

Maatschappelijk jaarverslag 2012

Diabetes Zorgsysteem West-Friesland



Inhoudsopgave

1.	Uitgangspunten van de verslaglegging	3
2	Profiel van de organisatie	4
2.1	Algemene identificatiegegevens	4
2.2	Structuur van de organisatie	4
2.3	Kerngegevens	5
2.3.1	Kernactiviteiten	5
2.3.2	Patiënten, capaciteit, productie, personeel en opbrengsten	8
2.3.3	Werkgebieden	9
2.4	Samenwerking en ketenpartners	9
3	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	11
3.1	Bestuur en toezicht	11
3.1.1	Zorgbrede Governance Code	11
3.1.2	Bestuur	11
3.1.3	Raad van Toezicht	12
3.2	Bedrijfsvoering	12
3.3	Cliëntenraad	12
4	Beleid, inspanningen en prestaties	13
4.1	Meerjarenbeleid	13
4.2	Algemeen beleid	13
4.2.1	Externe ontwikkelingen 2012	13
4.2.2	Ontwikkelingen expertisecentrum diabetes	14
4.2.3	Aanpassingen van de organisatiestructuur van het DZS	15
4.3	Algemeen kwaliteitsbeleid	16
4.4	Kwaliteitsbeleid ten aanzien van patiënten	16
4.4.1	Kwaliteit van zorg	16
4.4.2	Klachten	18
4.4.3	Toegankelijkheid	18
4.4.4	Veiligheid	18
4.5	Kwaliteit ten aanzien van medewerkers	19
4.5.1	Personeelsbeleid	19
4.5.2	Kwaliteit van het werk	20
4.6	Samenleving	21
4.7	Financieel beleid	22
4.7.1	Resultatenrekening 2012	22
	Colofon	23



1 Uitgangspunten van de verslaglegging

Dit jaardocument betreft de verslagperiode 2012. Als uitgangspunt voor het jaardocument is de Regeling verslaglegging Wet Toelatingen Zorginstellingen (WTZI) gehanteerd. Het jaardocument is onder verantwoordelijkheid van de directie tot stand gekomen. Er zijn twee belangrijke onderdelen in het verslag.

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

Het DZS is gestart naar aanleiding van wetenschappelijke studies die in West-Friesland in de algemene bevolking zijn uitgevoerd. In 1989 – 1991 werd in Hoorn een grootschalig bevolkingsonderzoek naar glucosetolerantie bij 2083 personen uitgevoerd, de zogenaamde Hoorn-studie. De deelnemers werden daarna gevolgd met betrekking tot cardiovasculaire morbiditeit en cardiovasculaire en totale mortaliteit. Daarnaast werd onderzoek uitgevoerd naar de ontstaansgeschiedenis van type 2 diabetes en de relatie tussen insulineresistentie en cardiovasculaire ziekten. Vanwege de hoge sterftedans van diabetespatiënten en het idee dat de zorg aanzienlijk is te verbeteren, is de zorg voor diabetespatiënten in nauw overleg met huisartsen hervormd. Het DZS werd daarmee feitelijk de eerste diabetes zorggroep in Nederland. Door de bijzondere relatie met de afdelingen huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde en Epidemiologie & Biostatistiek van het EMGO+ instituut van het Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam, zijn de diabeteszorg en het wetenschappelijk onderzoek sterk met elkaar verweven.

Markante momenten

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

In 2009 is een bestuurlijke samenwerking met de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en de Centrale Huisartsenpost (CHP) tot stand gekomen. Op 26 januari 2011 werd het ISO certificaat voor alle processen van het DZS verkregen, daarmee is het DZS de enige diabetes zorggroep met een ISO certificering.

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.

De diabeteszorg

Het DZS is één van de weinige diabetes zorggroepen met een centrale zorgaansturing. Dat houdt in dat alle mensen met diabetes van de gecontracteerde huisartsen jaarlijks voor een gestandaardiseerde probleemvaststelling het DZS bezoeken op één van de vele locaties in West-Friesland en Wieringermeer. De huisartspraktijk blijft de centrale zorgverlener maar wordt vanuit de centrale aansturing ondersteund om optimaal haar taak 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 zelf-medicatie), het berekenen van de BMI, het meten van de bloeddruk, het maken van een rust ECG, het afnemen van bloed en urine, het maken van een netvliesfoto,

het vaststellen van neuropathie en status van de voeten. Ook wordt door de diabetesverpleegkundige (DVK) en diëtist (DT) een probleem-inventarisatie uitgevoerd met betrekking tot kennis over diabetes en de kennis over gezonde leefstijl met speciale aandacht voor voeding. Deze basiszorg wordt afgesloten met het opstellen van een voorlopig zorgplan. Alle gegevens worden gedeeld met de huisartspraktijk.

De huisarts en/of de praktijkondersteuner (POH) bespreken het voorlopig zorgplan met de patiënt in een zogenaamd schakelconsult, waarbij met de patiënt het zorgplan definitief wordt gemaakt. Huisarts en/of POH passen indien nodig medicatie aan en geven indien nodig aanvullende adviezen over de leefstijl.

Indien er in het kader van de probleeminventarisatie aanleiding toe bestaat, geeft de DVK/DT vervolgeducatie en -begeleiding wanneer er sprake is van complexe problematiek en er ondersteuning gewenst is bij het onder meer: instellen op insuline, overig medicatiebeleid, beleid voor wat betreft complicaties, leefstijlverandering en zelfmanagement.

Complexe zorg

Er is speciale aandacht voor mensen die specialistische zorg nodig hebben.

Binnen het DZS is daar een apart programma voor. De directeur van het DZS, die tevens hoogleraar huisartsgeneeskunde en diabeteszorg is aan het VU medisch centrum, ziet in de voorkomende gevallen de diabetespatiënten die gespecialiseerde zorg nodig hebben samen met één van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten. Indien daarna blijkt dat meer specialistische kennis nodig is, wordt de patiënt naar het VU medisch centrum verwezen waarmee een intensieve relatie wordt onderhouden. Met dit programma wordt optimale vervanging van zorg verkregen van tweede lijns zorg naar eerste lijns zorg (substitutie van zorg).

Cardiovasculair programma

Bovendien is er een apart programma voor de complexe cardiovasculaire problematiek. Alle diabetespatiënten worden met een rust ECG gescreend, naast het vaststellen van de gebruikelijke cardiovasculaire risicofactoren.

De bevindingen van het ECG worden vergeleken met de bevindingen van de voorgaande jaren. De reden daarvan is dat screeningsprogramma's met een rust ECG alleen zinvol worden geacht als er met eerder gemaakte ECG's een vergelijking wordt 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.

Dieetadvisering voor mensen zonder diabetes

Vanaf juli 2011 heeft het DZS haar dienstverlening uitgebreid. Er is een aanbod gecreëerd voor dieetadvisering voor mensen die geen diabetes hebben, waarbij het DZS zich onder meer richt op mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, voedselallergieën, maag-darm problematiek en overgewicht. Ook adviseert het diëtistenteam aanstaande moeders, sporters en richt ze zich op kinderen. Het diëtistenteam verricht deze werkzaamheden als onderdeel van het DZS onder de naam: Diëtistenteam Spring.



2 Profiel van de organisatie

2.1 Algemene identificatiegegevens

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

2.2 Structuur van de organisatie

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

De structuur van de Stichting Diabetes Zorgsysteem West-Friesland is weergegeven in figuur 1 op pagina 5.

Bestuur

Het bestuur bestaat uit vijf leden overeenkomstig de leden van het bestuur van de WFHO en de CHP zijnde:

