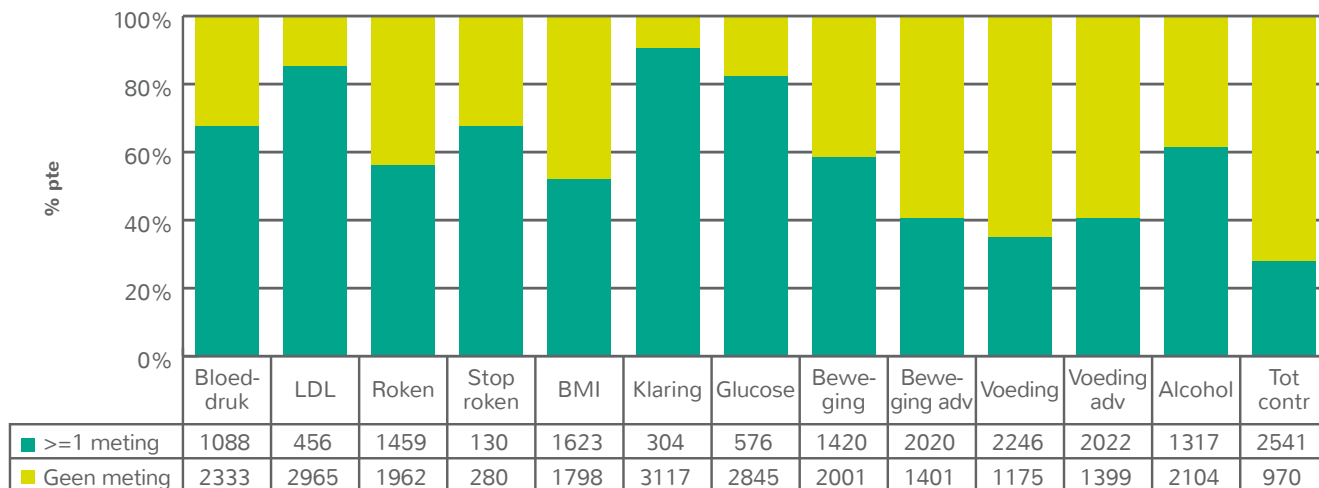
In 2015 waren er 18 huisartsen die het spirometrisch onderzoek uit lieten voeren door het DCWF.

### Resultaten CVRM

In april 2016 heeft Meetpunt Kwaliteit gerapporteerd over een aantal indicatoren over de geleverde zorg door cohort 1 en 2 in 2015. Aan de extractie hebben 89 huisartsen deelgenomen. Er hebben 2 huisartsen, die wel patiënten in de keten hebben geïncludeerd, afgezien van deze extractie.

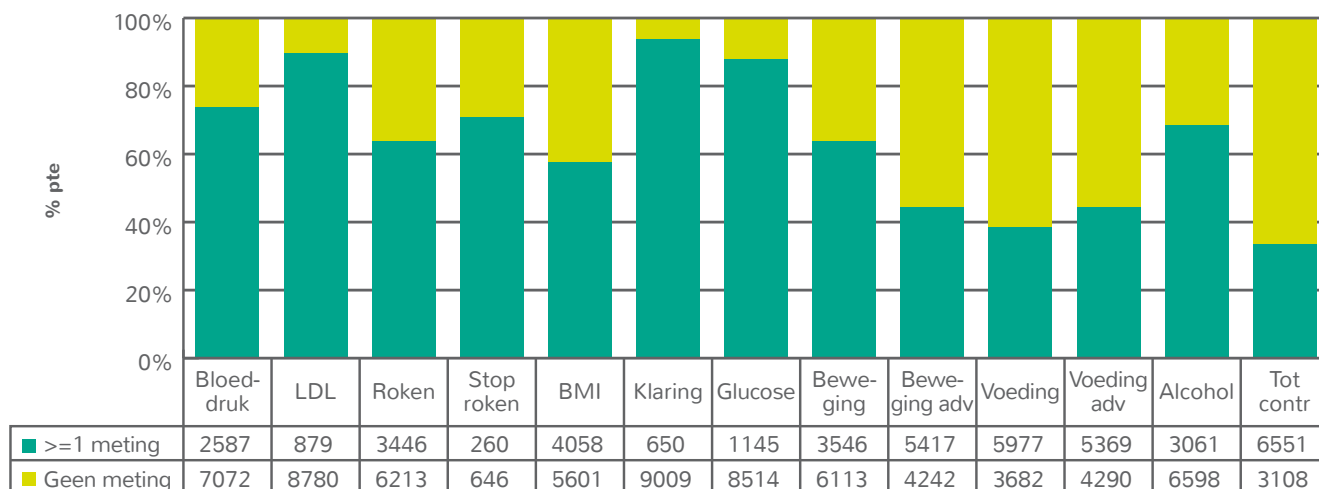
In de scholing aan cohort 1 en cohort 2 is aandacht besteed aan het juist registreren van de meetwaarden, dit wordt ook bij de praktijkbezoeken door de huisartsondersteuners besproken. Uit de rapportage (procesindicatoren) blijkt dat de registratie nog wel voor verbetering vatbaar is. Dat er niet op juiste wijze is geregistreerd, betekent niet dat de zorg niet is geleverd. Op 31 december 2015 waren 15.036 patiënten in de keten CVRM geïncludeerd. De trendanalyse in het rapport transparante ketenzorg van InEen laat over de hele linie een verbetering zien t.o.v. 2014. Veel indicatoren zitten na ruim 1 jaar ketenzorg CVRM dicht bij het landelijk gemiddelde. Het vastleggen van rookgedrag en beweging verdient extra aandacht naast het registreren van hoofdbehandelaar en geen programmatische zorg. Deze worden in 2016 als speerpunten meegenomen door de huisartsondersteuners tijdens de praktijkbezoeken.

