



Nationaal diabetescentrum

Jaarverslag 2014





colofon

Dit jaarverslag is onderdeel van de verantwoording van Diabeter van de door haar geleverde zorg. Naast dit jaarverslag is de financiële verantwoording gedeponereerd op de DigiMV website. Dit verslag bevat de kwaliteits- en maatschappelijke verantwoording.

De samenstelling van dit verslag is met de grootst mogelijke zorg gedaan, maar Diabeter is niet verantwoordelijk voor fouten, interpretaties of vergissingen die in dit, of door dit verslag voorkomen.

© 2015 Diabeter B.V. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt, gekopieerd of gewijzigd zonder schriftelijke toestemming van Diabeter. De foto's zijn en blijven eigendom van de makers en kunnen ook alleen worden gebruikt na schriftelijke toestemming.

Foto omslag: In 2014 verhuisden we naar een nieuwe locatie in Rotterdam. Vanaf november zitten we letterlijk bovenop station Blaak, met uitzicht op de veelzijdige en vaak bijzondere architectuur van Rotterdam zoals de Markthal en de paalwoningen. De plek is historisch en symbolisch: De zware tijden uit het verleden (het nieuwe pand staat op de plek waar tot mei 1940 het oude station Blaak stond (toen "Beurs" genoemd, naar de oude beurs van Rotterdam die stond op de plek waar nu de markthal staat)), de verscheidenheid die hier aan de mensen en de omgeving te zien is, zijn ook elementen van het leven met diabetes en de behandeling. De veelzijdige verandering die deze plek kent is typerend voor de snelle verandering en die sinds de ontdekking van insuline, in de diabeteszorg plaatsvinden. En de verscheidenheid die ook tussen de mensen met type 1 diabetes te zien is, is juist het onderwerp van onze research.



Inhoudsopgave

1. Terugblik op 2014	4
2 Profiel van de organisatie	5
2.1 Doelstelling en achtergrond	6
2.2 Algemene gegevens en kerngegevens	8
2.3 Structuur	10
2.4 Werkgebieden	11
2.5 Samenwerkingsrelaties	11
<i>figuur: efficiënt werken bij Diabeter</i>	12
<i>figuur: Herkomst van de patienten</i>	13
3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap	14
3.1 Normen goed bestuur	15
3.2 Raad van bestuur	16
3.3 Raad van Toezicht	17
3.4 Bedrijfsvoering/financiën	17
<i>Topteams die veilig werken</i>	18
<i>KWALITEIT EN VEILIGHEID IN 2014: samenvatting van het veiligheidsjaar</i>	19
<i>Figuur: Framework van het VMS</i>	21
3.5 Cliëntenraad en klachtencommissie	22
4. Meerjarenbeleid, inspanningen en prestaties	23
4.1 Belangrijkste aspecten van het meerjarenbeleid	24
4.1.1. Het VCare diseasesmanagement systeem	24
4.1.2. Wetenschappelijk Onderzoek	25
4.1.3 Vierde locatie	26
4.1.4 Groei	26
4.1.5 Patiënt-gerichte omgeving	26
4.1.6 Patiënt in de hoofdrol	27
4.2 Uitkomsten 2014	28
Kwaliteitsindicatoren 2014	28
Vorm van diabetes en behandeling	28
HbA1c uitkomsten en opnames	29
HbA1c over de tijd: 2006-2014	30
Diabeter: internationale vergelijking	30
Verbetering van HbA1c in alle behandelvormen	31
Succes van SAP: naar een toekomst zonder complicaties en optimale kwaliteit van leven	31
<i>Zorgeloos met diabetes naar school</i>	32
4.3 Wetenschappelijk onderzoek en publicaties	33
5. Vooruitblik en toekomst	37

Terugblik op 2014

Diabeteszorg 2014: het moet en kan beter!

In het jaar 2014 werden enkele belangrijke mijlpalen gehaald. Diabeter groeide zoals in vorige jaren en leverde op 31 december 2014 diabeteszorg voor 1543 mensen met diabetes. Het grootste deel daarvan heeft type 1 diabetes, een aandoening waarvan we steeds meer weten. Een internationale publicatie waar we zelf aan bijdroegen en die eind 2014 werd gepubliceerd, laat zien dat in westerse landen slechts een derde van de kinderen, jongeren of volwassenen de behandeldoelen in diabetesregeling bereiken (uitgedrukt in HbA1c). Anders gezegd, tweederde loopt groot risico voor het ontwikkelen van ernstige complicaties.

2014 en daarna:.....meer mensen goede diabeteszorg geven.

In het onderzoek onderscheiden we ons van andere landen en centra: de uitkomsten van Diabeter zijn veel beter. Voor alle patiënten, voor alle door ons gebruikte behandelmethoden en voor alle leeftijdsgroepen zien we verbetering. Voor het eerst zien we nu ook een groep patiënten die behandeld worden met nieuwe technieken (SAP: Sensor Augmented Pumptherapy) zich verder verbeteren dan ooit mogelijk was en waarbij we zo'n goede regeling verkrijgen dat deze kinderen en jongeren, bij voortzetting van deze behandeling (en zeker bij weer nieuwere technieken) eigenlijk op weg zijn naar een leven zonder diabetescomplicaties. Die technieken zijn soms nog bewerkelijk en de mensen die ze gebruiken dragen zelf veel bij aan het succes, maar deze ontwikkeling zijn slechts een voorbode van wat er komen gaat: verdere "ontzorging" van diabetes. Onze 'cloudcare' en ther@pie-mail ontwikkelt zich verder en draagt sterk bij aan de betere uitkomsten. Om die en andere technieken verder te ontwikkelen en om de zorg die daarbij hoort voor meer mensen beschikbaar te krijgen moet Diabeter verder ontwikkelen en groeien.

Na 2014 de toekomst 'versnellen'.

Groei en ontwikkeling zijn belangrijk. We zien kansen en mogelijkheden om dat te doen. De organisatie moet daartoe verder ontwikkeld worden. Om die reden is Diabeter in 2014 van een stichting naar een B.V. vorm overgegaan. Zo maken we investeringen mogelijk die groei en ontwikkeling en verdere verbetering van uitkomsten mogelijk moet maken. Ook werd de organisatie versterkt met een directeur organisatie en markt en werd de organisatie versterkt (zie organogram) door per locatie een locatieleider (proces-coördinator/ProCo) aan te stellen. De backoffice werd versterkt.

Veilige diabeteszorg

In 2013 behaalde Diabeter het HKZ certificaat Cliënt/patiëntveiligheid. Het certificaat is maximaal drie jaar geldig en kent tussentijdse herevaluaties en audits. In 2014 werden we herbeoordeeld en werd het veiligheidmanagement systeem (VMS) wederom beloond: Diabeter levert veilige zorg en heeft een prima VMS. Diabeter is overigens de enige instelling waar het VMS specifiek voor diabeteszorg is getoetst.

Betaalbare diabeteszorg

In 2014 had Diabeter wederom contracten met alle zorgverzekeraars. Wel werden discussies gevoerd over de ingevoerde financiële plafonds om zorggroei te beteugelen. Dat kan wellicht bij electieve zorg, maar niet bij type 1 diabetes. Die ziekte ontstaat niet door te beïnvloeden factoren en behandeling kan niet worden uitgesteld. De groei (nieuwe gevallen) is 3-5% per jaar en die is niet beïnvloedbaar. Bij de verwezen patiëntengroep, waarbij de diabeteszorg wordt overgenomen, wordt deze zorg niet langer elders gegeven en is dus sprake van louter substitutie en afname van kosten door ons gunstiger prijsprofiel met ondermeer zeer lage opname coëfficiënt in vergelijking met ziekenhuizen en een integratie van zorg en hulpmiddelen (Diabstore) waardoor verspilling wordt tegengegaan. Op macro niveau is het voor Diabeter bestemde plafond niet overschreden. Bij twee zorgverzekeraars was sprake van meer zorglevering dan initieel afgesproken. Factoren die daarbij een rol spelen liggen buiten Diabeter.

Diabeter is sinds haar oprichting in 2006 uitgegroeid tot een van de grootste behandelcentra van Europa voor type 1 diabetes. Wij zijn trots op datgene wat we in korte tijd hebben bereikt: het bieden van gespecialiseerde, de beste diabeteszorg aan steeds meer kinderen, jongeren en jong-volwassenen.

Onze dank gaat uit naar alle patiënten en ouders die ons het vertrouwen gaven om de diabeteszorg voor hun kind of zichzelf in onze handen te leggen. Daarnaast gaat een blijk van dank uit naar onze medewerkers, die onze zorgverlening mogelijk maken en naar de cliëntenraad, klachtencommissie, raad van toezicht/commissarissen en andere betrokkenen voor hun inzet, inzicht, rapportages of adviezen. Met dank voor uw aandacht en interesse en met vriendelijke groet,

Dr. H.J. Veeze
Voorzitter Raad van Bestuur
Directievoorzitter*

Dr. H.J. Aanstoot
Secretaris / penningmeester
Directielid*

Drs. J. ten Kate, RA
Voorzitter Raad van Toezicht
Voorzitter Raad van commissarissen*

* = na overgang BV vorm november 2014

2.Profiel van de organisatie



2.1 Doelstelling en algemeen beleid

Diabeter levert gespecialiseerde zorg voor kinderen en jong-volwassenen met diabetes en streeft naar een toekomst zonder complicaties door diabetes.

Iedereen kent diabetes (suikerziekte). Ook kinderen kunnen diabetes krijgen, zelfs baby's. Dat is meestal type 1 diabetes, een heel andere ziekte dan de bekende en beruchte type 2 ('ouderdoms-') diabetes.

Type 1 diabetes (T1D) is niet te genezen, is levensgevaarlijk, komt steeds vaker voor en op steeds jongere leeftijd. Het aantal kinderen dat onder de leeftijd van 5 jaar T1D krijgt is in 5 jaar verdubbeld.

Type 1 diabetes: Dodelijk en complex

T1D is niet te genezen, is levensgevaarlijk, komt steeds vaker voor en op steeds jongere leeftijd. Overgewicht of gebrek aan beweging heeft geen invloed op het ontstaan van de ziekte. Veel kinderen krijgen T1D op jonge leeftijd, een groeiend deel voor hun vijfde levensjaar.

Diabetes is een ernstige aandoening: in 2014 is de sterfte van hen die als kind T1D krijgen in Westerse landen aanzienlijk: Uit Schotse data blijkt dat een 20-jarige man/vrouw respectievelijk elf en 13 jaar korter leven dan hun leeftijdsgenoten. En dat met complicaties hetgeen de kwaliteit van leven ook aanzienlijk raakt. T1D is mede daarom een aandoening die in de tweede lijn door medisch specialisten wordt behandeld.

Te vaak wordt T1D gezien als het simpel "instellen" op insuline en dan 'gewoon doorleven'. Gelukkig bereiken veel patiënten wel hun doelen en dromen, maar T1D heeft nog steeds een grote invloed op het dagelijks- en toekomstig functioneren van kinderen en jongeren. Hoge en schommelende waarden beïnvloeden bijvoorbeeld concentratie, het gedrag en de schoolresultaten. Na (10-15) jaren diabetes kan onvoldoende regeling de gevreesde micro- (nier, oog- en zenuwafwijkingen) en macro-vasculaire (hart- en vaatziekten) complicaties geven.

Niet alleen type 1 diabetes

Naast type 1 diabetes komen andere vormen van diabetes voor. Type 2 diabetes (met een belangrijke component van leefstijl) komt op jonge leeftijd weinig voor. Diabeter onderzoekt aan de hand van klinische gegevens (VCare) en laboratorium onderzoek nauwkeurig de diagnose. Daardoor vinden we vaak andere erfelijke vormen. Het belang daarvan ligt naast de erfelijkheid ook in de behandeling die bij deze monogenetische diabetesvormen, die vaak met speciale tabletten kan worden uitgevoerd. Qua regeling zijn deze vormen niet perse mildere diabetesvormen en komen er ook complicaties bij voor. Diabeter zorgt ook voor de kinderen die in het ErasmusMC Sophia behandeld worden voor cystic fibrosis (waarbij glucoseproblemen en diabetes voorkomt) en voor kinderen die door oncologische behandeling een secundaire vorm van diabetes krijgen.