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

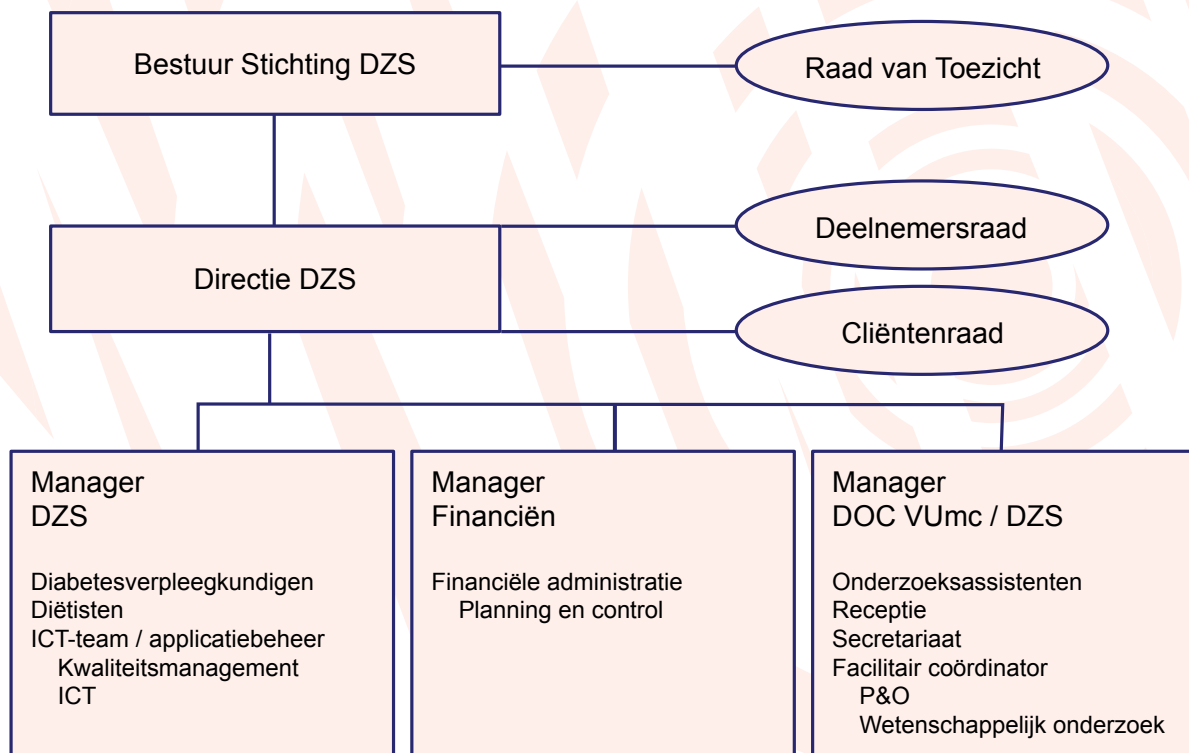
Het bestuur heeft in 2012 vier maal vergaderd. In deze vergaderingen vindt de bestuurlijke besluitvorming plaats in aanwezigheid van de directeur. Vanaf 1 januari 2012 heeft mw. C.A.M. Witte het voorzitterschap van mw. C.W. Verschoor overgenomen.

Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft de bevoegdheid het jaarverslag en het beleidsplan te beoordelen. De Raad heeft in 2012 enkele malen met elkaar overleg gevoerd.

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Dhr. J. Brug	Voorzitter	Vice-decaan wetenschappelijk onderzoek en voorzitter Divisie VI, VUmc
Mw. P. Versendaal (tot 1-9-2012)	Lid	Coördinerend manager Westfriesgasthuis
Dhr. A. Timmermans (vanaf 1-9-2012)	Lid	Voorzitter Raad van bestuur Westfriesgasthuis
Dhr. V. v. Dijk	Lid	Voorzitter Raad van Bestuur Omring

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



2.3 Kernegegevens

2.3.1 Kernactiviteiten

De stichting is een instelling voor de ondersteuning van de diabeteszorg in de gehele zorgketen. De keten-DBC (Diagnose Behandel Combinatie) diabeteszorg is in 2011 geïmplementeerd. Primair richten de activiteiten zich op mensen met type 2 diabetes.

Kenmerken keten-DBC

De keten-DBC voor diabetes bevat alle functies (exclusief medicijnen en hulpmiddelen) voor het verlenen van goede diabeteszorg, conform de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) standaard. Het weerspiegelt goede diabeteszorg in multidisciplinaire samenhang. De keten-DBC diabeteszorg is opgebouwd uit de functionele inbreng van de verschillende teamleden van de diabetes zorggroep. De keten geeft dankzij een functionele opbouw goede mogelijkheden voor vernieuwing van het diabeteszorg proces, waarvan taakherschikking een belangrijk onderdeel vormt. Het tarief van de keten-DBC diabetes wordt door het DZS onderhandeld, waarbij voor dezelfde zorg eenzelfde vergoeding wordt gehanteerd. De keten-DBC diabeteszorg wordt rond de huisartspraktijk georganiseerd.

Kenmerken van het DZS als diabetes zorggroep

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

Taken van het DZS

De taken van het DZS zijn:

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

Taken van de huisartspraktijk

De taken van de huisartspraktijk zijn:

1. Behandelen van de diabetespatiënt.
2. Aanpassen van het individuele zorgplan tijdens het schakelconsult.
3. Uitvoeren van driemaandelijke controles.
4. Aanpassen van de medicamenteuze behandeling op basis van de NHG richtlijnen en het DZS protocol.
5. Geven van voorlichting en educatie over diabetes.
6. Ontvangen van evaluatiegegevens over de gegeven zorg en het maken van een verbeterplan op huisartspraktijkniveau.
7. Aanmelden van nieuw ontdekte diabetespatiënten.
8. Melden van mutaties in het bestaande bestand van diabetespatiënten.

Het ketenzorgmodel

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

Het model bestaat uit 4 modules:

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

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

Figuur 2: Omschrijving jaarlijkse controle DZS

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

Dieetadviesing door Diëtistenteam Spring

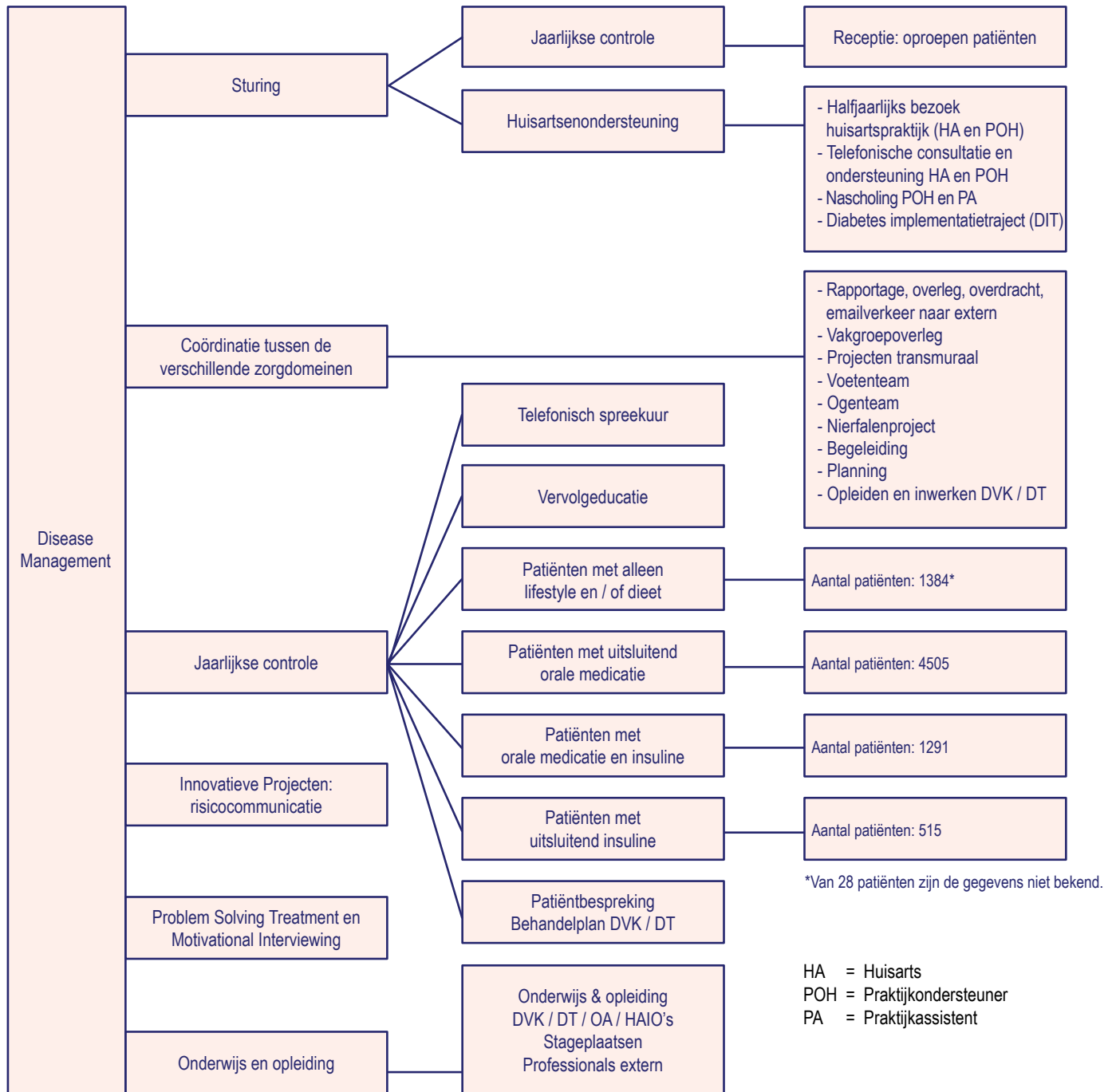
In 2011 is een aanbod gecreëerd voor dieetadviesing voor mensen die geen diabetes hebben, waarbij het DZS zich onder meer richt op mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, voedselallergieën, maag-darm problematiek en overgewicht. Ook adviseert het diëtistenteam aanstaande moeders, sporters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

2.3.2 Patiënten, productie, personeel en opbrengsten

Patiënten: Aantal patiënten in behandeling begin vierde kwartaal 2012: 7589
 Aantal jaarlijkse controles patiënten in 2012: 7687

Bedrijfsopbrengsten: Totaal bedrijfsopbrengsten in 2012: € 3.894.461

Personeel: Aantal personeelsleden in loondienst op 31 december 2012: 48
 Aantal FTE personeelsleden in loondienst op 31 december 2012: 30,77



2.3.3 Werkgebieden

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

In 2012 is de nieuwbouw van een gezondheidscentrum in Enkhuizen aangevangen. De nieuwe locatie in Enkhuizen wordt naar verwachting in mei 2013 opgeleverd.