**Procesindicatoren HVZ**

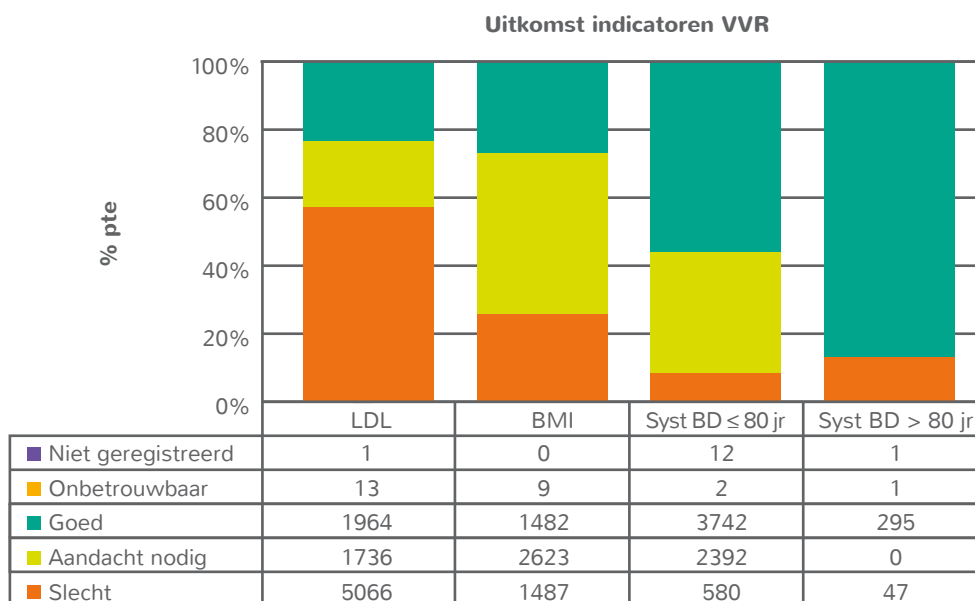


Figuur 8 - Procesindicatoren HVZ

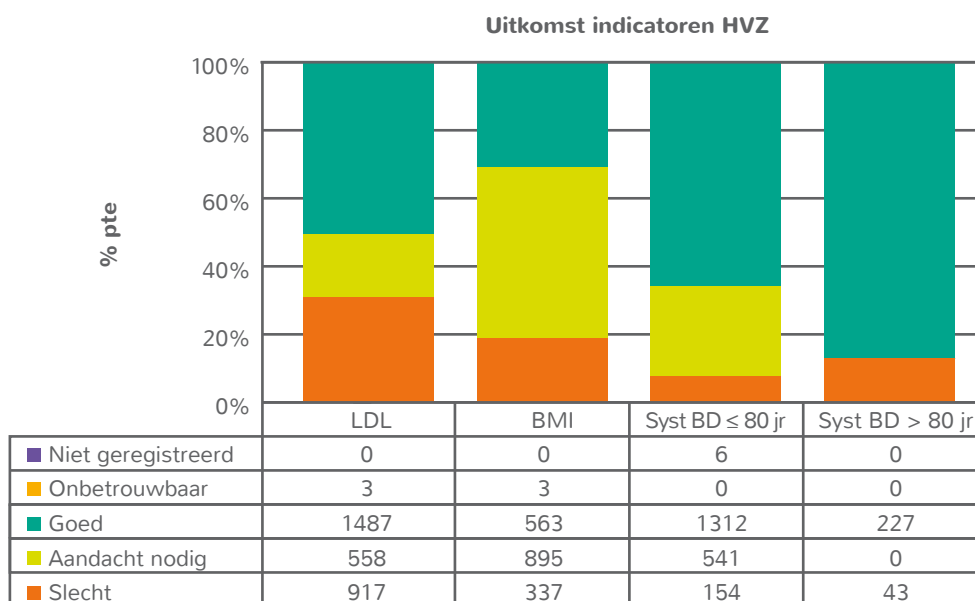
**Procesindicatoren VVR**



Figuur 9 - Procesindicatoren VVR



Figuur 10 - Uitkomst indicatoren VVR



Figuur 11 - 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. De resultaten van het onderzoek zijn in april 2015 aan KZWF gepresenteerd.