Technologie

Aan deze ingrijpende ziektes is met goede diabeteszorg veel te doen. Diabeter werkt met multidisciplinaire teams die handelen volgens de door Diabeter opgestelde procedures. Diabeter baseert zich daarbij op (inter)nationale richtlijnen en maakt gebruik van experts en passende en de modernste technologieën en hulpmiddelen. Voortdurende research voedt de zorgverleners met de laatste kennis. Onze missie is een complicatie-vrije toekomst voor onze patiënten. Van de 8760 uren die een jaar telt heeft een patiënt gedurende zo'n 1-3 uur (face-to-face) contact met een behandelteam. Diabeter wil dat contact en de inhoud ervan optimaliseren en uitbreiden. In de afgelopen jaren is dat gelukt door de invoering van de **Ther@piemail**, een 'closed-loop' van de behandeldata. Patiënten kunnen 24-uur per dag hun gegevens van de insulinedosis en glucosewaarden uploaden naar de servers van Diabeter. Ze kunnen aangeven snel een 'live' contact te willen (telefoon, reactie per email, face-to-face afspraak in de kliniek of per beeldverbinding). Als de gegevens zijn ge-upload stuurt Diabeter per direct een overzicht van de behandelresultaten alsmede een persoonlijk behandelplan met individuele adviezen en een status-overzicht met essentiële uitslagen en afspraken naar de patiënt. Dit is een opzet naar 'Cloudcare': zorg waarbij op basis van een continue gegevensstroom door patient en behandelteam de volgende stap wordt bepaald. Dat kan leiden tot het annuleren van een 'regulier' bezoek, extra of minder tussentijds contact en nog meer 'zorg-op-maat'.

.....met een 'human factor'

"One must confess that whatever his mental and moral deficiencies, and they are certainly great, as a machine, man has no equal", Dr Will Mayo, cofounder of Mayo Clinics in 1915. We beseffen ons terdege dat technologische ontwikkelingen zowel een technische en een adaptieve (menselijke) kant hebben. Niet elke patient kan met dezelfde 'snelheid' met nieuwe ontwikkelingen mee. Daarom ontwikkelen we verschillende zorgpaden en verschillende educatieve systemen. Techniek op een goede manier gebruiken vereist zo'n visie voor de patiënt. Dat is net zo essentieel bij techniek-implementaties als een juiste mix van business-gevoel, cultuurbesef en politieke timing. Diabeter heeft die mix gemaakt en is dan ook klaar voor de toekomst.

.....

Steeds meer mensen kiezen voor Diabeter: Kinderen, jongeren én ook volwassenen

Kernwaarden voor onze patiënten zijn de directe beschikbaarheid en aanspreekbaarheid bij problemen (via de 24-uurs lijn; directe verbinding met de medisch specialist), kennis en kunde, vernieuwing en onderzoek, betrokkenheid, compassie en empathie.

Wij zien patiënten vanaf de diagnose, maar ook veel patiënten die na enkele maanden tot jaren kiezen om naar Diabeter te komen of worden verwezen.

Bij kinderen en jongeren met net ontdekte diabetes is directe actie en behandeling vereist. De ziekte kan kinderen door het absolute gebrek aan insuline in 4-8 uur volledig ontregelen en dodelijk ziek maken. Uitstel van behandeling is onmogelijk. Deze kinderen worden door Diabeter direct gezien, uiteraard ook in het weekend en op feestdagen, en poliklinisch/thuis behandeld, tenzij de klinische conditie bij het debuut van de ziekte opname met ziekte intraveneuze toediening van vocht en insuline vereist.

Patiënten waarderen de zorg die we bieden zeer en komen uit het gehele land. De gemiddelde reisafstand is 50 km. Ze worden verwezen door kinderarts of internist vanwege de specifieke kennis en expertise van Diabeter en hebben in principe binnen twee weken een eerste afspraak gehad. Iedere patiënt krijgt zijn eigen hoofdbehandelaar en verantwoordelijke diabetesverpleegkundige die de patiënt behandelt en begeleidt vanuit Diabeter.

Naar continue diabeteszorg: continuity clinic

Diabeter is in 2006 gestart met het behandelen van kinderen, jongeren en jong volwassenen. Wanneer zij de leeftijd van 18 jaar bereiken, worden zij als volwassenen beschouwd. In de meeste ziekenhuis gaan zij tussen de 16 en 18 jaar over naar de interne afdeling en neemt de internist/endocrinoloog de behandeling over. Vaak is dat een ingrijpende gebeurtenis op een moment dat zelfstandigheid en inzicht nog niet ontwikkeld zijn. In deze 'transitiefase' gaat regelmatig de zorg op inadequate wijze verder ondanks landelijke richtlijnen en lokale protocollen. Belangrijke oorzaak hiervan is dat de 'echte' transitie niet een logistieke verdeling tussen kinderarts en internist is, maar al eerder in het leven thuis plaatsvindt: het moment waarop een kind/tiener zelfstandig zaken gaan overnemen van de ouder(s) plus het beloop en de begeleiding daarvan. Om die reden heeft Diabeter een andere werkwijze met twee pijlers: 1) sterke aandacht en een educatieprogramma voor de overgang van verantwoordelijkheid van ouders naar kind vanaf plm. het 10e jaar 2) de mogelijkheid om tot je 25e jaar de behandeling bij Diabeter voort te zetten. Daarvoor is ook een eigen internist-endocrinoloog beschikbaar en zijn er ervaren diabetesverpleegkundigen voor deze groep. Nu vindt overdracht naar de internist/endocrinoloog plaats nadat belangrijke life-events zijn gepasseerd en de cerebrale rijping echt voltooid is (25e levensjaar). We zien dat steeds meer patiënten het zorgniveau en de technologische mogelijkheden ook daarna waarderen en dat ze verzoeken om voor hun diabeteszorg te kunnen blijven of terug te komen. Dit is onderwerp van overleg met stakeholders en over de wijze waarop we hier verder vorm aan kunnen geven, wordt momenteel volop nagedacht. In deze visie ontstaat het beeld van een 'continuity-clinic' waarbij de hoogwaardige en technologische zorg plus het 'ontzorgen' van de patiënt verder vorm kan worden gegeven.

De toekomst is begonnen

Insulinepompen zijn voor de pomp en doseerfunctie vrij ver uitgewerkt. De nieuwe ontwikkeling zit hem in de combinatie met een continue glucosesensor (SAP: sensor aangestuurde pompen). De eerste generatie semi-closed loop insulinepomp-sensorcombinaties is sinds 2 jaar beschikbaar. Deze hebben een 'low-glucose-suspend' en kunnen bij de dreiging van een hypoglykemie insulinetoeediening stoppen (Medtronic Veo). In 2015 komt de volgende generatie op de markt (640G), die naast een stop-functie ook weer een herstartfunctie heeft. Vanaf 2017 wordt de hybrid closed loop pomp verwacht (670G) die ook bij een dreigende hoge waarde automatisch kan ingrijpen. Dit is vooral in de nachten een groot voordeel waardoor de kans op hypoglycemie sterk verkleind wordt maar vooral ook de insulinegevoeligheid 's nachts behouden blijft en de regeling overdag makkelijker wordt.

Zoals hierboven beschreven zullen dergelijke ontwikkelingen een grote invloed gaan hebben op de uitkomst en de kwaliteit van leven van mensen met diabetes, maar ook op de werkwijze van een diabeteskliniek. De 'traditionele' polikliniekbezoeken zullen wellicht strategie-besprekingen worden waar de doelen van patiënt/ouders worden besproken en vastgelegd. De frequentie daarvan zal 1-2 x per jaar zijn. Daarnaast is er continue (en in frequentie tevoren afgesproken en gemonitord) contact over de regeling en aanpassingen via cloud-care en tele(Skype)–communicatie. Bij problemen wordt op dat moment pas een extra afspraak en een plan gemaakt. De behandeling wordt aan de persoonlijke en wisselende omstandigheden aangepast en bestaat uit verschillende zorgtrajecten/opties. De gegevens uit dit zorgsysteem voeden de verdere ontwikkeling. Ervaring van vele patiënten zal veel sneller tot verbeteringen leiden dan ervaring uit een kleine groep. Deze ontwikkeling verandert de zorgmethode en schaalvergroting is essentieel om de technologie toe te passen en te bekostigen. Diabeter is er klaar voor.

2.2 Algemene gegevens

Naam rechtspersoon	Stichting Diabeter / Diabeter B.V. (nov 2014)
Adres	Blaak 6, 3011 TA Rotterdam
Telefoon	088-280-7277
Email	info@diabeter.nl
Website	www.diabeter.nl
AGB nummer	22220144
Identificatienummer	24393895
Bankrelatie	Rabobank
Nadere typering	Type 1 instituut voor medisch specialistische zorg (ISMZ). Veelal met Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) aangeduid. Levering van verzekerde zorg (<u>geen privékliniek</u>).
Andere locaties	Diabeter Oost Mr. H.F. de Boerlaan 34-b 7417 DB Deventer Tel: 0570-633588 Fax: 0570-677575 Diabeter Zuid De Run 4600 5504 DB Veldhoven Tel. 040-888 6888 Fax. 040-888 6889

Kerngegevens:

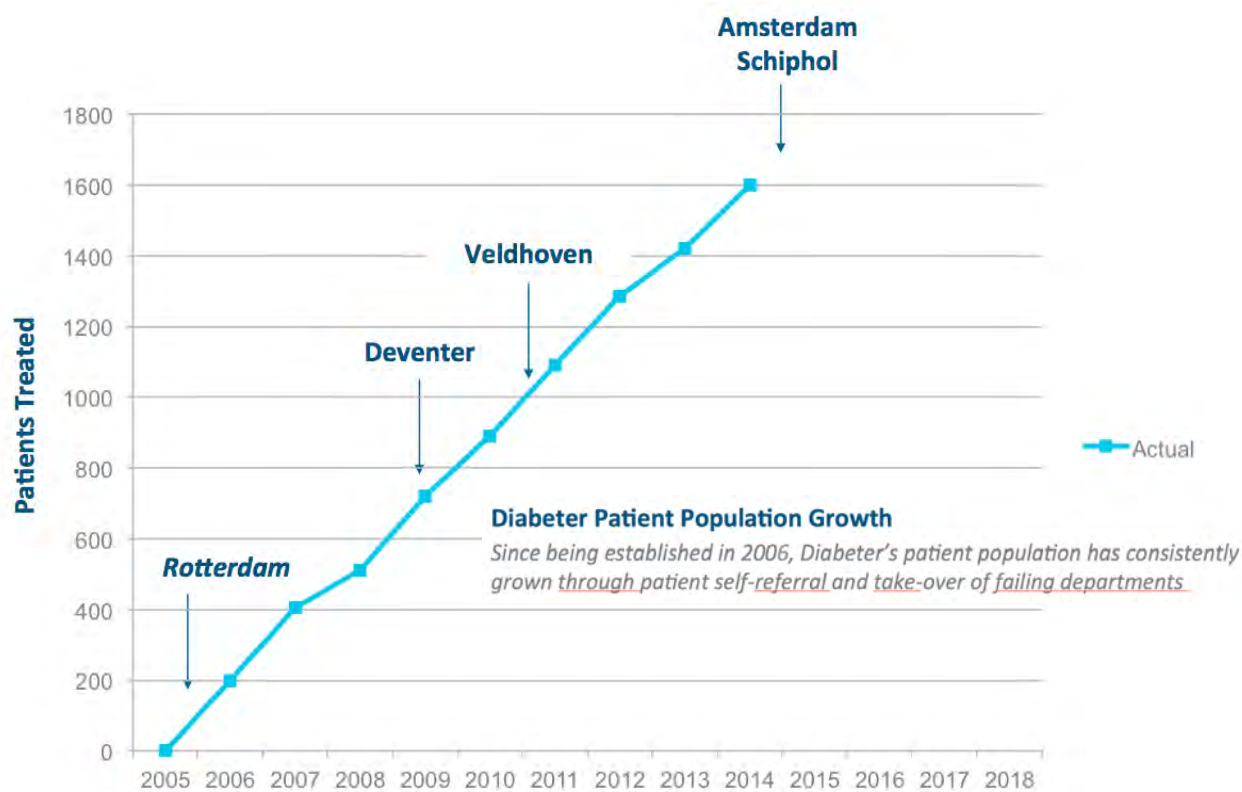
	2011	2012	2013	2014
Aantal patiënten op 1-01	985	1223	1366	1463
Aantal patiënten op 31-12	1223	1366	1464	1543
Aantal nieuwe patiënten	271	220	181	196
Toename (%)	24%	18%	13%	13%
Aantal personeelsleden in dienst op 31-12-2014	29	30	36	38
Aantal fte in dienst op 31-12-2014	21,5	22,05	27,08	30,6
Totale bedrijfsopbrengsten	jaarrekening op DigiMV		jaarrekening op DigiMV	jaarrekening op DigiMV
Klachten	2	0	1	1
Vertrokken patiënten verhuizing, transitie o.b.v. leeftijd, eigen wens, advies behandelaar, transitie, studie, etc	3%	3,9%	5,6%	7%

"Bij Diabeter was het gelijk heel anders. Ons eerdere ziekenhuis is veel dichterbij, maar bij Diabeter werden we meteen begrepen...."