2.4 Samenwerking en ketenpartners

Uit een recent onderzoek blijkt dat diabetespatiënten naast diabetes vaak negen andere chronische aandoeningen hebben, waarvan zeven met een relatie tot diabetes en twee zonder relatie tot diabetes. Vanwege deze comorbide aandoeningen raadpleegden de patiënten naast de huisarts en de behandelaar van de diabetes, vier medisch specialisten. De meest geraadpleegde specialisten waren de oogarts, de cardioloog en de chirurg.

Goede samenhang in de zorg is belangrijk bij een complexe ziekte als type 2 diabetes en dat wordt ook door de mensen met diabetes zo beleefd. In gebruikelijke zorg is bekend dat afhankelijk van de manier waarop de diabeteszorg georganiseerd is, 15-20% van de diabetespatiënten in de huisartspraktijk elk jaar worden verwezen naar een internist.

Het streven is om alle type 2 diabetespatiënten voor de diabetes in de eerste lijn te behandelen. Deze substitutie moet gepaard gaan met betere kwaliteit en lagere kosten. Het DZS heeft bewezen dat dit kan, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan. Belangrijk daarbij is de gecentraliseerde organisatie van de zorg. Dit kan alleen als huisartsen met hun praktijkondersteuners daarin een belangrijke rol spelen.

Huisartsen

De formele relatie met de huisartsen verenigd in de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) is de gezamenlijke personele invulling van de besturen van de WFHO, de CHP en het DZS. Vanaf 1 januari 2011 is er sprake van een integrale bekostiging van de diabeteszorg. Een integrale bekostiging betekent dat de zorgverzekeraar met het DZS inhoudelijke en financiële afspraken maakt met betrekking tot de eerste lijn diabeteszorg. In die systematiek is het DZS hoofdaannemer voor de diabeteszorg en andere zorgverleners waaronder huisartspraktijken onderaannemers. In de afspraken die met de huisartspraktijken zijn gemaakt zijn globaal twee facetten te onderscheiden. Een functionele relatie en een financiële relatie.

De functionele relatie van het DZS met huisartsen is meerledig:

- Huisartsen verwijzen patiënten naar het DZS.
- Het DZS verzorgt terugrapportage aan huisartsen met betrekking tot de onderzoeksresultaten en advisering voor wat betreft de behandeling en zorgverlening. Halfjaarlijks worden de huisartspraktijken door medewerkers van het DZS bezocht teneinde spiegelinformatie over de bereikte resultaten van de diabeteszorg te geven en zonodig individuele patiëntendossiers te evalueren.
- Het DZS verzorgt de ondersteuning en scholing aan praktijkondersteuners en praktijkassistenten.
- Het DZS verzorgt het diabetes implementatie traject (DIT) in de huisartspraktijk.

Hierbij wordt de organisatie van de zorg geoptimaliseerd door een stappenplan van vaste acties. Met een afgesloten DIT traject kan de huisartspraktijk vrijstelling aanvragen voor het onderdeel diabetes mellitus van de NHG accreditatie van de huisartspraktijk.

De financiële relatie van het DZS met huisartsen is als volgt:

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

In 2012 zijn in de DZS functionerende deelnemersraad de huisartsen geïnformeerd over de innovaties en voortgang. De deelnemersraad heeft in 2012 vijf maal vergaderd. Enkele malen is er een nieuwsbrief rondgestuurd. Er is structureel overleg geweest tussen de directies van het WFHO, de CHP en het DZS.

Onderwerpen van gesprek waren de harmonisatie van de verschillende organisaties zoals de vorming van een gemeenschappelijke Raad van Toezicht.

Tevens werden de bestuursvergaderingen voorbereid.

Ziekenhuis / specialisten

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

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

1. Voeten

De intensieve samenwerking in het voetenteam (coördinator: dhr. H. Honing, revalidatiearts) is in 2012 voortgezet. Het voetenteam bestaat uit de revalidatiearts van het WFG, een vaatchirurg, een diabetesverpleegkundige van het DZS, een podotherapeut, de arts en manager van het DZS. In het voetenteam zijn de protocollen voor screening en behandeling van onderbeenafwijkingen geregeld. Volgens een screeningsprotocol worden onderbeenafwijkingen door de diabetesverpleegkundige gecategoriseerd. Bij afwijkingen wordt besloten de patiënt naar een podotherapeut te verwijzen, die opnieuw door middel van een screeningsprotocol besluit de patiënt zelf te behandelen of door te verwijzen naar het voetenteam van het regionale ziekenhuis. In 2012 zijn er 81 patiënten door het DZS naar de podotherapeut verwezen. In 2012 zijn er 18 onderbeen- of teenamputaties verricht.

2. Ogen

Tevens zijn er afspraken gemaakt met oogartsen over de screening en behandeling van diabetespatiënten. De retinafoto's worden beoordeeld door een daarvoor gecontracteerde oogarts. Met het WFG zijn vaste afspraken gemaakt over doorverwijzing en behandeling van ernstige oogafwijkingen. In 2012 zijn 152 patiënten naar de oogartsen in het WFG verwezen.

3. Cardiovasculaire problemen

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

Omring en de Wilgaerden Woonzorggroep

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

Penitentiaire Inrichting

Het DZS biedt Penitentiaire Inrichting (PI) te Zwaag ondersteuning in de diabeteszorg aan patiënten. Op aanvraag van de PI hebben diabetesverpleegkundigen en diëtisten 13 patiënten in 2012 consultatie gegeven.

VUmc / EMGO+

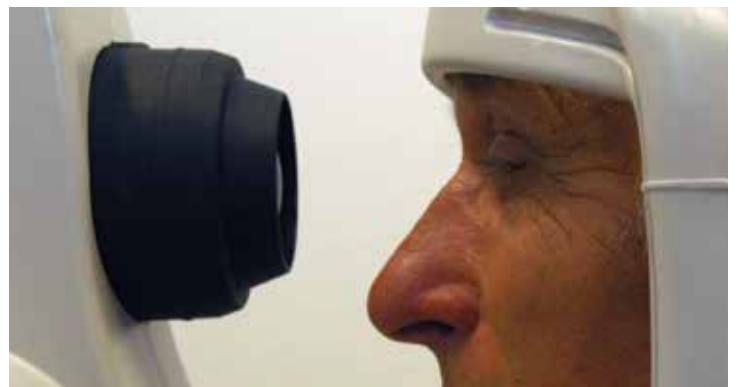
Een groot deel van het wetenschappelijk onderzoek in het VUmc met betrekking tot diabetes wordt in West-Friesland uitgevoerd. Het DZS is een academische werkplaats voor het EMGO+ Instituut voor gezondheid- en zorgonderzoek van het VUmc. Bovendien is de directeur van het DZS hoogleraar op de afdeling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

In 2008/2009 is samen met NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoek gedaan naar de beleving van diabetes bij diabetespatiënten en hun partners. In 2010 is samen met het Juliuscentrum in Utrecht en het NIVEL onderzoek gestart naar de sociale context van de patiënt. Deze studie wordt gesubsidieerd uit een programmasubsidie van het Diabetes Fonds.

In 2012 zijn de resultaten van de "In Control" studie gepubliceerd.

Zelfcontrole voor mensen met diabetes die geen insuline gebruiken blijkt geen effect te hebben op de glucose instelling noch op het gevoel van de diabetespatiënt op het sturen van de aandoening.