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 6 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 6 - Overzicht gemiddelde score per indicator CQ

Tabel 7 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 7 - vergelijking PACIC schaalscores

Om dit verbeterpunt te realiseren is KZWF eind 2015 in samenwerking met Chipsoft een project gestart om in 2016 te komen tot de ontwikkeling van een KetenZorgportaal. Via dit portaal hebben patiënten toegang tot eigen dossierinformatie. Tevens zullen een individueel zorgplan en zelfmanagementtool voor patiënten ter beschikking zijn.

#### 4.4.3 Klachten

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 2015 werden 16 klachten geregistreerd.

Per klacht konden er meerdere klachtgronden (27) worden geregistreerd; 8 klachten gingen onder meer over informatieverstrekking, 7 over de uitvoering van de zorgverlening. Er werd 5 keer de klachtgrond bejegening aangegeven en 5 keer uitvoering van de wet- en regelgeving. De andere klachtgronden waren: omvang zorgverlening (1), hulpmiddelen (1), toekennen Simm's classificatie (1) en een overige reden (2). Door bemiddeling van de medewerkers en het management zijn 7 klachten afgerond. De klachtencommissie heeft in 2015 eenmaal vergaderd.

	2012	2013	2014	2015
Percentage klachten t.o.v. aantal patiënten in behandeling	0,16%	0,05%	0,04%	0,05%

Tabel 8 - Percentage klachten

#### 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. In 2015 is een back-up lijn voor de vaste telefonie gerealiseerd zodat bij uitval van een provider KZWF altijd bereikbaar is. Voor individuele patiënten worden zo nodig mobiele nummers gegeven van de diabetesverpleegkundige en de diëtist. De kaderhuisartsen en medisch adviseur verbonden aan het DZS zijn bereikbaar voor collega-artsen en medewerkers van KZWF. 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 de Cardio Vasculaire zorg, uitgevoerd in de huisartspraktijk, is goed toegankelijk voor patiënten.

#### 4.4.5 Veiligheid

##### Veiligheid van patiënten

KZWF werkt met een vastgestelde procedure voor het melden van incidenten die zich tijdens de zorgverlening kunnen voordoen.

In 2015 is er een transmurale incidentmelding (TIM) gedaan vanuit de wijkverpleging. Op basis hiervan is een probleemanalyse gemaakt en 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 2015 uitgevoerd door de afdeling Klinische Fysica en Informatica van het VUmc.

In 2015 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 2015 met het WFG 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 was ook in 2015 de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer. De facilitair coördinator van KZWF is opgeleid tot Arbo-preventiemedewerker.

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 zijn opgeleid tot ontruimer en er een cursus hanteren blusmiddelen hebben gevolgd. Het ploegleiderschap is komen te vervallen en is uitbesteed aan het WFG. De receptiemedewerkers zijn opgeleid als BHV-er zodat op alle werkdagen een BHV-er ter beschikking is. Daarnaast kan KZWF 24/7 gebruik maken van de BHV-ers van het WFG en Regiocontrole. Alle blusmiddelen zijn in 2015 alle blusmiddelen gecontroleerd en goed bevonden.

In 2015 zijn we overgestapt op een andere manier voor het beveiligen van het pand. Per 1 januari 2015 loopt de beveiliging via het WFG en Regiocontrole. Het WFG en Regiocontrole zijn 24/7 te bereiken bij een calamiteit. Tijdens een melding van een calamiteit in de avond of weekend gaat een medewerker van het WFG of Regiocontrole polshoogte nemen. Bij een echte calamiteit wordt iemand van KZWF ingeschakeld. Hiermee wordt het onnodig opdraven van de verantwoordelijke KZWF medewerker bij 'fout' meldingen voorkomen en waarborgen wij de veiligheid van de medewerkers en het pand. Verder is voor de medewerkers die het pand openen en/of sluiten een extra veiligheid ingebouwd als zij onder dwang moeten openen of sluiten. Hierdoor worden gelijk Regiocontrole en politie gewaarschuwd en ingeschakeld.

### 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 ontwikkel-omgeving 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. Voor de personele bezetting geldt net als vorige jaren dat sinds eind 2010 de bezetting zeer beperkt is 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 2015.

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 2015 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.

#### 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 2015 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 2015 opnieuw een belangrijk aandachtspunt geweest voor het management.