Vormen van diabetes onder behandeling in	2013	2014
Type 1 diabetes	1358	1463
Type 2 diabetes	9	8
Monogenetische diabetes	53	45
Cystic Fibrosis gerelateerde diabetes (CFRD)	38	42
Overige (oncologie geïnduceerd, overige bijzondere vormen)	6	10
Totaal aantal patiënten	1464	1543

Behandelmodaliteit

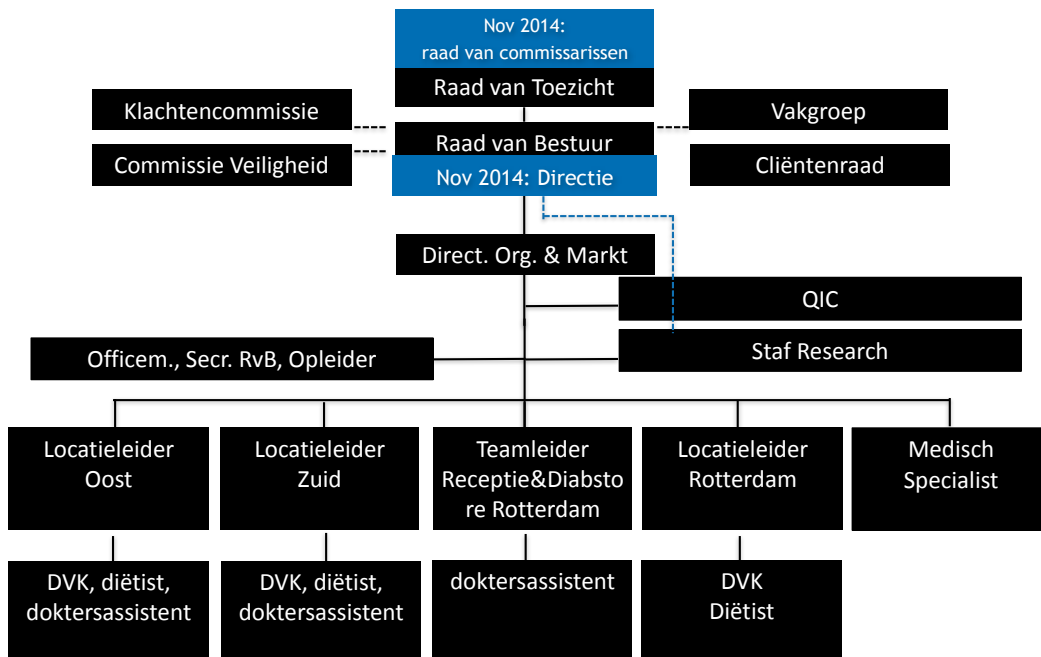
Totaal aantal patiënten	1543
Insuline penbehandeling (MDI, Multidose insuline)	634
Insuline pompbehandeling (CSII, continuous subcutaneous insulin infusion)	876
waarvan met SAP (sensor augmented pumptherapy): 127	
andere behandeling (orale/gecombineerde therapie bij deel monogen.diabetes, type 2)	34



2.3 Structuur

Diabeter is in 2014 veranderd van een stichtingsstructuur voor medisch specialistische zorg naar een B.V.. Op 1 november 2014 werd Stichting Diabeter veranderd in Diabeter BV. De cliëntenraad gaf hiervoor een positief advies en de Raad van Toezicht keurde dit goed. De directie heeft als ambitie om opnieuw te kunnen investeren in de groei van Diabeter opdat meer patiënten geholpen kunnen worden en de zorg zelf ook versneld ontwikkeld kan worden. Met de juridische vorm besloten vennootschap vergroot Diabeter hiervoor de mogelijkheden. Daartoe is Diabeter B.V. opgericht en is de vergunning en erkenning van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daar naar toe overgegaan. Diabeter werkte met een Raad van Bestuur en Raad van Toezicht-model, zoals vereist voor deze vergunning, hetgeen in 2014 is aangepast in een directie en raad van commissarissen model. Het organogram dat begin 2014 gold is verder niet veranderd.

Organogram



De Raad van Bestuur, nu Directie, vertegenwoordigt Diabeter en bestaat uit de twee initiatiefnemers:

- Dr. H.J. Veeze, voorzitter / bestuursvoorzitter
- Dr. H.J. Aanstoot, secretaris-penningmeester / bestuurslid

De Raad van Toezicht, thans Raad van Commissarissen (zie 3.3) is belast met het houden van toezicht op het bestuur en de organisatie. De organisatiestructuur voldoet aan de wettelijke eisen (WGBO, Kwaliteitswet Zorginstelling, wet BIG, Biomedisch verdrag van de Raad van Europa, Zorgverzekeringswet, Mededingingswet en de WTZI). Besturen zowel van directie als de toezichthouders vindt plaats volgens de richtlijnen van het Health Care Governance model. Naast de Raad van Toezicht is een Klachtencommissie en een Cliëntenraad samengesteld, die rapporteren aan het bestuur. Intern overleg vormt een verdere input bron voor de raad van bestuur.

Het Diabeter concept is essentieel anders dan in andere plaatsen voorkomende samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen (bijv. Diaboss, Kids&Ko). Daar bestaan afspraken over logistieke samenwerking naast diverse kindergeneeskundige taken. De directievoering, aanstelling personeel, onderhandelingen over DBC/DOT prijzen e.d. is daar per ziekenhuis(directie) geregeld, dus anders is dan een organisatorische en financieel zelfstandige en inhoudelijke organisatie als Diabeter met 100% focus op diabeteszorg.

"Zeer informatieve avond in een geweldige ambiance. Ook fijn de sprekers te kunnen aanspreken. Gewoon een hele fijne avond die hoop geeft voor de toekomst van onze zoon Max van 11 jaar die nu ruim 2 jaar T1D heeft".

2.4 Werkgebieden van Diabeter

Als regionaal centrum werkt Diabeter in drie regio's met vestigingen in Rotterdam, Deventer en Veldhoven. Patiënten worden rechtstreeks door de huisarts of via de regionale ziekenhuizen doorverwezen, soms direct bij diagnose, soms later in de behandeling. Als er sprake is van een ontregeling (diabetische keto-acidose) ten tijde van de diagnose dan volgt nog een acute opname. Indien er geen metabole ontregeling is volgt direct poliklinische behandeling. In toenemende mate sturen huisartsen uit de regio's en ook daarbuiten nieuwe patiënten direct door bij vermoeden op of net gediagnosticeerde diabetes. In 2014 werden 80 kinderen en jongeren met nieuw vastgestelde diabetes gezien en direct vanaf de diagnose door ons behandeld.

Naast deze regionale functie verricht Diabeter een **landelijke (3e lijns) topreferentie-functie** waardoor patiënten uit het gehele land worden verwezen door hun behandelaars (kinderartsen, internisten) of komen voor een *expert-consult en/of vervolgbehandeling*. Van de patiënten die Diabeter bezoeken komt meer dan de helft (70%) van buiten het directe (adherentie) gebied. Binnen deze topreferentiefunctie vallen ook de onderwijs- en onderzoekstaken alsmede de zorg voor kinderen en jongeren met bijzondere en secundaire diabetes bijvoorbeeld door oncologische behandelingen of cystic fibrose.

Internationale functie: Ook in 2014 was Diabeter betrokken bij de verdere ontwikkeling van een Europees netwerk van 'Centers of Reference' voor de behandeling van kinderen en jongeren met diabetes. Dit is een onderdeel van het EU-SWEET programma (<http://www.sweet-project.eu>). Diabeter heeft, na visitaties, het certificaat 'Center of Reference' uitgereikt gekregen. In 'Centers of Reference' wordt top-diabeteszorg geboden, inclusief wetenschappelijk onderzoek en onderwijs. Naast 'Centers of Reference' ontstaan in dit model collaborating centers, die diabeteszorg bieden in samenwerking met een 'Center of Reference'. Een Center of Reference levert top-diabetes-zorg, werkt als voorbeeldkliniek en is nauw betrokken bij nieuwe ontwikkelingen en internationaal onderzoek om zo de diabeteszorg verder te verbeteren. In 2015 wordt een vervolgproject gestart en een re-certificatie uitgevoerd.

2.5 Samenwerkingsrelaties

Patiëntenorganisaties: Diabeter onderhoudt intensief contact met patiëntenorganisaties. Van oudsher zijn er uitstekende banden met Diabetesvereniging Nederland. Regelmatig is er inhoudelijk contact over ontwikkelingen in de markt. Medisch specialisten en diabetesverpleegkundigen geven presentaties over diabetes en behandelmogelijkheden aan lokale DVN-groepen. In sommige gevallen komen DVN en Diabeter samen op voor belangen van mensen met diabetes. Een voorbeeld is de lobby om meer aandacht te geven aan kinderen met diabetes op de basisschool. Naast DVN zijn er nog veel meer, veelal kleinere patiëntenorganisaties. Ook hiermee houdt Diabeter nauw contact. (Hier vermelden dat DVN een leerstoel voor ons beoogt?)

Verzekeraars: Jaarlijks overleg over contracteren vindt plaats met alle Zorgverzekeraars. Diabeter ziet het als doel om daarbij het belang van goede zorg en de uitkomsten van de zorg als uitgangspunt te nemen en niet louter de prijs. Dit hoort bij een chronische aandoening en om die reden streeft de RvB naar lange-termijnscontractering in plaats van de huidige jaarcontracten. Alle verzekeraars contracteerden Diabeter in 2014 en met allen werd de goede relatie verder geconsolideerd.

Ziekenhuizen: De relaties van Diabeter met de in haar omgeving omliggende ziekenhuizen is goed, in het bijzonder met hen waarmee associatieve verbanden zijn gesloten:

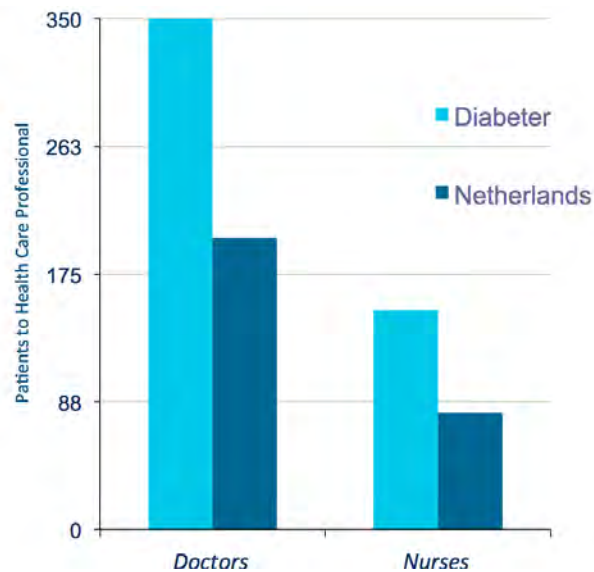
- Diabeter Rotterdam: ErasmusMC Sophia, IJsselland Ziekenhuis en St. Franciscus Gasthuis, Vlietland Ziekenhuis.
- Diabeter Oost: Gelre Ziekenhuizen in Apeldoorn/ Zutphen.
- Diabeter-Zuid: Maxima Medisch Centrum Veldhoven

Specialisten: Met de specialisten/kinderartsen in deze ziekenhuizen zijn goede afspraken gemaakt over verwijzing (over en weer) en over beleid bij opnames en interventies. In het ErasmusMC Sophia (in mindere mate voor de andere ziekenhuizen) geldt dat in het bijzonder voor diabetes bij kinderen met taaislijmziekte (Cystic Fibrosis) en secundaire diabetes bij kinderen die een oncologische behandeling ondergaan.