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





Diabetes Zorgsysteem West-Friesland

VU medisch centrum



7

3 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

3.1 Bestuur en toezicht

3.1.1 Zorgbrede Governance Code

De Raad van Toezicht en het bestuur hebben beiden bij de oprichting van de stichting DZS de missie en de visie van het DZS onderschreven. In de statuten en in het directiereglement zijn de samenstelling van de Raad van Toezicht en het bestuur, de wijze van benoeming, ontslag en schorsing, de taken en de verantwoordelijkheden van de Raad van Toezicht en van het bestuur en de taken en verantwoordelijkheden van de directie vastgelegd. Ook de frequentie van vergaderen van de Raad van Toezicht en van het bestuur zijn vastgelegd. In juli 2009 is gekomen tot een bestuurlijke integratie met de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) en de Stichting Centrale Huisartsenpost West-Friesland (CHP). Er wordt een corporate governance code voor het bestuur ontwikkeld. Daarin wordt een profielschets van de competenties van de leden van het bestuur opnieuw beschreven, alsmede aandachtsgebieden worden gedefinieerd waarbij wordt gedacht aan financiën, strategische ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zorginhoudelijke kennis, organisatieontwikkeling, juridische kennis en cliëntenervaringen.

3.1.2 Het bestuur

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

Samenstelling:

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

Bezoldiging van het bestuur: het bestuur ontvangt een vergoeding voor hun werkzaamheden in de vorm van vacatiegeld.



3.1.3 Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht heeft de bevoegdheid het beleidsplan voor het komend jaar en het (financieel) jaarverslag te beoordelen. Bij de bespreking van het financiële jaarverslag is de goedkeurende verklaring van de externe accountant aanwezig. Daarmee wordt na de goedkeuring van het Bestuur al dan niet goedkeuring aan beide documenten verleend. De Raad van Toezicht heeft in 2012 enkele malen vergaderd. De Raad van Toezicht heeft haar toezichthoudende functie uitgevoerd door haar corrigerende mening te geven over het financiële jaarverslag en tussentijdse rapportages. Bovendien heeft zij het beleidsplan laten bijstellen en uiteindelijk goedgekeurd.

Samenstelling in 2012:

Naam	Aandachtsgebied	Nevenfuncties
Dhr. J. Brug	Voorzitter	Vice-decaan wetenschappelijk onderzoek en voorzitter Divisie VI, VUmc
Mw. P. Versendaal (tot 1-9-2012)	Lid	Coördinerend manager Westfriesgasthuis
Dhr. A. Timmermans (vanaf 1-9-2012)	Lid	Voorzitter Raad van Bestuur Westfriesgasthuis
Dhr. V. v. Dijk	Lid	Voorzitter Raad van Bestuur Omring
Vacature	Plaatsvervangend Voorzitter	DVN

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

3.2 Bedrijfsvoering

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

Het DZS heeft een eenhoofdige directie, Prof. Dr. G. Nijpels. Hij is voor 0,33 FTE bij het DZS aangesteld. De directeur is voor het overige deel werkzaam als hoogleraar huisartsgeneeskunde bij het EMGO+ Instituut van het VUmc. Er is een directiestatuut vastgesteld waarin de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de directie beschreven zijn. De directeur vergadert tweemaandelijks met het managementteam dat in 2012 bestond uit de manager DZS, de manager financiën en de manager DOC / DZS. Deze vergaderingen worden genotuleerd en gearhiveerd. Ieder kwartaal wordt door de directie verantwoording afgelegd over de kwartaalresultaten naar de grootste zorgverzekeraar in de regio: VGZ.

3.3 Cliëntenraad

De cliëntenraad van het DZS vertegenwoordigt de gemeenschappelijke belangen van de patiënten.

De leden van de cliëntenraad zijn: dhr. P. Brans, voorzitter, dhr. A. Stoffers, vice-voorzitter / secretaris, dhr. R. Saddal, penningmeester, dhr. J. Burger, dhr. J. van Doorn, dhr. J.A. de Heij en dhr. J. Schrik (tot april 2012). Dhr. J.A. de Heij is tevens lid van de klachtencommissie van het DZS, dhr. J. van Doorn is plaatsvervangend lid van de klachtencommissie.

Eind 2012 is er een werving en selectieprocedure gestart voor een cliëntenraadslid gezien het aftreden van dhr. J. Schrik. De personele bezetting van de cliëntenraad is verder constant gebleven.

De cliëntenraad is in 2012 zeven maal bijeen geweest. De volgende onderwerpen zijn in 2012 aan de orde geweest: voordracht door de cliëntenraad voor benoeming van één lid van de Raad van Toezicht en profilering van de cliëntenraad op de vernieuwde website van het DZS. De cliëntenraad heeft in 2012 een enquête gehouden en 70 personen geïnterviewd.

Met behulp van de enquête wilde de cliëntenraad onderzoeken of men op de hoogte was van het bestaan van de cliëntenraad. Van de geïnterviewden bleek 68,5% niet op de hoogte. De cliëntenraad heeft naar aanleiding hiervan besloten te onderzoeken hoe de herkenbaarheid van de cliëntenraad vergroot kan worden.

Er is tweemaal overleg geweest met de directeur en het management van het DZS. Tijdens deze bijeenkomsten waren onder meer het jaarverslag 2011, het beleidsplan 2013, en de bindende voordracht door de cliëntenraad voor de Raad van Toezicht onderwerpen van gesprek. De verwachting is dat de statutenwijziging van het DZS medio 2013 gerealiseerd is, waarin voordracht door de cliëntenraad voor de benoeming van één lid voor de Raad van Toezicht is vastgelegd.



4 **Beleid, inspanningen en prestaties**

4.1 **Meerjarenbeleid**

Het meerjarenbeleid is weergegeven in de missie en visie van het DZS.

Missie

De missie valt uiteen in een ideologie en een aantal doelstellingen:

Ideologie

Het DZS is in de eerste plaats verantwoordelijk voor de ketenzorg met betrekking tot type 2 diabetes voor mensen in regio West-Friesland. Daarnaast heeft het DZS een verantwoordelijkheid voor de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten en dieetadvisering ten aanzien van mensen zonder diabetes.

Doelstellingen

- De kwaliteit van zorg voor mensen met type 2 diabetes in de regio optimaliseren.
- Diabetes gerelateerde complicaties uitstellen of voorkomen.
- Het voorkomen van diabetes en hart- en vaatziekten.
- Het geven van dieetadviezen aan mensen zonder diabetes.
- Het faciliteren van transmuraal wetenschappelijk onderzoek op het terrein van diabetes en diabetes gerelateerde aandoeningen.
- Het bieden van een onderwijs- en opleidingswerkplaats voor transmurale diabeteszorg.

Visie

Het DZS biedt vraaggestuurde ketenzorg in een diabetes management model aan diabetespatiënten in de regio West-Friesland. Het DZS is een team bestaande uit huisartspraktijken en de centrale organisatie waarin ondermeer diabetesverpleegkundigen en diëtisten werkzaam zijn. Het DZS komt tegemoet aan een stijgend patiëntenaantal en aan de kwaliteitseisen die aan de diabeteszorg worden gesteld. De zorg wordt gegeven op basis van het Chronisch Zorgmodel. Het zorgmodel heeft de productieve interactie tussen de mens met diabetes en de diverse zorgverleners als centraal element. Die productieve interactie wordt beïnvloed

door de structuur van de gezondheidszorg en door de financiering van de gezondheidszorg, elementen die nauwelijks kunnen worden beïnvloed, maar ook door de communicatievaardigheden van de zorgverleners en de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de mens met diabetes en de zorgverlener wat zich uit in een zorgplan. Sturingselementen spelen een andere belangrijke rol in het model. De centrale organisatie coördineert de zorg en geeft feedback aan de diverse zorgverleners. De mate waarin de zorg wordt verleend is het principe dat niet-complexe zorg minder deskundigheid vraagt en complexe zorg veel deskundigheid en inzet. Eenvoudige zorg als het kan en complexe zorg als het moet. Hoe ingewikkelder de problematiek, hoe intensiever de zorg.

Daarnaast richt het DZS zich op de preventie van diabetes en hart- en vaatziekten. De preventie concentreert zich op de beïnvloeding van het leefstijlgedrag van mensen met een hoog risico op het ontstaan van diabetes en hart- en vaatziekten. Als nevenactiviteit biedt het DZS via het Diëtistenteam Spring dieetadvisering aan mensen zonder diabetes. Diëtistenteam Spring biedt onder meer dieetadvisering aan mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, eetstoornissen, voedselallergieën, maag-darm problematiek of overgewicht.

4.2 **Algemeen beleid**

4.2.1 **Externe ontwikkelingen 2012**

Ontwikkeling patiëntenpopulatie

Op basis van de Hoorn-studie hebben wij berekend dat in Nederland het aantal diabetespatiënten 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% diabetespatiënten per jaar. De capaciteit van het DZS is daarop berekend. In 2012 is de patiëntentoe name 6% geweest.