Functie	Gemiddelde fte 2013	Gemiddelde fte 2014	Gemiddelde fte 2015
Diabetesverpleegkundige	7,9	7,2	7,5
Diëtist	7,8	8,0	7,4
Onderzoeksassistent	6,8	7,0	7,9
ICT	0,9	0,8	0,8
Financieel medewerker	1,3	1,8	2,3
Secretaresse	1,2	1,2	1,3
Receptionist/oproepsysteem	3,1	3,1	3,1
Coördinator service en diensten	0,6	0,6	0,6
Manager	1,7	2,6	2,3
Medisch adviseur	0,3	0,3	0,2
Totaal	31,6	32,6	34,0
Doorbelasting	-0,4	-1,1	0
<b>Totaal **</b>	<b>31,2</b>	<b>31,5</b>	<b>34,0</b>
** Inclusief ziek ivm zwangerschap	0,5	0,1	0,2

Tabel 9 - Gemiddelde fulltime equivalent 2013 - 2015

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 2015 lag het accent van de deskundigheidsbevordering op vakinhoudelijke trainingen, communicatie- en patiëntgerichte gedragbeïnvloedingstrainingen en coaching-on-the-job. Daarnaast heeft een aantal medewerkers een LEAN training gevolgd.

### Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim bedroeg in 2015 3,10% exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof. Inclusief zwangerschap- en bevallingsverlof was dit percentage 4,79%. Het verzuim (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof) was in 2015 lager dan in 2014. Het percentage zwangerschap- en bevallingsverlof was in 2015 eveneens lager. Zie hiervoor tabel 10. In 2015 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, de P&O functionaris van ZWF en/of andere dienstverleners in ter ondersteuning van de re-integratie. In tabel 11 vindt u een weergave van het personele verloop.

Ziekteverzuim	2014	2015
Inclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	5,17%	4,79%
Exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	4,99%	3,10%

Tabel 10 – Ziekteverzuim

Verloop personeel	Instroom 2015	Uitstroom 2015
Aantal Medewerkers	3	0
Fte	2,2	0

Tabel 11 - 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 competentieontwikkeling. 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 (NZa) 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 drie segmenten.

Dit alles heeft bij huisartsen tot veel onrust geleid, maar ook de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorggroepen is geenszins makkelijk verlopen. Zo was er een eind 2015 nog geen overeenkomst met VGZ voor 2016 en 2017.

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 gereede 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 met een HbA1c waarde onder de streefnorm. Uit ons en ander onderzoek blijkt dat 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 "patient 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 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 ook in 2015 van kracht gebleven, mede hierdoor is het resultaat uit gewone bedrijfsvoering ten opzichte van 2014 verder verbeterd van € 98.925 voordelig naar afgerond € 148.000. Dit zal ook de toevoeging worden aan de RAK in 2015.

Pas medio april 2016 is het (tweejarig) contract voor 2016/2017 met VGZ afgesloten. Met bijna alle zorgverzekeraars is op het moment van schrijven een contract.

### BTW

In 2015 is onzekerheid gaan bestaan over een standpunt van de fiscus dat over de overheadkosten die zorggroepen in rekening brengen bij zorgverzekeraars BTW in rekening moet worden gebracht. In 2015 heeft KZWF daarom een aangifte BTW voorbereid. Ze heeft willen wachten op standpuntbepaling door de fiscus, de rechter, politiek en de branchevereniging InEen. Eind 2015 was er nog grote onduidelijkheid. Voor KZWF zou het gaan om een bedrag rond € 600.000.

Voor een volledige weergave van de jaarrekening wordt verwezen naar de jaarrekening 2015 op [www.jaarverslagenzorg.nl](http://www.jaarverslagenzorg.nl).

NB: In mei 2016 werd bekend dat InEen en Zorgverzekeraars Nederland een akkoord hebben bereikt over vergoeding van de BTW vanaf 2010. In overleg met VGZ heeft KZWF inmiddels een suppletieaangifte gedaan. De toezegging door de zorgverzekeraars kan de vermogenspositie van KZWF, die net als vele zorggroepen in Nederland onder druk stond, zich stabiliseren.

# 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	Cliëntenraad
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 (Nederlands Huisartsen Genootschap) Keurmerk voor huisartsenpraktijken die werken aan verbetering van de zorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OA	Onderzoeksassistent
PA	Praktijkassistent (van een huisarts)
PACIC	Patient Assessment Chronic Illness Care
POH	Praktijkondersteuner Huisarts
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	Westfrie Huisartsenorganisatie
WTZi	Wet Toelatingen Zorginstellingen
ZWF	Zorgkoepel West-Friesland





Maelsonstraat 7 – 1624 NP Hoorn – [www.ketenzorgwv.nl](http://www.ketenzorgwv.nl)



September 2016