Huisartsen: Medische rapportage aan de huisartsen vindt tenminste jaarlijks plaats voor alle patiënten. Steeds vaker verwijzen huisartsen direct naar Diabeter. Diabeter gaf in 2014 wederom cursorisch onderwijs over diabetes bij kinderen gegeven aan huisartsgroepen, medisch studenten ErasmusMC (1e en 3e jaars), keuze-co-assistenten en AIO's kindergeneeskunde.

Efficiënt werken bij Diabeter:

De werkwijze van Diabeter is anders dan in ziekenhuizen. Door focussen (alleen diabetes), een geprotocolleerde werkwijze en continu gebruik van data en uitkomsten om te verbeteren ontstaat een snelle verbeter-'loop'. Daarnaast neemt de ervaring sneller toe. Per fte dokter en diabetesverpleegkundige zien we en behandelen we bijna 2x zoveel patiënten.



Efficiency:

- Leveraging data
- Efficient clinical protocols
- Adapted scheduling to ensure on time consultations

Experience:

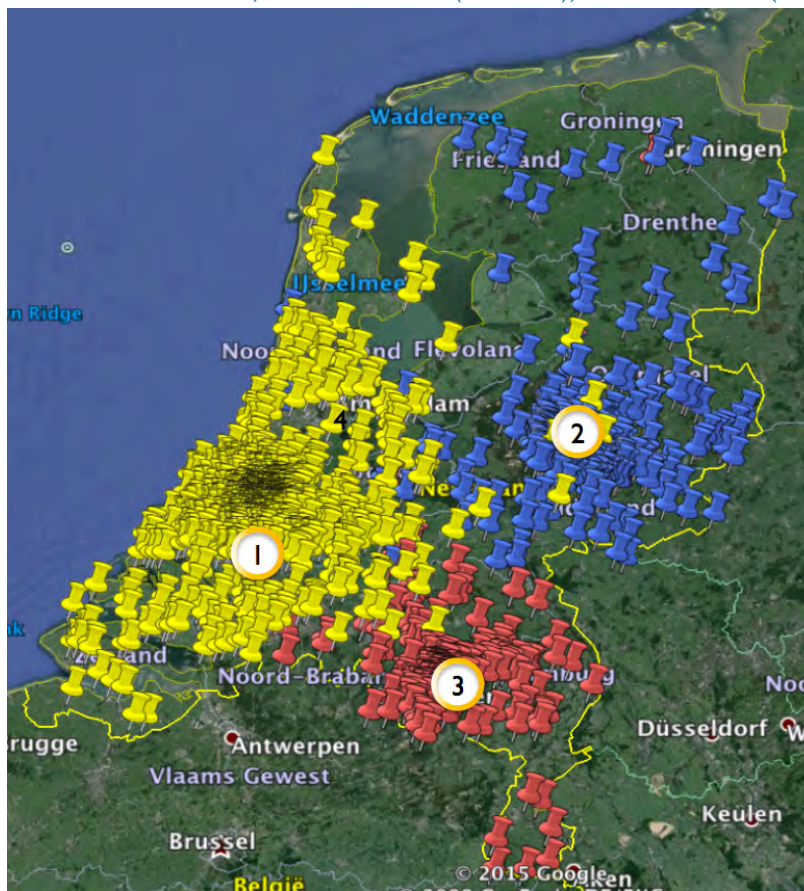
- Standardized protocols & pathways
- Systematic knowledge sharing within teams
- Expansive Individual & shared experience



- In de winter van 2014 organiseerden we twee informatieavonden (Eindhoven en Zutphen) over nieuwe ontwikkelingen en onderzoek. Per avond werden zo'n 500 gasten verwelkomd. Naast uitleg over Diabeter en de technische ontwikkelingen waren er presentaties over sport en diabetes (Bas van de Goor, BvdG-Foundation) en over toekomstige genezing (Prof. Bart Roep, LUMC).

Herkomst (postcode) van de patiënten van Diabeter

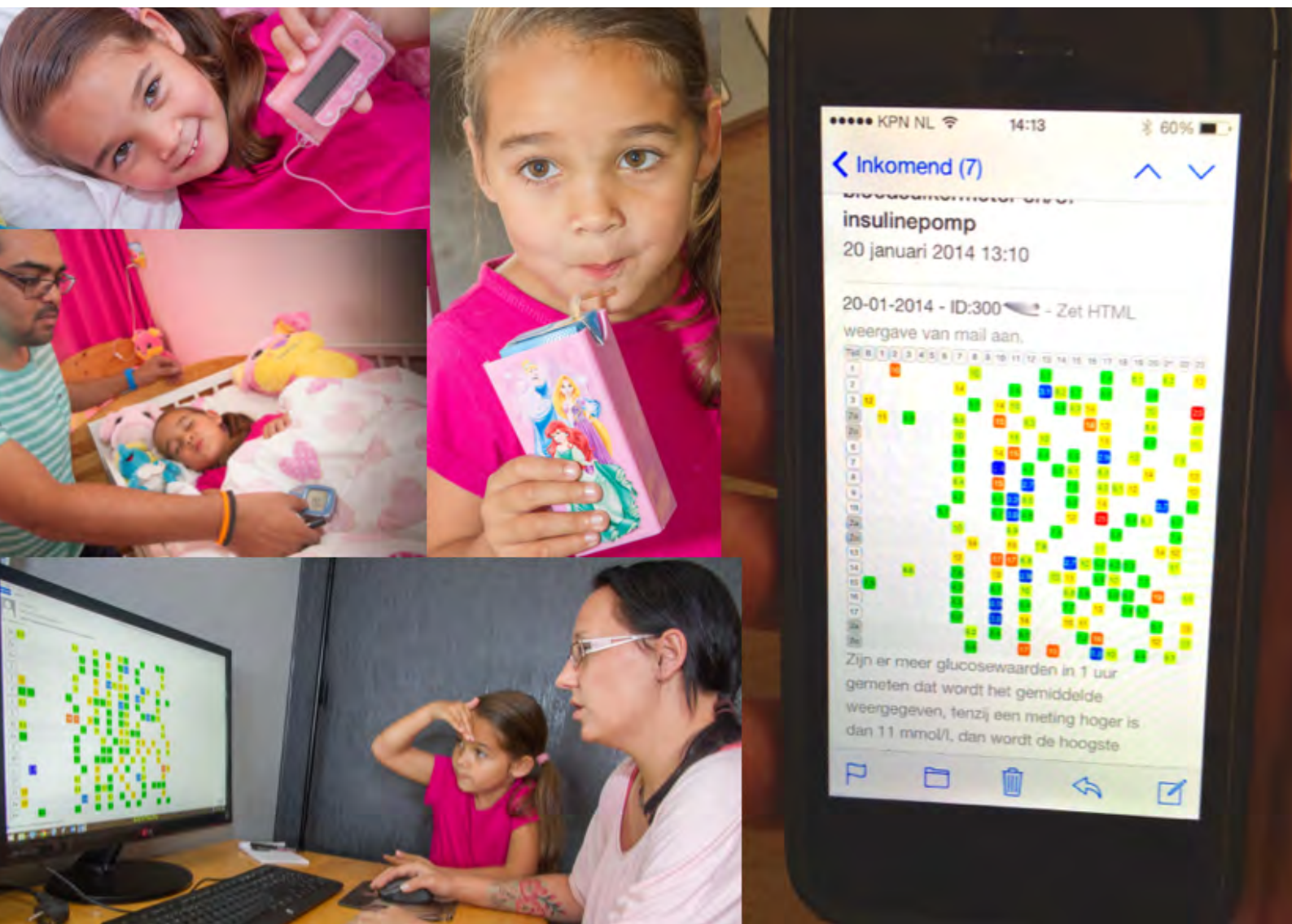
1. Diabeter Rotterdam; 2. Diabeter-Oost (Deventer); 3. Diabeter-Zuid (Veldhoven)



De expert aan tafel:

Kinderen en jongeren (en hun ouders) leren in de eerste drie maanden na de diagnose zo'n 1600 aspecten, issues, bijzonderheden en andere zaken die voor de behandeling van groot belang zijn. Zo wordt je je eigen expert op diabetesgebied. Dat doen we ondermeer in spreekkamers die prettig zijn ingericht met ondermeer een ronde tafel. Dat praat makkelijker. Veel speelgoed is daarbij niet nodig. De expert zit immers aan tafel.....

3. Bestuur, toezicht, bedrijfsvoering en medezeggenschap



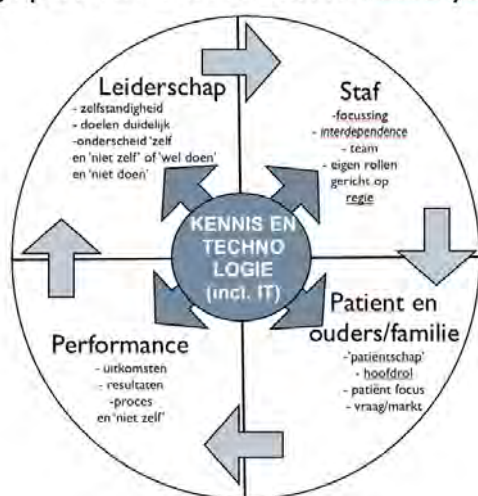
Ontzorgen van diabetes: Ouders kunnen vanuit thuis of elders gegevens uploaden en verzenden. Ze krijgen dan direct binnen enkele minuten een 'ther@piemail', een overzicht van alle relevante gegevens plus een individueel behandeladvies.

3.1 Normen goed bestuur

Diabeter kent een raad van bestuur/directie en raad van toezicht/raad van commissarissen-model zoals gebruikelijk in de zorg. Diabeter onderschrijft de code Health Care Governance en heeft deze verwerkt in haar bestuursreglementen, in haar huishoudelijke reglementen en -regels. Openbare verantwoording leggen we af in dit jaarverslag en in het gedeponeerde financiële jaarverslag (www.jaarverslagenzorg.nl). De jaarrekening is daarbij door de controlerend accountant (Baker, Tilly, Berk), voorzien van een goedkeurende accountants-verklaring en goedgekeurd door de raad van commissarissen.

Onze werkwijze en filosofie past in de structuur van een zogenaamd High Performance Healthcare Microsystem, beschreven door Batalden et al. (http://dartmed.dartmouth.edu/summer06/html/what_system.php). In een artikel worden de redenen en methode verder beschreven: DiabetesSpecialist 2008 nr. 28 pag 17-19, <http://www.diabetespecialistonline.nl/>). Het is een kort-cyclisch systeem dat kenmerken heeft van een focus-factory met continue verbeter-cyclus. Essentieel is de ICT en de data-analyse in dit systeem en de kort-cyclische werkwijze zonder tussenlagen.

High performance Healthcare Microsystem



Er zijn vele zorginhoudelijke, zorg-economische en maatschappelijke redenen om zo de zorg voor kinderen en jongeren met diabetes te verbeteren. Waar dit in de oncologie gedaan is door 1) concentratie van zorg, 2) kennis en 3) onderzoek, bleek dit voor T1D in de bestaande settings van ziekenhuizen tot onze start onmogelijk, door vermenging van chronische zorg met kort-cyclische zorg. Met de komst van het DBC systeem in 2005 werd een ZBC (IMSZ type 1) setting mogelijk. In 2006 is Diabeter gestart met als doel verbetering van diabeteszorg voor kinderen en jongvolwassenen met diabetes door concentratie, focussing en (translatie) onderzoek. Door 1) directe aansturing op behandeldoelen en -uitkomsten, door 2) regie door een multidisciplinair team van gefocuste medewerkers, 3) het plaatsten van patiënt/ouders in de hoofdrol en 4) continue gebruik van ICT, werd een transparante en economisch verantwoorde opzet gemaakt die ook op

de vereiste lange termijn (diabetes gaat niet over!) haalbaar is. Dit model laat ook zinvolle en stuurbare implementatie en evaluatie (translatie-onderzoek) van nieuwe behandelmethoden en -technieken toe. Aanvankelijk drie en inmiddels acht ziekenhuizen (waaronder het ErasmusMC Sophia) besloten (met goede afspraken over onderzoek en onderwijs) de diabeteszorg voor hun kinderen en jongeren door Diabeter te laten uitvoeren.