Ontwikkelingen in de financiering

Diabeteszorggroepen hebben landelijk ingang gevonden. Het DZS was de eerste diabeteszorggroep in Nederland. Per 1 januari 2010 werd de beleidsregel "Prestatiebeposting 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 ten aanzien van een bepaalde aandoening, de keten-DBC. Integrale bekostiging bestaat uit zorgkosten en daarmee gepaard gaande organisatorische kosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. De betaling van de deelnemende zorgaanbieders vindt plaats op basis van de beleidsregel integrale bekostiging diabetes aan de hoofdcontractant door de zorgverzekeraars. Vanuit deze integrale vergoeding worden de betrokken zorgaanbieders betaald. Het koptarief is een vergoeding die wordt gegeven door een verzekeraar voor de organisatiekosten om de zorg te coördineren, verantwoorden en declareren. Voor West-Friesland is in overleg met huisartsen van de WFHO en met de preferente zorgverzekeraar UVIT 2011 gekomen tot een integrale bekostiging. De preferente zorgverzekeraar VGZ heeft in 2012 aangegeven dat men wil dat er ook wordt gekomen tot een COPD zorggroep. In december 2012 heeft de WFHO het DZS verzocht om dit in de organisatie onder te brengen. In december is in nauwe samenwerking met de WFHO met VGZ tot een akkoord gekomen over de tarieven voor de COPD zorg. In juli 2013 zal hiermee een start worden gemaakt.

Informatie over de voornaamste risico's

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

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

Informatie over de toekomst

Er liggen voor de zorginstellingen mooie uitdagingen om de zorg te optimaliseren en efficiënter te maken. Zo is het feit, dat er een groeiende zorgvraag naar chronische zorg ontstaat, een kans om de chronische zorg anders te organiseren. Immers, de toename van het aantal diabetespatiënten (huidig aantal ongeveer 1 miljoen), toename van mensen met ernstige cognitieve stoornissen en oudere mensen met multimorbiditeit, de toename en grotere overlevingsduur van mensen met kanker, betekent een toename in de chronische zorg. Met de toename van de zorg zal ook de vraag naar diagnostiek toenemen. De rol van de zorggroep

wordt door verzekeraars en overheid centraal gesteld in de regieneming van de chronische zorg, het doelmatig voorschrijven, eerste lijns diagnostiek en dossiervorming in de regio's. Er is een kans naar uitbreiding met andere zorgketens, er is een kans voor populatiebeposting en wij praten op regionaal niveau al over de ontwikkeling naar een regionaal EPD. Het DZS heeft nu al opleidingstaken en is een kennis- en expertisecentrum op haar terrein. Er is een sterke relatie naar de academie voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek. Het DZS gelooft in de ontwikkeling van zorgketens naar zorgpaden voor de chronische zorg. Wij praten met de andere zorgorganisaties hoe wij dit samen kunnen realiseren.

4.2.2 Ontwikkelingen expertisecentrum diabetes

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

Om de kwaliteit van de zorg binnen de keten te bewaken, is de coördinerende rol van het DZS als een kennis- en expertisecentrum belangrijk. Het DZS ondersteunt, en indien nodig stuurt, op die wijze de partners in de keten in het bereiken van de optimale kwaliteit van diabeteszorg.

De specialistische kennis van de diabetesverpleegkundigen en de diëtisten met een diabetesspecialisatie spelen daarin een belangrijke rol. Maar ook het beschikbaar stellen van het registratiesysteem in de keten is hierbij belangrijk. Niet alleen is dit een instrument dat de huisarts in staat stelt geprotocolleerd te werken, het geeft ook de mogelijkheid tot intercollegiale toetsing van de verleende zorg binnen de keten.

Praktijkondersteuners (POH'ers) en praktijkassistenten diabetes (PA'en-diabetes) geven in huisartspraktijken zorg aan ongecompliceerde en minder gecompliceerde diabetespatiënten. Die zorg bestaat uit het uitvoeren van de driemaandelijke controles.

De POH'ers stellen patiënten daarnaast veelal in op 1 maal daags insuline; indien nodig met coaching door de diabetesverpleegkundigen van het DZS.

De begeleiding van ontregelde patiënten die insuline gebruiken en het instellen op 4 maal daags insuline therapie worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de diabetesverpleegkundigen van het DZS.

Dat geldt ook voor het instellen op en het leren injecteren van GLP1-analogen. Een nieuwe ontwikkeling is de mogelijkheid om gebruik te maken van de DEX-com, een continu bloedglucosemeter die diagnostisch gebruikt wordt om meer inzicht te krijgen in ontregelingen. De Insulinx is een nieuwe meter die als hulpmiddel gebruikt wordt bij zelfregulatie. Voor begeleiding hierbij kan men terecht bij de diabetesverpleegkundigen.

Het DZS werkte 2012 in West-Friesland samen met 49 POH'ers en 61 PA'en-diabetes. De samenwerking tussen het DZS en de huisartspraktijken wordt geoptimaliseerd door een goede bereikbaarheid van diabetesverpleegkundigen en diëtisten voor vragen over individuele patiënten.

In 2012 vond er halfjaarlijks gestructureerd overleg plaats per huisartspraktijk tussen POH / PA / huisarts en één van de diabetesverpleegkundigen en diëtisten (huisarts-ondersteuners) van het DZS. Individuele patiënten maar ook de prestaties van de praktijk en verbeterpunten voor zowel de praktijk als het DZS zijn aan de orde gekomen. Benchmark/spiegelinformatie-gegevens zijn per praktijk besproken.

Het Diabetes Implementatie Traject (DIT) in de huisartspraktijken werd in 2012 voortgezet. Doelstelling van het DIT is het optimaliseren van de kwaliteit van de diabeteszorg in de huisartspraktijk door het verbeteren van de organisatie- en kennisgraad. Zorgprotocollen kunnen hierdoor beter worden nageleefd. In de praktijk komt het DIT erop neer dat de diabetesverpleegkundige (huisartsondersteuner) ondersteuning op maat biedt aan een individuele praktijk. Doelstellingen van het DIT-traject zijn de realisatie van een oproep-, bewakings- en controle-systeem voor patiënten met type 2 diabetes en een efficiënte organisatie van het diabetesspreekuur. Daarnaast worden de bij de diabeteszorg behorende protocollen, werkafspraken en afspraken over diagnostiek en behandeling (Medisch Protocol Type 2 Diabetes Mellitus, DZS 2011) geïmplementeerd. Per huisartspraktijk worden verbeterpunten vastgesteld. Met een afgesloten DIT traject kan de huisartspraktijk vrijstelling aanvragen voor het onderdeel diabetes van de NHG accreditatie van de huisartspraktijk.

Tweejaarlijks wordt met de afgesloten praktijken door de diabetesverpleegkundige huisartsondersteuner) een DIT audit gepland voor de voortgang en borging van het traject. Daarnaast wordt tijdens het halfjaarlijks bezoek van het DZS in de huisartspraktijk het diabetesprotocol geëvalueerd en geactualiseerd. In 2012 is er 1 nieuw DIT-traject gestart en bij 15 huisartspraktijken heeft er een een DIT-audit plaatsgevonden. Het totaal aantal huisarts praktijken waar geDIT is betreft 20, er waren 45 huisartsen betrokken bij de DIT.

Het DZS biedt als kenniscentrum structurele scholingen aan. Er werden in 2012 drie vakgroepbijeenkomsten georganiseerd voor de POH'ers en de PA'en-diabetes. Tijdens deze bijeenkomsten werd naast theorie ook casuïstiek behandeld door een deskundige op het betreffende vakgebied. De onderwerpen werden afgestemd op behoefte en actualiteit. Er werden een aantal landelijke en regionale protocollen geïntroduceerd met een vertaalslag naar de praktijk. Voor de POH'ers en PA'en -diabetes kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

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

Onderwerpen voor de POH en PA-diabetes	Docenten
Motivational Interviewing	Mw. J. Tijhaar, Tijhaarcoaching
Allochtonen: reizen en ramadan	Diabetesverpleegkundigen en diëtisten DZS
Oogaandoeningen en oogcomplicaties bij diabetes	Mw. M. Suttorp, oogarts OLVG en DZS Onderzoeksassistenten DZS

De vakgroepbijeenkomsten werden goed ontvangen, zij werden bezocht door 12-35 POH'ers en PA'en-diabetes per bijeenkomst. De beoordeling van de POH'ers en PA'en-diabetes bijeenkomsten was gemiddeld een 7,7. Vooral het goed geïnformeerd worden over de nieuwe ontwikkelingen, het vergroten van de deskundigheid en het netwerken met collega's van het DZS werd als positief ervaren.

Het DZS voerde in 2012 een aantal jaarlijks terugkerende basisscholingen uit:

- Materialen cursusbijeenkomst met in 2012 als thema: Lipodystrofieën.

Onderwerpen: meters, insulinepennen, insulinepennaaldjes, insulinesoorten, spuitplaatsen, nieuwe ontwikkelingen, zelfcontrole, aandachtspunten bij het injecteren van insuline en de landelijke richtlijnen.

- De basiscursus "Wat is Diabetes" (over diabetes en voeding bij diabetes). Georganiseerd voor startende en ervaren POH'ers en PA'en diabetes die werkzaamheden verrichten ten behoeve van de diabeteszorg werd door de geringe belangstelling niet groepsgewijs maar enkele malen op verzoek individueel gegeven.
- Scholing Casuïstiek zelf ingebrachte patiëntencasussen over insuline gebruikers werden volgens een gestructureerde methodiek besproken.
- De cursus: "Het starten met 1 maal daags insuline door de POH".

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

Er zijn in 2012 diverse nieuwe POH'ers en PA'en gestart in de huisartspraktijken in West-Friesland. Deze nieuwe medewerkers hebben ter introductie een dag stage gelopen bij het DZS. Ook huisartsen in opleiding hebben het DZS verzocht een dagdeel te gast te zijn. In 2012 hebben 4 POH'ers en 1 PA stage gelopen. Er zijn 3 huisartsen in opleiding te gast geweest. Daarnaast heeft het DZS diverse gasten ontvangen vanuit universiteiten en opleidingsinstituten.

4.2.3 Aanpassingen van de organisatiestructuur van het DZS

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

Om de complexe bedrijfsvoering goed te ondersteunen, is er een management-team. De samenstelling bestond in 2012 uit drie managers, de manager DZS, de manager financiën en de manager DOC VUmc/DZS gecompleteerd door de directeur. In 2012 heeft er een wijziging plaats gevonden betreffende de taken / verantwoordelijkheden binnen het managementteam. Per januari 2012 is de manager DZS verantwoordelijk voor de ICT. De manager financiën is met ingang van 2012 ook verantwoordelijk voor de financiën van de Stichting Centrale Huisartsenpost West-Friesland voor 10 uur per week en de Stichting Arateus van Cappadocie (beheerstichting Diabetes Centrum).

De aansturing van de verschillende aspecten van de organisatie (zorg, onderzoek, ondersteunende processen) kwamen in gelijke mate onder de aandacht van de directeur. Afstemming tussen deze drie aspecten van de organisatie vond plaats in het managementteam.

De bedrijfsvoeringprocessen werden in 2012 verder geoptimaliseerd en er werd, evenals in 2011, door de accountantsdienst een goedkeurende verklaring afgegeven met betrekking tot het financieel jaarverslag 2012.

In de verklaring werd aangegeven dat de jaarrekening een beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van Stichting DZS per 31 december 2012 en het resultaat over 2012.

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

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

Het Service Level Agreement afgesloten met ICTZ (01-11-2011) is opengebroken in 2012. De afspraken met betrekking tot klantenservice en incidenten zijn onder meer aangescherpt en er zijn nieuwe tariefafspraken gemaakt. De nieuwe SLA is ingegaan op 01-05-2012 en heeft een doorlooptijd van 3 jaar. In samenwerking met ICTZ is een meerjarenplan hardware opgesteld. Er wordt kritisch gekeken naar de aanwezige hardware en of deze nog voldoet aan de huidige eisen. Verder is er een vervangingsplan opgesteld om uitval van hardware te beperken en de continuïteit van de bedrijfsvoering te verbeteren.

Op het terrein van CS-Ezis is bij het DZS een intern team (Ezis-team/helpdesk) werkzaam dat via een actielijst acties, calls, verbeteringen en problemen op regelmatige basis bespreekt. Naast de applicatiebeheerder zijn dit de Ezis-specialisten (DVK en DT) binnen het eigen vakgebied. Per januari 2012 wordt dit team aangestuurd door de manager DZS. Eén van de Ezis- teamleden ondersteunt het team als projectleider voor 8 uur per week. Het uitgezette ICT-beleid en de interne implementatie daarvan door het Ezis-team verloopt naar tevredenheid. In september 2012 heeft het DZS een nieuwe website gelanceerd www.diabetes-zorg.nl. Professionals hebben de mogelijkheid om in te loggen en kunnen op dit gedeelte van de website relevante informatie over onder andere de behandeling, samenwerking binnen de keten en scholingen vinden. Aangezien de voetzorg per 2013 onderdeel wordt van de Keten-DBC diabeteszorg is in 2012 een administratieproces ingericht bij het Diabetes Zorgsysteem West-Friesland voor de registratie en uitbetaling van pedicurebehandelingen. Er is in samenwerking met ICTZ en Abovo media een oplossing bedacht waarmee pedicures via de website van het DZS (www.diabetes-zorg.nl) de uitgevoerde handelingen kunnen registreren. Er is in een Comez koppeling gerealiseerd die aan de hand van een Edifact-bericht een afspraak registreert in een agenda in het CS-Ezis.

4.3 Algemeen kwaliteitsbeleid

Het managementsysteem van het DZS is op 26 januari 2011 door TÜV Rheinland Nederland BV gecertificeerd conform de norm: ISO 9001:2008.

Het eerste controle onderzoek heeft plaats gevonden op 9 december 2011, het tweede controle onderzoek op 29 en 30 november 2012. De controleonderzoeken heeft het DZS met positief resultaat afgerond. Ook in 2012 constateerde het auditteam geen afwijkingen. Als positieve bevinding werd genoemd dat "het DZS een expertisecentrum op het gebied van diabetes is waar kwaliteit hoog in het vaandel staat. Dit uit zich door de betrokkenheid van medewerkers, tevredenheid van klanten en bekendheid in de zorg. De klant staat sterk centraal in het handelen van de organisatie. Het kwaliteitssysteem ziet er gedegen uit, er is sprake van een open structuur, korte communicatielijnen en enthousiaste medewerkers". Het hercertificeringsonderzoek zal plaatsvinden in november 2013.

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 Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en indicatoren voor Zichtbare Zorg.

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

Resultaten diabeteszorg

De gemiddelde leeftijd van de diabetespatiënten in 2012 was 67,5 jaar en daarmee iets hoger dan de gemiddelde leeftijd in 2011 (66,4).

De gemiddelde diabetesduur is 8,1 jaar.

Van alle in naar het DZS verwezen mensen met type 2 diabetes is 52,2% man en 47,8% vrouw.

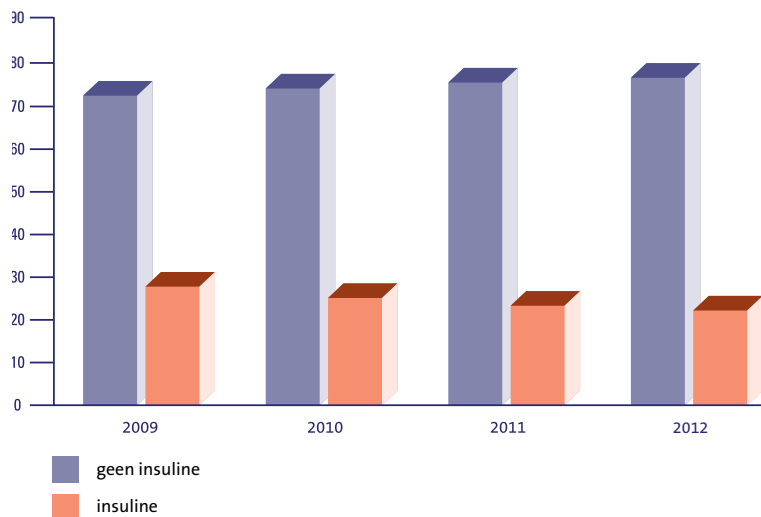
Alle patiënten ondergingen een jaarlijkse controle, bij alle patiënten is een volledig laboratorium onderzoek afgenomen. De driemaandelijkse controle bij de huisarts vond bij 82% van de patiënten plaats. In 2012 zijn 6 personen verwezen naar een internist voor de diabetes behandeling (0,08 %).

In de figuren 3 en 4 vindt u een weergave van het insulinegebruik en de glucose instelling van 2009 t/m 2012. Het aantal mensen met insuline gebruik is licht afgenomen en de glucose instelling is enigszins verbeterd. Het aantal mensen met een HbA1c > 69 mmol/mol (8,5%) is vrijwel gelijk gebleven.

Het gemiddelde HbA1c over 2012 was met 51 mmol/mol (6,8%) vrijwel gelijk aan dat van 2009, 2010 en 2011.

In figuur 5 vindt u een weergave van de risicofactoren op hart- en vaatziekten, in figuur 6 het percentage personen die roken.