Als een patiënt bij Diabeter onder behandeling komt, wordt de diabeteszorg in het verwijzende ziekenhuis uiteraard gestaakt. Voor alle patiënten geldt dan ook dat de behandeling bij Diabeter verplaatste zorg is. Er is geen sprake van een extra verrichting, vroegere diagnose of andere beïnvloedbare parameter. Type 1 diabetes vereist bij diagnose direct ingrijpen (anders volgt de dood) en bij verwijzing wordt op één plaats behandeld. Er is kortom geen 'maakbare markt'.

Waar het aantal kinderen en jongeren onder behandeling per Nederlands ziekenhuis over het algemeen minder dan 120 of minder patiënten bedraagt, zorgt Diabeter eind 2014 voor bijna 1600 patiënten en heeft drie locaties. In de ziekenhuissetting is er veelal sprake van een wekelijks dagdeel of dag diabeteszorg door de specialisten. Daarnaast is bij een dergelijke omvang het separaat in stand houden van een kinderdiabetesteam geheel volgens de NDF-zorgstandaard een financieel en organisatorisch lastige zaak. Bij Diabeter wordt gefocust op diabeteszorg. Dat maakt verdieping, verbetering en vernieuwing van de zorg mogelijk, een voorwaarde om korte- en langetermijncomplicaties te voorkomen. Daarnaast is op die wijze een verantwoorde en transparante exploitatie mogelijk.



Annelies Meijers
@AMKwadraat

Volgen

Met een kind die #diabetes heeft ben je zo blij met de hulp, zorg en betrokkenheid van de @DiabeterNL. meer dan waardevol!!

10 jan. 2014 08:14

Het werk en de resultaten van Diabeter zijn door verzekeraars her- en erkend. Vanaf de start heeft Diabeter met alle zorgverzekeraars contracten afgesloten en de samenwerking wordt door beide partijen als zinvol en zeer positief ervaren. Het concept is wezenlijk anders dan ook bestaande samenwerkingsprojecten tussen ziekenhuizen (bijv. Diaboss, Diabij, Kids & Co). Daar bestaan voornamelijk afspraken over logistieke samenwerking. Er is geen gezamenlijk financieel beleid (elk ziekenhuis eigen DBC/DOT en onderhandelingen) en uiteraard geen gezamenlijke inkoop (NZA regels!) en de gehele infrastructuur en bemensing is tegelijkertijd in alle ziekenhuizen noodzakelijk indien volgens de NDF richtlijnen wordt gewerkt. Verder is er geen centraal bestuur, verantwoording of leiderschap (organisatorisch en financieel) en geen zelfstandigheid zoals bij Diabeter. De directie van Diabeter vraagt zich in deze af of de inhoudelijke en bestuurlijke (financieel) haalbaarheid in dergelijke ziekenhuis-settings te inhoudelijk en financieel te verantwoorden is en is verheugd over de transparante en positieve werkwijze die Diabeter en haar medewerkers in deze bieden.

3.2 Raad van bestuur/ Directie (nov 2014)

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor het dagelijks bestuur, beleidsvorming en -uitvoering. De specifieke structuur van Diabeter maakt een klein en slagvaardig bestuur mogelijk en noodzakelijk.

De leden van de raad van bestuur zijn regelmatig gastspreker of worden uitgenodigd. Bij eventuele daarmee samenhangende vacatiegelden of vergoedingen zijn deze vermeld in het transparantieregister.

Leden van de raad van bestuur	Functie	Enkele specifieke taakgebieden (met overlap binnen rvb)	Nevenfuncties in 2014
Dr. Henk J. Veeze, kinderarts	Voorzitter	- Bestuur, patiëntenzorg en -veiligheid, externe contacten verzekeraars en stake-holders, ICT, huisvesting, techniek en techniek gerelateerd onderzoek	- Lid werkgroep ICT Nederlandse Diabetes Federatie - Lid SWEET projectgroep EU. - Voorzitter bestuur 'Stichting Innovaties in Diabeteszorg' - Bestuurslid Stichting BIDON - Consulent/honorair staf lid Erasmus University Rotterdam en buitengewoon staf lid IJsselland ziekenhuis. - Penningmeester van ISPAD, International Society for Pediatric Diabetes - consultant Roche, Medtronic
Dr. Henk Jan Aanstoot, kinderarts	Secretaris / Penningmeester	- Bestuur, patiëntenzorg en -veiligheid, personeel, cliëntenraad, onderwijs en onderzoek, verslaglegging en publicaties, onderzoek	- Lid Hvidoere Study group en Hvidoere Steering committee - Voorzitter Wetenschappelijke adviesraad Diabetes Fonds (per 1-1-2012 tot dec 2014) - bestuurslid 'Stichting Innovaties in Diabeteszorg' - Bestuurslid DESG - Consulent/honorair staf lid Erasmus University Rotterdam en buitengewoon staf lid IJsselland ziekenhuis.

3.3 Raad van toezicht/ Raad van commissarissen (november 2014)

De Raad van Toezicht van Diabeter bestond in 2013 uit de volgende personen:

Lid van de raad van toezicht	Functie	Andere nevenfuncties
Drs. Jan ten Kate, RA (voorzitter)	CFO bij Amsterdam Commodities (Acom)	Voorzitter RvC Hampshire Hospitality BV
Hr. Peter Goedvolk	Ondernemer, Count Company	Voorzitter Havenvereniging Rotterdam, Lid raad van advies Ahoy en ambassadeur Vriendenfonds van het Erasmus MC.
Hr. Drs. Jan Hoving	BPI organisatie en advies	

De Raad van Toezicht/Commissarissen is in 2014 vier maal bijeen geweest met de Raad van Bestuur/Directie en heeft als deel daarvan twee maal een eigen vergadering gehad. Er bestaat een vast schema van onderwerpen voor de vergaderingen met onderdelen als resultaten in de zorg, ontwikkelingen in de zorg, kosten-baten, ontwikkelingen, strategie en bedrijfsmatige aspecten. Tussendoor hadden de verschillende leden van de Raad van Toezicht/Commissarissen zo nodig overleg met de Raad van Bestuur/Directie. Belangrijke onderwerpen in 2014 zijn geweest:

- *De strategische ontwikkeling van Diabeter; zoals ondermeer de uitbreiding naar een 4e locatie, BV structuur*
- *De positie van Diabeter in de zorgwereld en -markt en de daarbij komende kansen en bedreigingen;*
- *De samenwerking met derden;*
- *Ontwikkelingen rondom de veranderende financiering van de zorg en de gevolgen voor Diabeter (zorgverzekeraars)*
- *Personele aangelegenheden, samenstelling en functioneren van de raad van bestuur en raad van toezicht*
- *De ontwikkeling van de Raad van Toezicht/Commissarissen die past bij de ontwikkeling van de organisatie.*

De Raad van Toezicht/Commissarissen heeft, gehoord en gezien hebbende het accountantsverslag en de overige jaarstukken haar goedkeuring gegeven aan de jaarrekening 2014. De leden van de Raad van Toezicht/Commissarissen ontvangen geen bezoldiging voor hun inzet bij Diabeter.

3.4 Bedrijfsvoering / financiën

Voor de organisatorische aspecten van de bedrijfsvoering wordt verwezen naar hoofdstuk 2 en 3. Voor de financiële verantwoording wordt verwezen naar het financieel jaarverslag. Voor Diabeter is 2014 een goed jaar geweest waarbij de positie als kenniscentrum, referentiecentrum en centrum voor vernieuwende zorg niet alleen werd geconsolideerd en uitgebreid doch de organisatie in weleige tijden ook financieel gezond bleef en adequaat kon opereren.

Risicobeheersing financiële instrumenten: Diabeter maakt gebruik van primaire financiële instrumenten, zoals bijvoorbeeld debiteuren, banksaldi, leningen o/g en crediteuren. Diabeter maakt geen gebruik van afgeleide financiële instrumenten zoals interest rate swaps. Alle risico's rondom financiële instrumenten zijn door Diabeter voldoende afgedekt. Voor verdere informatie: zie financiële verantwoording op DigiMV.

Een toekomstbestendige organisatie

Door de sterke groei van Diabeter plus haar ambitie om voortdurend de zorg te verbeteren is de taak van de Raad van Bestuur zo omvangrijk geworden, dat er versterking nodig was. Om die reden is in juni 2014 Maarten Ploeg aangetreden. Als voormalig directeur van Diabetesvereniging Nederland, ervaring in het bedrijfsleven en manager personeel, organisatie & opleidingen in een ziekenhuis vult hij de Raad van Bestuur aan in de functie Directeur Organisatie & Markt. Naast taken om de relaties met patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, andere zorgaanbieders, en stakeholders te versterken is onder zijn leiding de organisatiestructuur aangepast per 1 oktober 2014 naar een managementteam o.l.v de directeur Organisatie & Markt, met daarin de vakgroepvoorzitter, de Teamleider Receptie en Diabstore en de ProCo's van elke locatie.

ProCo is de afkorting van Proces Coördinator, een leidinggevende functie waarin drie ervaren diabetesverpleegkundigen gedurende een dagdeel per week op hun eigen locatie actief zijn. Het doel van het MT is het adviseren van de Raad van Bestuur en het leidinggeven aan de dagelijkse operatie. Met deze wijziging is de totale inzet van ondersteunend personeel in Diabeter nog steeds laag. Deze is inclusief Quality Improvement Coordinator en ProCo's 3.4 FTE op een totaal van 30.6 FTE, oftewel 11.1% van het totale personeelsbestand.

Ook is een communicatiemedewerker aangesteld om de toenemende noodzaak van goede communicatie, zowel inkomende als de noodzakelijke uitgaande te coördineren en te behandelen. Uiteraard worden daar diverse media bij gebruikt.

Op 1 oktober is ook een Opleider aangesteld. Het gaat om een ervaren diabetesverpleegkundige die interne scholing organiseert en aanbiedt. Om het toenemend aantal researchprojecten goed te kunnen opvangen is een Staf Research ingericht. Als eerste functie is daarin een Clinical Research Coördinator aangesteld die allerhande ondersteunende werkzaamheden verricht.

Topteams die veilig werken

Diabeter behandelt volgens de laatste medische en technologische inzichten en met kennis over de psychosociale aspecten van het leven met type 1 diabetes. Daarom is het van belang dat de kennis van de professionals van Diabeter van hoog niveau is. Voor een goede begeleiding en coaching van de patiëntenempathie is inlevingsvermogen van de professional essentieel. Om dit te kunnen waarmaken wordt bij aanname gekeken naar de persoon en zijn kennis, worden nieuwe medewerkers uitgebreid ingewerkt, organiseert Diabeter regelmatig interne scholingen en nascholingen en volgen de professionals externe scholingen en congressen. Jaarlijks vinden interne audits plaats teneinde eventuele risico's direct te signaleren en vervolgens te elimineren (zie Kwaliteit en veiligheid in 2014).

In 2013 ontving Diabeter haar HKZ certificering. Dit betekent dat de processen zodanig zijn ingericht dat Diabeter aan haar patiënten een veilige behandeling kan bieden. In de dagelijkse praktijk dienen allerhande voorschriften uiteraard te worden toegepast. Om voortdurend alert te zijn vragen we onze medewerkers elkaar bij elke activiteit waar nodig aan te spreken. In diverse vergaderingen staat dit onderwerp hoog op de agenda. In 2014 is ook een gedragscode ingevoerd om veilig gedrag onder medewerkers te stimuleren. In juni vond de jaarlijkse herbeoordeling plaats op basis waarvan ons HKZ certificaat werd verlengd. In september vond onverwacht een controle van ons verhuisproject in Rotterdam plaats. We konden onze certificeerder Lloyds een goed plan voorleggen en overtuigen dat dit tot in detail was voorbereid. We kregen zelfs een pluim voor deze optimale aanpak en organisatie.

De medisch specialisten van Diabeter zijn lid van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde of de Nederlandse Internisten Vereniging en vallen zo onder herregistratie- en bijscholingsbeleid van deze beroepsgroepen en Specialisten Registratie Commissie. Diverse artsen participeren in landelijke werkgroepen en commissies.

De Diabetesverpleegkundigen en diëtisten zijn lid van respectievelijk Eerste Associatie Van Diabetesverpleegkundigen en Nederlandse Vereniging voor Diëtetiek en hebben zitting in werkgroepen en adviesgroepen.



KWALITEIT EN VEILIGHEID IN 2014: samenvatting van het veiligheidsjaar

2014 was voor Diabeter het tweede jaar dat gewerkt werd volgens de HKZ norm Cliënt-/Patiënt-veiligheid. De zeer positieve beoordeling van de externe auditors bij het behalen van ons eerste certificaat in 2013, hebben ons aangemoedigd om door te gaan op de ingeslagen weg en om verder te bouwen aan ons veiligheids- en kwaliteitssysteem.

Veiligheids-hoogtepunten van dit jaar waren:

- Het jaarlijkse, geplande surveillance bezoek van de externe auditor op 20 juni 2014, waarbij geen zwaarwegende fouten of afwijkingen werden geconstateerd en het certificaat werd verlengd.
- De verhuizing van de Rotterdamse vestiging naar de Blaak. Ons veiligheidssysteem gebiedt bij een dergelijke grote verandering in de organisatie, dat er een prospectieve risicoanalyse wordt uitgevoerd en een programma van beheersmaatregelen wordt vastgesteld en gevolgd. Zo zijn de beheersmaatregelen van meet af aan geïntegreerd in de verhuis-draaiboeken en de verhuizing is vlot, vlekkeloos en veilig verlopen. De externe auditor heeft kort voor de verhuizing een onaangekondigd bezoek gebracht om de werkwijze, en uitvoering van het veiligheidsbeleid tijdens deze onderneming te beoordelen. Wederom werd er geen significante fout of afwijking vastgesteld.

Dit jaar werd aan alle onderdelen van ons Veiligheids Management Systeem (VMS) gewerkt en voortgang geboekt.

1) Veiligheidscultuur: Het is cruciaal voor het welslagen van een veiligheidsbeleid, dat alle medewerkers gestimuleerd worden in “veiligheids-denken” en goed op de hoogte zijn van alle ontwikkelingen op dit gebied binnen de organisatie. De Commissie Kwaliteit, het veiligheids-communicatie orgaan van Diabeter, kwam dit jaar 7 keer bijeen. Naast uitwisselen van informatie, hebben de commissieleden deelgenomen aan de PRI/PRA sessies, en aan interne audits als auditor.

Voor alle nieuwe werknemers was in hun inwerkprogramma een gesprek over de Diabeter-cultuur en ook over veiligheid met resp. een cultuurdrager (lid raad van bestuur) en de QIC. Op deze wijze kunnen we aan iedere nieuwe collega direct duidelijk maken hoe groot het belang geacht wordt van veilig denken en werken.

Ook was er aandacht voor interne(her)educatie, zeer relevant omdat er bij Diabeter zoveel proces en procedure omschreven, maar ook in beweging is. De Diabeterdag in april was zeer gevarieerd, met voordrachten over: medicatie, hygiëne, ontwikkeling zorgpaden, een onaangekondigde ontruimingsoefening en in de middag een workshop over doeltreffend spreekuur houden.

Het **Thema van de Maand** programma, leverde dit jaar een breed scala aan onderwerpen: Hypoglykemie, CF en diabetes, kindermishandeling en huiselijk geweld, reanimatie en acute situaties, time management, school en nulde lijn, medicatie voorschrijven en verstrekken. Alles op creatieve wijze (mails, presentaties, workshop, QUIZ) aangeboden door een steeds wisselend team van terzake deskundige medewerkers.

2) Prospectieve risico-inventarisatie en -analyse: Jaarlijks worden alle risicovolle processen, zowel van het primair- als ondersteunende proces geïnventariseerd. Met een gevarieerde groep medewerkers worden 3 processen geselecteerd om analyse van te verrichten. Dit gebeurt met de Bow-Tie methode. Dit jaar zijn de volgende onderwerpen gekozen: de volwassen patiënt, interne communicatie en e-health. De uitgewerkte Bow-Tie, met voorstel van beheersmaatregelen werd aangeboden aan de raad van bestuur.

3) VIM- Veilig Incident Melden: Gelukkig was er ook dit jaar geen melding van ernstig of blijvende schade bij onze patiënten. Wel was het een druk VIM jaar. Alle medewerkers zijn alert op incidenten en melden vlot. Van de 110 meldingen, betrof het in 36 gevallen een incident waarbij er geen enkele bedreiging was voor de patiënt-veiligheid(derhalve een Afwijking, zie volgende paragraaf) en 28 maal een melding over de medicatie-levering van de apotheek. De raad van bestuur heeft op dit laatste punt diverse maatregelen genomen om de problemen op korte en langere termijn op te lossen. Zo resteerden nog 46 “echte” VIMs. Dezen werden allen besproken door de Vimcommissie, advies werd uitgebracht aan de raad van bestuur, die op haar beurt frequent besloot tot maatregelen (bijvoorbeeld: onderwerp extra onder aandacht brengen van een discipline, protocol-uitbreiding of aanpassing, onderwerp agenderen als Thema van de Maand).

4) Afwijkingen en suggesties: In dit register zijn dit jaar 40 afwijkingen opgenomen. Dit zijn onwenselijke of onpraktische situaties die niet direct de patiënt-veiligheid bedreigen. Het betreft zaken als: problemen met agenda, een niet werkende lift etc. Ook in dit register een aantal Vcare analyses. Naast de reguliere-, dagelijkse- en regelmatige evaluaties van de uitkomstparameters van Diabeter, worden, soms naar aanleiding van een VIM, soms naar aanleiding van een observatie extra analyses gedaan. Dit jaar naar de consistentie van het schildklieronderzoek/lab, schildklier-diagnose en schildklier-medicatie en naar de juistheid van datuminstelling bij onze pomp-patiënten. Deze analyses gaven aanleiding tot verbetermaatregelen.

Dit jaar werden diverse waardevolle suggesties aangedragen over uiteenlopende onderwerpen. In december werd bij de traditionele kerstborrel de prijs voor de “Suggestie van het Jaar” uitgereikt aan Ilonka Rook. Zij heeft een voorstel gedaan om een programma te ontwikkelen om bij ontregelde diabetes niet te kiezen voor een korte ziekenhuisopname, maar voor een Thuis-verpleegkundige met kennis van diabetes die in die thuissituatie observeert en coacht en een verslag uitbrengt (DIDCAP- Diabetes Individualized Developmental Care and Assessment Programme). Dit voorstel is ingebracht bij de betreffende gemeentelijke instanties.

5) Interne audits: Tweemaal dit jaar werd op iedere locatie een interne audit uitgevoerd door wisselende teams van auditors afkomstig uit de Commissie Kwaliteit. De onderwerpen van de eerste audit-ronde waren: volwassen patiënt, interne communicatie en e-health.

In de loop van het jaar heeft de Commissie besloten tot enkele aanpassingen in de audit-procedure waarmee de terugkoppeling van auditbevindingen en verbetermaatregelen van de raad van bestuur naar de locaties verbeterd werd. In deze nieuwe werkwijze is ook een rol vastgelegd voor de nieuwe Directeur Organisatie en Markt en voor de Proco's van de diverse locaties.

In het najaar werd bij de audit aandacht besteed aan afwijkende bevindingen van vorige audits en algemene veiligheidszaken, met name de wijzigingen in de organisatie van het afgelopen jaar.

6) Klanttevredenheid: In het voorjaar werd onder schoolgaande Diabeter- patiënten en hun ouders een enquête gehouden over diabetes en school in het kader van een groter landelijk onderzoek. Zie elders in dit verslag. Dit najaar werd een nieuwe enquête voorbereid voor alle Diabeter- patiënten. Een van de hoofdonderwerpen is e-health. Deze enquête wordt thans verzonden.

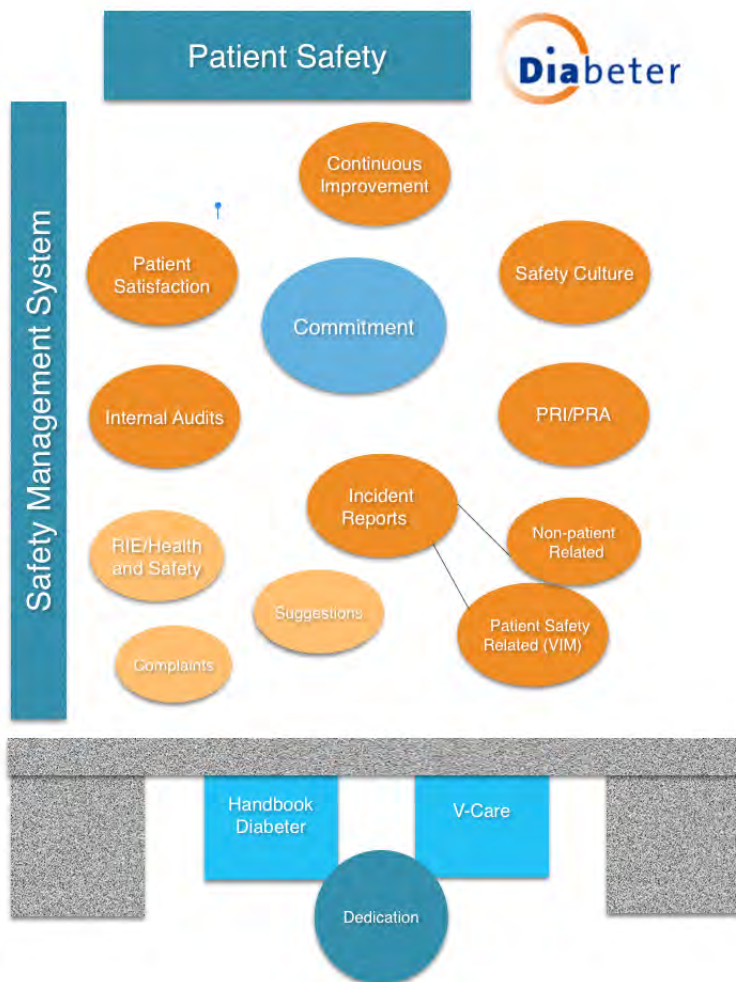
7) Continu verbeteren: Alle bevindingen van het VMS worden genoteerd in respectievelijke registers. Daarin wordt bijgehouden: de probleemstelling, de maatregelen genomen door de raad van bestuur, de verantwoordelijke, uitvoeringsdatum en evaluatie van de effectiviteit. Elke drie maanden worden deze registers met de raad van bestuur doorgenomen en aangevuld.

Jaarlijks wordt een oorzaken-analyse uitgevoerd en gezocht naar een eventuele gemeenschappelijke bron van oorzaken. Dit jaar hadden we een met het vorige jaar vergelijkbaar aantal afwijkingen. Wel was er een duidelijke verschuiving in de oorzaken van menselijke fouten naar meer technische en externe oorzaken. Heel voorzichtig zouden we hieruit kunnen concluderen dat ons interne educatie- en cultuurprogramma gewenste effecten hebben gebracht.

We mogen terugkijken op een intensief en effectief Veiligheidsjaar 2014. In een innovatieve kliniek als Diabeter, staan ons alweer nieuwe ontwikkelingen te wachten die geïntegreerd moeten worden in ons VMS en zo zullen bijdragen aan veiligheid. We hebben het de afgelopen twee jaar zo duidelijk ervaren dat we niet meer door anderen overtuigd hoeven te worden: ons VMS werkt, veiligheid en kwaliteit kunnen we hiermee op hoog niveau bewaken en stimuleren. Met vertrouwen gaan we veilig verder.