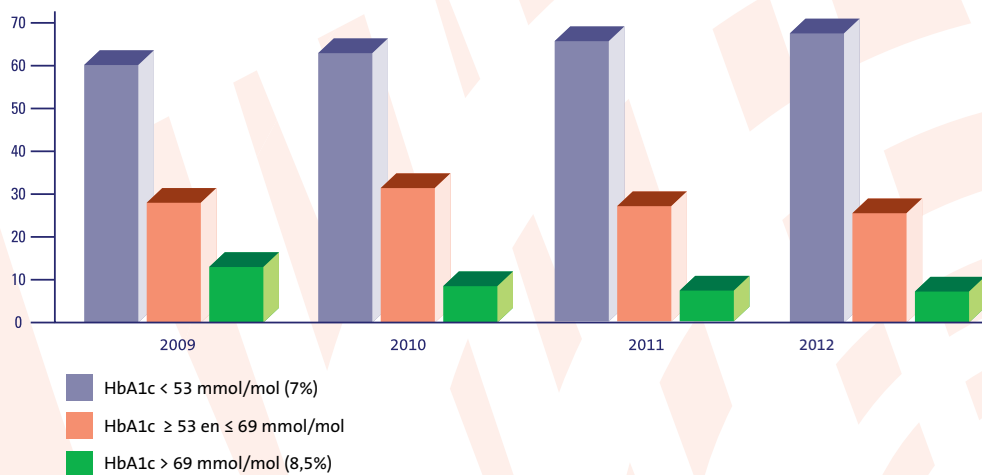
Figuur 3: Insuline gebruik in het DZS, cross-sectionele gegevens



Het aantal diabetespatiënten dat in 2012 naar de oogarts is verwezen bedraagt 152 (1,98%). Daarvan was het grootste deel verwezen vanwege cataract (0,7% vanwege graag 3 en 4 retinopathie).

In 2012 zijn er 81 patiënten (1,05%) naar de podotherapeut verwezen. Uiteindelijk ondergingen 18 patiënten (0,23%) een onderbeen- of teenamputatie.

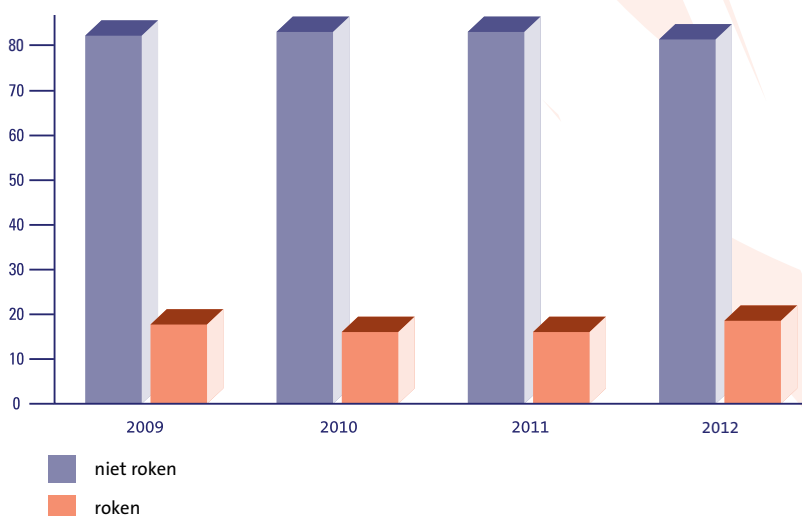
Figuur 4: Verdeling van het HbA1c, cross-sectionele gegevens



Figuur 5: Hart- en vaatziekten risicofactoren

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

Figuur 6: Percentage personen die roken, cross-sectionele gegevens



Klanttevredenheidsonderzoek

In november/december 2012 hebben wij een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd met behulp van de CQ index / PACIC vragenlijst. Er is een random steekproef genomen uit het patiëntenbestand van het DZS van 670 personen waar 487 personen op hebben gereageerd (73%). De CQ index / PACIC meet ervaringen die patiënten hebben gehad met diabeteszorgverlening. Bovendien werd gevraagd naar de ervaren coördinatie en samenwerking in de zorg. Op vrijwel alle indicatoren scoorde het DZS beter dan het landelijk gemiddelde. Op het item ervaren samenwerking zorgverleners scoorde het DZS veel beter dan het landelijk gemiddelde. De definitieve resultaten worden in 2013 verwacht.

Tevredenheidsonderzoek huisartsen

In december 2011 is er een tevredenheidsonderzoek gedaan naar de samenwerking van het DZS met huisartspraktijken. De resultaten waren in april 2012 bekend. De huisartsen waren tevreden over de samenwerking tussen hen en het DZS. De samenwerking werd beoordeeld met een gemiddeld eindcijfer 8. Het DZS scoorde goed in de uitvoering van de metingen, in het geven van goede begeleiding van (complexe) patiënten en de huisartsbezoeken ieder half jaar, met goede spiegelinformatie en met een respectvolle communicatie. Uit de toegevoegde opmerkingen valt vooral het vasthouden aan protocollen en de strengheid van het DZS op ten aanzien van de behandeling.

4.4.2 Klachten

Het DZS beschikt over een klachtenreglement. Patiënten worden bij aanmelding middels een brochure gewezen op het recht tot indienen van een klacht. In 2012 werden 13 klachten geregistreerd. Van 2 klachten kan gezegd worden dat deze verband hielden met het tijdstip van de zorgverlening. De andere klachten hadden te maken met bejegening (5), de verstrekte informatie (2), de inhoud van de advisering (1) en de uitvoering van de zorgverlening (3). Door bemiddeling van de medewerkers en het management zijn 13 klachten afgerond. De klachtencommissie heeft in 2012 eenmaal vergaderd.

4.4.3 Toegankelijkheid

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

huisartsen. In 2012 is de nieuwbouw van een gezondheidscentrum in Enkhuizen aangevangen. De nieuwe locatie in Enkhuizen wordt naar verwachting in mei 2013 opgeleverd.

4.4.4 Veiligheid

Veiligheid van patiënten

Het DZS werkt met een vastgestelde procedure voor het melden van incidenten die zich tijdens de zorgverlening kunnen voordoen. In 2012 is er geen melding van een incident geweest.

Veiligheid facilitair

Het onderhoud en de keuringen van de medische apparatuur werden ook in 2012 uitgevoerd door de afdeling Klinische Fysica en Informatica van het VUmc Amsterdam. Eind 2011 zijn voorbereidingen getroffen voor nieuwe aanbestedingen aangaande preventief en periodiek onderhoud van de E&W installaties. Deze hebben ertoe geleid dat in 2012 een contract afgesloten is met het Westfriesgasthuis (WFG) voor het onderhoud en keuringen van de E&W installaties. Zo kan gebruik gemaakt worden van de expertise van het WFG en kan er snel op een calamiteit worden ingesprongen. Het WFG maakt gebruik van gecertificeerde bedrijven.

Alle materialen ten behoeve van de brandveiligheid zijn door een erkend bedrijf op functionaliteit gecontroleerd. Er is AED apparatuur aanwezig op de locaties van het DZS.

Het aanwezige legionellabeheersplan is in samenwerking met het WFG in 2012 gecontroleerd en aangepast aan de nieuwe richtlijnen

Veiligheid van medewerkers

Voor de veiligheid van de medewerkers is er een overeenkomst met de Arbodienst BGD NW. Het uitgangspunt bij het beleid ten aanzien van veiligheid was in 2012 de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zowel werkgever als werknemer.

Daarnaast ondernam het management, naar aanleiding van de signalen van medewerkers, acties die leidden tot een beter werkklimaat.

De facilitair coördinator van het DZS is opgeleid tot Arbo-preventiemedewerker.

In 2012 hebben 10 medewerkers de herhalingsopleiding tot bedrijfshulpverlener gevolgd en 3 medewerkers de cursus 'ploegleider'. Eind 2012 hebben de eerste gesprekken met het WFG plaats gevonden over samenwerking op het gebied van de BHV, zodat verdere professionalisering en het ondervangen van risico's nog beter kan worden opgepakt.

Gegevensbeveiliging

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

ICTZ verzorgt dagelijks een back-up van binnen de gehoste productie- en ontwikkelomgeving opgeslagen gegevens.

Deze back-up wordt 14 dagen bewaard.

4.5 Kwaliteit ten aanzien van medewerkers

4.5.1 Personeelsbeleid

Op 1 januari 2011 is de integrale bekostigingssystematiek voor de diabeteszorg in de eerste lijn ingevoerd en moest een bedrag van € 450.000 worden gekort op de begroting. Deze bezuiniging is deels opgevangen door een productieverhoging en formatiereductie, waarbij ondanks de grote patiënten-toename zoveel mogelijk het aantal personeelsleden is bevroren op het niveau van eind 2010. Ook in 2012 heeft de bezuiniging zich voortgezet doordat de AWBZ-financiering in dit jaar is komen te vervallen. Dit betekende opnieuw een bezuiniging van € 350.000. De gevolgen hiervan waren opnieuw een bevroering van het aantal medewerkers bij de uitvoering van het primaire zorgproces. Dit heeft een flinke verhoging van de werkdruk tot gevolg gehad. Werving en behoud van medewerkers blijft in de toekomst centraal staan.