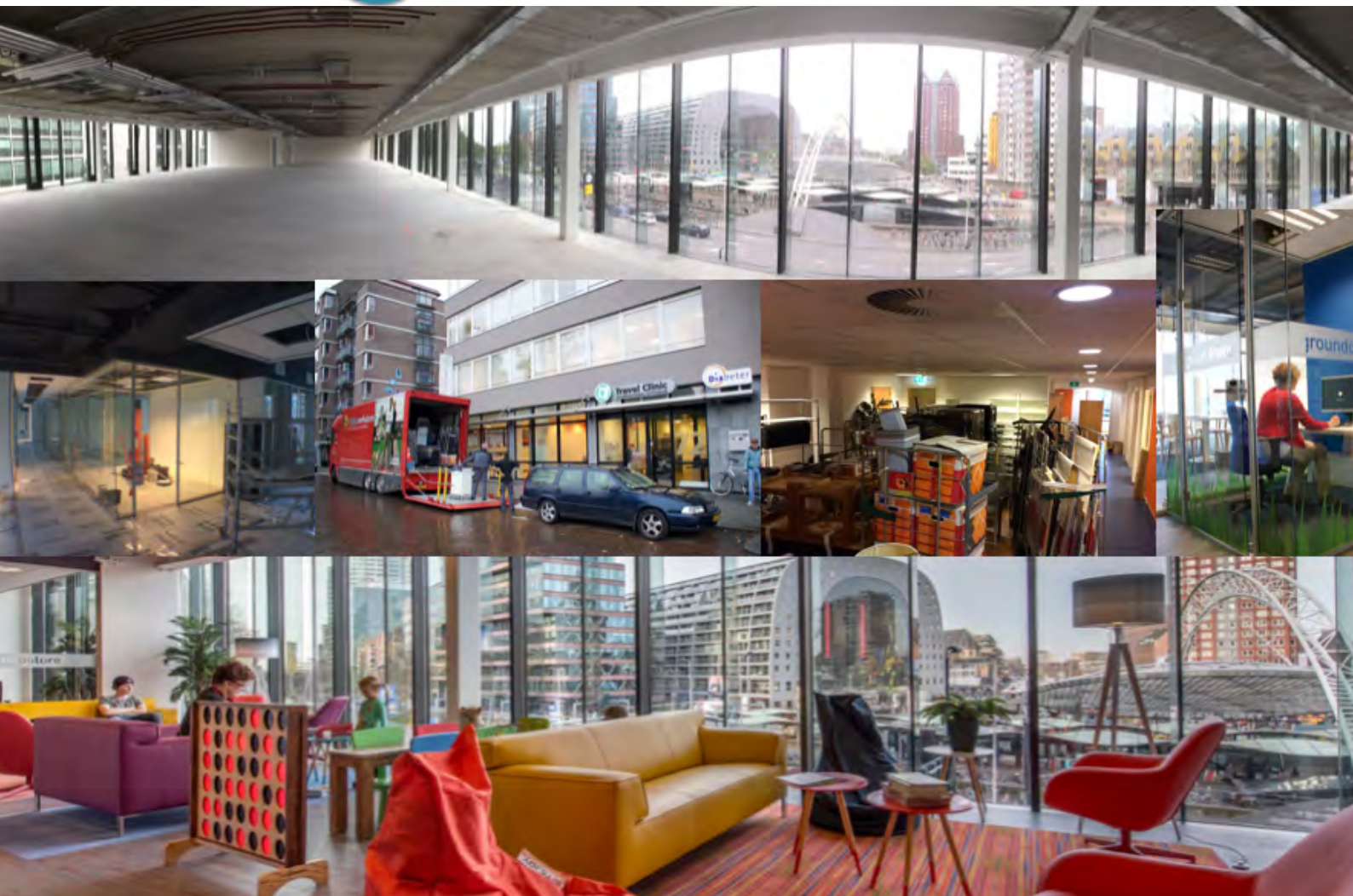
Snapshots uit een veiligheidsjaar met ondermeer presentatie VMS op Intranet, ontruimingsoefening (oud elocatie, later herhaald op nieuwe locatie) Temperatuur checks tijdens verhuizing van kritische materialen, RIE (BHV medewerker) en PRI/PRA/Bowties .





Links: het framework (Bloem-schema) van het veiligheidsmanagementsysteem van Diabeter. Alle onderdelen die zijn opgezet voor het VMS

Onder: Ter voorbereiding van de verhuizing werd een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd en verwerkt in de draaiboeken: van lege verdieping, via inrichting, verhuizing, blijvende bereikbaarheid en zorg naar een direct weer functionele unit. Dit bleek binnen twee maanden uitvoerbaar door nauwkeurige planning en toepassing van het VMS.



3.5 Cliëntenraad en klachtencommissie

De cliëntenraad van Diabeter behartigt binnen de instelling de gemeenschappelijke belangen van de patiënten en zijn/haar ouders. De rechten en plichten van de cliëntenraad zijn vastgelegd in wetgeving. De cliëntenraad kan de raad van bestuur gevraagd en ongevraagd advies geven.

In 2014 zijn de vier bijeenkomsten gebruikt voor de verdere opzet van een actieplan. Na de enquête in 2013 ziet de cliëntenraad het opzetten van thematische vragenrondes/ enquêtes gericht op specifieke onderwerpen (e-Health-ontwikkeling en appreciatie, wensen gebruikers) en gebruikers-leeftijdsgroepen. In 2014 is een begin gemaakt met de opzet daarvan. Daarnaast zal de cliëntenraad betrokken zijn bij de ontwikkeling en adviseren over de patiënt-gerelateerde uitkomst onderzoeken (PROM) waarvan de mede door Diabeter ontwikkelde My-Q (voor Tieners/ouders) een voorbeeld is.

De cliëntenraad werd gevraagd te adviseren in de omzetting van Stichting Diabeter naar een BV vorm. Gezien de groei en ontwikkelingen op het gebied van zorg, maar zeker ook ten aanzien van technieken en nieuwe behandelingen adviseerde de cliëntenraad hier positief over.

Diabeter heeft een eigen klachtencommissie. In 2013 ontving de commissie 1 klacht, die in 2014 is afgerond, maar werd ingetrokken door de klager na een gesprek met de raad van bestuur. Eind 2014 werd een klacht ontvangen die in 2015 zal worden afgerond.



Penny Bruijninx
@puurpenny

Al jaren heel blij met de zorg van
[@DiabeterNL](#) voor zoon. Super dat ze de
Achmea Quality Award hebben gewonnen!
skipr.nl/actueel/id1978...

4. Meerjarenbeleid, inspanningen en prestaties



4.1 Belangrijke aspecten van het meerjarenbeleid

In het meerjarenbeleid streeft Diabeter om verder de zorg voor mensen met diabetes te verbeteren. Twee onderdelen zijn daarbij essentieel, worden de komende tijd uitgewerkt en worden in dit jaarverslag nader belicht:

4.1.1. Het VCare disease-management systeem:

EPD+ bedrijfsinformatie + veiligheidsmanagement + basis voor wetenschappelijk onderzoek +...

Continuïteit van zorg en behandeling is essentieel voor het welslagen van de behandeling. Bij Diabeter hoort daar een continue evaluatie van uitkomsten, zowel op medisch, proces als financieel terrein. Dit kan uitsluitend met een ICT-kern die meer is dan een EPD. Diabeter werkt daartoe met een in eigen beheer ontwikkeld systeem VCare, dat naast EPD ook de gehele bedrijfsinformatie omvat en beheert en daarmee de gewenste transparantie geeft. Feitelijk is dit een zeer uitgebreid 'disease management systeem'. Er zijn nauwelijks vergelijkbare systemen in de wereld te vinden die deze veelzijdigheid hebben.

De zorg is daarnaast op hoog niveau geborgd en veiligheidsissues worden waar mogelijk in het systeem gecontroleerd en gereduceerd. De zorggegevens zijn voor de professionals beschikbaar en worden op patiënt-niveau gebruikt om de behandeling te monitoren, evalueren en bij te stellen. Met VCare zijn tevens continue data beschikbaar over de output van de zorg bij Diabeter. Elke nacht worden meer dan 100 uitkomstparameters doorgerekend, waardoor de kwaliteit van zorg maximaal transparant wordt. Tevens worden de data geanonimiseerd gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek door Diabeter en kunnen gegevens als 'diabetespas' naar de patiënt gestuurd worden via de 'Ther@piemail'. Diabeter ziet dat de reguliere polikliniekbezoeken steeds meer 'strategische overleg- en besluitmomenten' zijn en dat glucoseregulatie zaken zelf via ICT 'in de cloud' gaat gebeuren. Daartoe is een speciaal zorgpad 'cloudcare' in ontwikkeling dat in 2015 wordt geïmplementeerd.

Mede door de ICT mogelijkheden initieert en participeert Diabeter in (inter)nationaal onderzoek naar het ontstaan van diabetes, optimaliseren van de behandeling van diabetes en het voorkomen van complicaties in de toekomst.



Cloudcare in de thuissituatie: patiënt krijgt na een upload van insulinepomp- en glucosemeter-data persoonlijke adviezen voor aanpassing van de behandeling

4.1.2. Wetenschappelijk Onderzoek (zie ook wetenschappelijke output)

Mede door de ICT mogelijkheden initieert en participeert Diabeter in (inter)nationaal onderzoek naar het ontstaan van diabetes, optimaliseren van de behandeling van diabetes en het voorkomen van complicaties.

In 2014 werd de structuur van onderzoek versterkt met het creëren van een onderzoeksgroep. Hierin participeren de arts-onderzoekers, AIO's, een biostatisticus (Dr. E. Birnie, iBMG, Rotterdam en UMCG, afdeling Genetica) en sinds dit jaar een CRC: clinical research coördinator die van onderzoeken en trials de gedetailleerde uitvoering coördineert. De deelnemers van de onderzoeksgroep die met trials en patiënten te maken hebben, zijn GCP geautoriseerd. Er werd in 2014 een prospectieve risicoanalyse gemaakt (bowtie) die uitgangspunt is voor een verdere opname in het Handboek VMS van alle research-aken en -onderdelen. De onderzoeksresultaten worden door de onderzoekers uitgewerkt tot een wetenschappelijk rapport (hypothese, onderzoeksvraag, uitkomsten, conclusies, analyse) en een statistisch rapport (zijn de gevonden uitkomsten en conclusies relevant?). Aan de hand hiervan worden wetenschappelijke publicaties voorbereid waartoe Diabeter een samenwerkingsovereenkomst heeft met Excerpta Medica, een bedrijf dat publicaties en alles wat daarmee te maken heeft kan ondersteunen. In de competitieve arena van wetenschappelijk onderzoek is een goede en heldere uiteenzetting van hypothesen, resultaten en conclusies een steeds belangrijker onderdeel. Per onderzoek of publicatie kan hun expertise op publicatie en taalgebied worden ingekocht.

Precision medicine

Wetenschappelijk onderzoek en -publicatie van de uitkomsten van de zorg van Diabeter zal belangrijk zijn om de kennis van onze zorg te onderbouwen. Samen met de enorme rijkdom aan klinische gegevens kan zo op een unieke wijze gekeken worden. Dat wordt steeds belangrijker. In de afgelopen 3 jaar is de noodzaak van het zoeken naar de verscheidenheid van type 1 diabetes duidelijk geworden: er zijn grote verschillen in duur van de ziekte, leeftijd van ontstaan, kenmerken van de autoimmunitet, regelbaarheid van de glucosewaarden en gevoeligheid voor complicaties. De tijd van 'instellen' van de diabetes en een 'one size fits all' beleid in de behandeling is definitief voorbij. Om persoonlijke geneeskunde (*personalized medicine*) te leveren aan mensen met diabetes is het ontdekken van markers (biomarkers) voor die verscheidenheid essentieel. Allen dan zal ook precisie behandeling (*precision treatment*) van diabetes en van (vroeger te ontdekken) complicaties mogelijk worden.

JDRF

Het belang daarvan werd duidelijk toen de grootste subsidiegever op het gebied van type 1 diabetes, JDRF (Juvenile diabetes Research Fund; www.jdrf.org) ons vroeg een project te schrijven om de verscheidenheid (heterogeniteit) van type 1 diabetes bij mensen bij al langer (>5 jaar) bestaande diabetes in kaart te brengen en nieuwe biomarkers daarvoor te ontdekken. JDRF vroeg dit aan Diabeter omdat de patiënten bij Diabeter in een zeer nauwkeurig medisch dossier (VCare) in kaart zijn gebracht en zodoende wetenschap en kliniek aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met het UMCG afd. Interne Geneeskunde/Endocrinologie, prof.dr. B. Wolffenbuttel) en de subsidie bedraagt ruim \$1.000.000,-

De verscheidenheid in type 1 diabetes kennen we als behandelaars natuurlijk al lang en in allerlei vormen. Ook het omgaan met de ziekte en de gevolgen daarvan zijn onderwerp van onderzoek. In 2014 werd een subsidie van €275.000,- verkregen voor het onderzoek naar het beter en tijdig detecteren van angststoornissen en depressie bij jongeren met type 1 diabetes. In de literatuur wordt weergegeven dat dit tot 3x vaker voorkomt in vergelijking met jongeren zonder diabetes. Hoe dit het beste vroegtijdig kan worden ontdekt en hoe het dan kan worden behandeld is onderwerp van het onderzoek. Dit onderzoek wordt uitgevoerd bij en met Diabeter door Univ van Tilburg/ CORPS instituut, Prof.-Dr. F. Pouwer.