Functie	Gemiddelde fte 2011	Gemiddelde fte 2012
Diabetesverpleegkundige	8,26	7,89
Diëtist	7,39	7,82
Onderzoeksassistent	6,23	6,29
ICT	0,33	0,71
Financieel medewerker	1,27	1,24
Secretaresse	1,23	1,22
Receptionist/telefonist	3,12	3,11
Coördinator service en diensten	0,61	0,61
Manager	1,93	1,56
Directeur	0,33	0,33
Totaal	30,72	30,77
Doorbelasting	-0,6	-0,44
Totaal*	30,12	30,33
* Inclusief ziek i.v.m. zwangerschap		0,97

In 2011 is veel aandacht besteed aan de implementatie van de opgelegde bezuinigingen die in 2012 zijn voortgezet door het wegvallen van de AWBZ-financiering per 1 januari 2012.

Deze bezuinigingen hadden en hebben een groot effect op de medewerkers en de totale omvang van de formatie. Er is een groot appèl gedaan op de flexibiliteit en inventiviteit van de medewerkers, gezien de verhoging van de efficiency en veranderingen in de zorgverlening. Het MT en de medewerkers hebben intensief samengewerkt bij het vinden van oplossingen om de bezuinigingen te realiseren.

Deskundige medewerkers

Investeren in medewerkers blijft het belangrijkste bedrijfskapitaal. Er wordt door het DZS veel aandacht besteed aan de wensen van medewerkers in combinatie met de eisen die we als bedrijf stellen. Inspraak van medewerkers in het beleid was ook in 2012 het streven. De zogenaamde Checks en Balances, "hoe verhouden de werkzaamheden en veranderingen zich tot de organisatie-doelstellingen en de balans van de medewerkers", is in 2012 opnieuw een belangrijk aandachtspunt geweest voor het management waarbij met name "balance" ten opzichte van de verhoging van de werkdruk een kritisch punt was.

Om te weten waar de behoeften en wensen op het gebied van arbeid en opleiding

van medewerkers liggen worden werkgebonden gesprekken en functionerings-gesprekken met de medewerkers gevoerd en vinden er teambesprekingen plaats. In de teambesprekingen worden ook het in- en externe organisatiebeleid en de personeelsontwikkelingen besproken. In 2012 lag het accent van de deskundigheidsbevordering op vakinhoudelijke trainingen, communicatie- en patiëntgerichte gedragbeïnvloedingstrainingen en coaching-on-the job.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim bedroeg in 2012 1,19% (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof 4,26%). Het verzuim (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof) was in 2012 lager dan in 2011. In 2012 is er sprake geweest van 1 langdurig zieke medewerker.

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

Ziekteverzuim

	2011	2012
Inclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	1,67%	4,26%
Exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof	1,67%	1,19%

Verloop personeel

Instream personeel in loondienst (totaal) in 2012:	6 (1,89 fte) exclusief zwangerschapsvervang
Uitstroom personeel in loondienst (totaal) in 2012:	6 (1,89 fte) exclusief zwangerschapsvervang

4.5.2 Kwaliteit van het werk

Het management heeft nauw contact met de medewerkers.

Tijdens werkgebonden gesprekken 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.

In 2012 is er een fysieke verandering van werkplek en werkruimte geweest bij de receptie, het secretariaat en de financiële administratie. De wens tot verandering ontstond uit de behoefte aan meer rust op de werkvloer en een betere klimaatbeheersing. Een kleine verbouwing heeft geleid tot een verbeterde concentratie bij de medewerkers en een verhoging van de efficiëncy.



4.6 Samenleving

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

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

Met deze herziene Zorgstandaard biedt de NDF alle partijen die bij de zorg betrokken zijn een leidraad bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor mensen met diabetes type 2. Door de norm (gebaseerd op richtlijnen en wetgeving) aan te geven waaraan goede diabeteszorg moet voldoen, wordt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

Voor de mens met diabetes is deze ondersteuning onontbeerlijk. Immers, een goed geïnformeerde patiënt is beter in staat keuzes te maken, mee te denken in het eigen ziekteproces en zijn eigen gezondheid te bewaken. Dit leidt tot een verbetering van de uitkomsten van zorg en lagere kosten. Daarnaast biedt deze Zorgstandaard concrete indicatoren om inzicht te verkrijgen in de geleverde zorg door het meten van prestaties en het vergelijken van uitkomsten.

Het gaat dan om uitkomstindicatoren, procesindicatoren en indicatoren die de patiëntervaringen in de zorg in beeld brengen. Deze indicatoren hebben zowel een interne werking (verbeteren van de zorg en wetenschappelijke vakontwikkeling) als een externe werking (maatschappelijke verantwoording) waardoor de kwaliteit wordt geborgd.

De ketenbenadering, zoals beschreven in deze Zorgstandaard, past binnen de huidige ontwikkelingen waarbij de vergoeding van de zorg zich niet meer richt op de afzonderlijke medische verrichtingen maar op een samenhangend aanbod van producten en diensten.

De NDF Zorgstandaard vormt het uitgangspunt voor het formuleren van de ketenzorg voor patiënten met type 2 diabetes en is daarmee leidend voor het zorgbeleid en de zorginkoop en een leidraad voor de patiënt.

Het RIVM publiceerde in 2008 het rapport 'Opportunities for preventing diabetes and its cardiovascular complications'. In het begeleidende persbericht wordt als conclusie vermeld dat door een betere zorg voor diabetespatiënten jaarlijks 1500 hartaanvallen en beroertes kunnen worden voorkomen. Bovendien kan het aantal mensen dat diabetes krijgt, jaarlijks met 1900 omlaag door een nationale aanpak met effectieve maatregelen gericht op gewichtsvermindering. In die zin biedt het rapport onderbouwing aan het Nationaal Actieprogramma Diabetes dat mede door de NDF wordt uitgevoerd. Het Nationaal Actieprogramma zal daar vorm aan moeten geven.

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

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

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

Met gebruikmaking van de gegevens van het DZS is een kosteneffectiviteit analyse uitgevoerd. Het bleek dat het DZS heel kosteneffectief is, vooral door substitutie van tweede lijns naar eerste lijns zorg.

Er vonden minder verwijzingen plaats naar oogartsen, er waren minder onderbeenamputaties en er werden voornamelijk generieke geneesmiddelen voorgeschreven. Bij minder dan 2% werden voor de mensen met diabetes de nieuwe orale glucose verlagende middelen voorgeschreven in 2012.

Een deel van die kostenbesparing verdween omdat de zorg voor diabetespatiënten in de tweede lijn drie maal duurder is dan in de eerste lijn.

Naast de berekening van de directe kosteneffectiviteit is er met behulp van het Chronisch Zorgmodel van het RIVM een Markov rekenmodel ontwikkeld die de lange termijn kosten in kaart brengt.

4.7 Financieel beleid

Het verslagjaar heeft het DZS afgesloten met een resultaat uit gewone bedrijfsvoering van € -74.279.

Aangezien voor 2012 de contractering met VGZ in februari reeds rond is gekomen, zijn in 2012 op het terrein van de liquiditeit geen grote knelpunten ontstaan.

4.7.1 Resultatenrekening 2012

RESULTATENREKENING OVER 2012		
	2012	2011
BEDRIJFSOPBRENGSTEN	in €	in €
Wettelijk budget voor aanvaardbare kosten AWBZ (exclusief subsidies)		379.969
Niet gebudgetteerde zorgprestaties	3.831.161	3.371.651
Subsidies		
Overige bedrijfsopbrengsten	63.299	11.648
Som der bedrijfsopbrengsten	3.894.461	3.763.268
BEDRIJFSLASTEN		
Personeelskosten	1.643.530	1.592.483
Afschrijvingen op immateriële en materiële vaste activa	69.882	75.401
Overige bedrijfskosten	2.265.436	2.111.289
Som der bedrijfslasten	3.978.848	3.779.173
BEDRIJFSRESULTAAT	-84.388	-15.905
Financiële baten en lasten	10.109	6.411
RESULTAAT UIT GEWONE BEDRIJFSVOERING	-74.279	-9.494
Buitengewone resultaat		
RESULTAAT BOEKJAAR	-74.279	-9.494

An abstract graphic featuring a hand in a light orange color, cupping a globe. The globe is covered in a white grid pattern of latitude and longitude lines. The background is a gradient of light orange to white, with a dark blue horizontal band at the top and bottom.

Colofon

Redactie © 2013 Diabetes Zorgsysteem West-Friesland
Ontwerp: The Housestyle Company - Hoorn