De voorzitter van JDRF Nederland, Maarten de Groot, overhandigt de cheque voor het Biomarker onderzoek aan Henk-Jan Aanstoot (li) en Henk Veeze (m)



4.1.3 Vierde locatie

Aangezien patiënten uit heel Nederland naar Diabeter toe komen zijn de drie locaties van Diabeter goed bereikbaar per auto en openbaar vervoer en voorzien van adequate parkeervoorzieningen. Om de bereikbaarheid van Diabeter te optimaliseren heeft Diabeter zich in 2014 verder georiënteerd op het openen van een locatie in Amsterdam. Door de invoering van groei-plafonds bestond hiertoe in 2014 nog geen ruimte. Inmiddels is met zorgverzekeraars en andere partijen een verder plan van aanpak besproken en zal Diabeter begin 2015 daadwerkelijk een locatie in de regio Amsterdam openen.

4.1.4 Groei

Diabeter is de afgelopen jaren sterk gegroeid (zie grafiek blz 9). Om te borgen dat een patiënt niet tijdens het spreekuur een telkens andere medisch specialist of diabetesverpleegkundige ziet, zijn eind 2011 in Rotterdam twee behandelteams samengesteld. Een behandelteam is een groep medische specialisten en diabetesverpleegkundigen die bij afwezigheid, ziekte of anderszins voor elkaar kunnen waarnemen. Dit geeft een patiënt een grote kans om door hen bekende zorgverleners van een vast team behandeld te worden.

Om het personeel goed te trainen bij de start van hun carrière bij Diabeter, maar ook daarna is een van de ervaren diabetesverpleegkundigen deels aangesteld als opleider. Zij regelt de noodzakelijke opleidingsaspecten en de relatie daarvan binnen het VMS en handboek. In 2014 werd een nieuwe training voor dvk's ingevoerd, in 2015 volgt die voor ander zorgverleners.

Diabeter streeft er naar om de wachttijden in de wachtkamer kort te houden. Mocht een spreekuur uitlopen dan wordt daar over gecommuniceerd met de wachtende patiënten. In overleg met patiënten worden reguliere afspraken zo ver als mogelijk ingepland. Participeert een patiënt in een groepseducatie of gaat de patiënt een nieuw behandeltraject in waarbij de patiënt in de eerste weken regelmatig in hoge frequentie naar Diabeter komt, dan worden de afspraken door Diabeter vastgesteld, uiteraard in goed overleg. De medisch specialisten van Diabeter zijn 24 uur/ 7 dagen in de week rechtstreeks(=zonder tussenkomst van telefonisten, antwoordapparaten of anders) bereikbaar voor acute zorg-vragen. Voor andere vragen is er zowel 's ochtends als 's middags een telefonisch spreekuur van de diabetesverpleegkundigen.

4.1.5 Patiënt-gerichte omgeving

Een met aandacht vormgegeven omgeving heeft een positieve invloed op het welbevinden van patiënten. Het neemt onnodige stress weg of voorkomt het. Diabeter heeft er daarom voor gekozen om haar locaties niet in te richten als een ziekenhuis. De wachtkamers zijn ingericht als huiskamers met een bankstel en eettafel waar spelletjes gedaan kunnen worden, speelgoed en computers voor de kinderen staan. De onderzoek- en behandelkamers zijn prettig maar eenvoudig ingericht en voldoen aan de daarvoor gestelde eisen. Patiënten reageren hier zeer positief op. Nog steeds is de uitspraak van een van hen *"ik ga niet naar het 'ziekenhuis', maar naar het 'Beterhuis'"* voor ons leidend geweest, ook bij de inrichting van de nieuwe locatie in Rotterdam.



Dr. Aanstoot, Dr. Veeze en Prof Roep (vlnr) presenteren onderzoeksgegevens over uitkomsten, nwe pomptechnieken en toekomstige genezingsmogelijkheden op een van de informatieavonden die Diabeter in 2014 organiseerde.

4.1.6 Patiënt in de hoofdrol

Bij Diabeter kiest de patiënt de hoofdrol en levert Diabeter de regie. De patiënt in de hoofdrol betekent dat de patiënten en/of zijn ouders zelf verantwoordelijk voor zijn behandeling en voorzien van juiste informatie beslissingen moet kunnen nemen. De professionals (het multidisciplinaire team van Diabeter) voeren de regie door adviezen te geven over hoe de behandeling goed vormgegeven kan worden. Hoe wordt die regie vormgegeven? Alle locaties werken eenduidig. Dat wil zeggen dat alle locaties werken met dezelfde protocollen, zorgtrajecten en hetzelfde EPD. Diabeter werkt met een hoofdbehandelaar en verantwoordelijk verpleegkundige. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist en hij/zij is degene die de patiënt behandelt. De verantwoordelijk verpleegkundige is het aanspreekpunt van de patiënt voor alle verpleegkundige zaken. Tijdens een bezoek aan Diabeter wordt vaak een gecombineerde afspraak gepland met de hoofdbehandelaar, de verantwoordelijk verpleegkundige en zo nodig de diëtiste en/of de psycholoog. Per professional wordt voldoende tijd ingepland voor de patiënt. Een arts heeft per bezoek 20 minuten voor een patiënt, een verpleegkundige en diëtist hebben elk 25 minuten en voor het eerste consult bij de psycholoog is er 60 minuten. Tijdens de consulten worden resultaten, doelen en mogelijkheden besproken die samen het uitgangspunt vormen voor een nieuwe stap of doel. Voorafgaande aan het spreekuur vindt op basis van de data in VCare (Dashboardmethode) een voorbespreking plaats door de medisch specialist, verpleegkundige en diëtiste.

'Targetsetting' blijkt essentieel voor een succesvolle behandeling. Afhankelijk van dergelijke doelen wordt gekeken welke behandeling het beste past en deze wordt minimaal jaarlijks geëvalueerd. Tijdens deze evaluatie wordt door het behandelteam afspraken gemaakt over wat van de patiënt verwacht wordt, welke technieken geschikt zijn en wat men van Diabeter kan verwachten. Patiënten hebben naast 3-5 bezoeken per jaar steeds frequenter tussentijds contact via het 'cloudcare-concept' (10-30 keer per jaar contact met de verpleegkundige uit het behandelteam per mail of telefoon). Met behulp van het cloud-concept leveren patiënten en hun hulpmiddelen als pomp en glucosemeter informatie aan waardoor de diabetes bijgestuurd en beter geregeld (regietaak zorgverlener) kan worden.

In 2015 zal 'cloudcare' verder worden ontwikkeld. Ook zullen vanaf 2015 steeds vaker 'automatische uploads' kunnen plaatsvinden. Daartoe moeten nieuwe, bij e-Health horende samenwerkingsafspraken worden gemaakt met patiënt/ (ouders) en behandelaars: wie kijkt wanneer naar welke uitslagen en getallen? Hoe wordt er gecommuniceerd? Wat te doen als de gegevens op een slechte regeling duiden doch de patiënt geen afspraak heeft, wil of kan maken? Dit heeft allemaal met regie en hoofdrolschap te maken en is een uitdaging die in de tijd van 'apps' en 'clouds' moet worden opgepakt. Bij de ontwikkeling van de nieuwe concepten zal de cliëntenraad een belangrijke adviserende rol spelen.

Naast de high-tech ontwikkeling is voor een deel van de patiënten de bekende zorg de beste optie: regelmatig komen (per 3 maanden) en bellen bij issues en problemen. Deze 'groundcare' zal niet verdwijnen. Diabeter is zich bewust van de veelzijdigheid in diabetes en in haar patiëntenpopulatie.



Twee belangrijke knoppen op een insulinepomp: ESCAPE (niet doen) en ACT (doen). Ook op andere aspecten van de behandeling zijn steeds niet doen/ doen besluiten nodig.

4.2 Uitkomsten 2014

Kwaliteitsindicatoren 2014

ORGANISATIESTRUCTUUR

Aanwezigheid van een multidisciplinair diabetes team met specialist, kinderdiabetesverpleegkundige, diëtiste, psycholoog en polikliniek assistent	ja
24/7 telefonisch bereikbaar	Medisch specialist is altijd direct, rechtstreeks zonder tussenkomst bereikbaar op spoedlijn
Elektronisch patiënten dossier met alle reguliere behandelgegevens is beschikbaar.	Ja, sinds 1998. Patiëntgegevens zijn alleen elektronisch beschikbaar
Leeftijdsgroep die behandeld wordt bij Diabeter	in principe t/m 25 jaar, daarboven op specifieke indicaties en verwijzing

Vorm van diabetes en behandeling	Aantal op 31-12-2014
Patiënten totaal	1543
Type 1 diabetes	1438
Type 2 diabetes	8
Monogenetische diabetes (MODY etc)	45
Cystic fibrosis related diabetes (CFRD)	42
MDI: Multidose injection therapy (pen)	634
CSII (insulinepomp)	876
SAP: Sensor-Augmented Pumptherapie (Glucose sensor ondersteunde pompbehandeling)	127



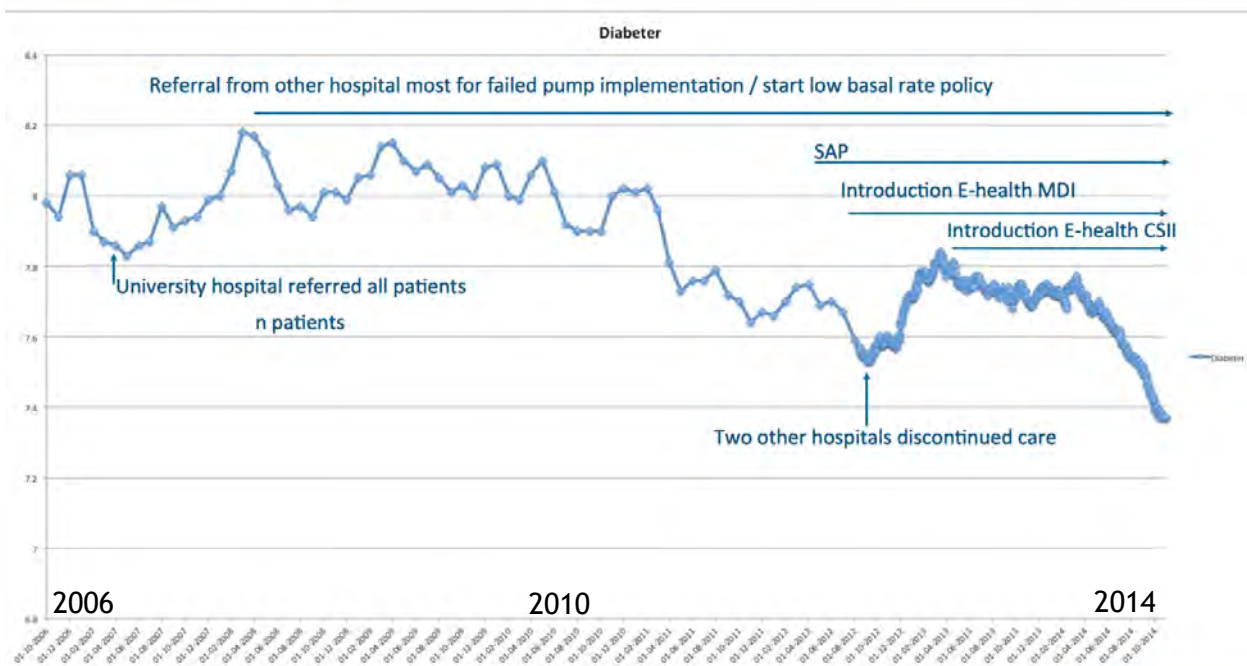
HbA1c uitkomsten en opnames

HbA1c <58mmol/mol; <7,5% leeftijd	alle patienten	HbA1c<58 mmol/mol (< 7,5%)	percentage in target (%)
0-6 jaar	39	23	58%
6-12 jaar	275	192	69%
12-18 jaar	525	244	46%
> 18 jaar	705	399	57%
HbA1c >86 mmol/mol; >10% leeftijd	alle patienten	HbA1c >86mmol/mol (>10%)	percentage(%)
0-6 jaar	39	0	0%
6-12 jaar	275	8	1%
12-18 jaar	525	48	6%
> 18 jaar	705	56	5%
OPNAMES IN ZIEKENHUIS leeftijd	alle patienten	aantal opnames	percentage (%)
0-6 jaar	39	0	0%
6-12 jaar	275	10	3%
12-18 jaar	525	28 (waarvan bij 6 patienten 13 opnames)	5%
> 18 jaar	705	9	1%
totaal		47	3%



A1c uitkomsten en opnames-2

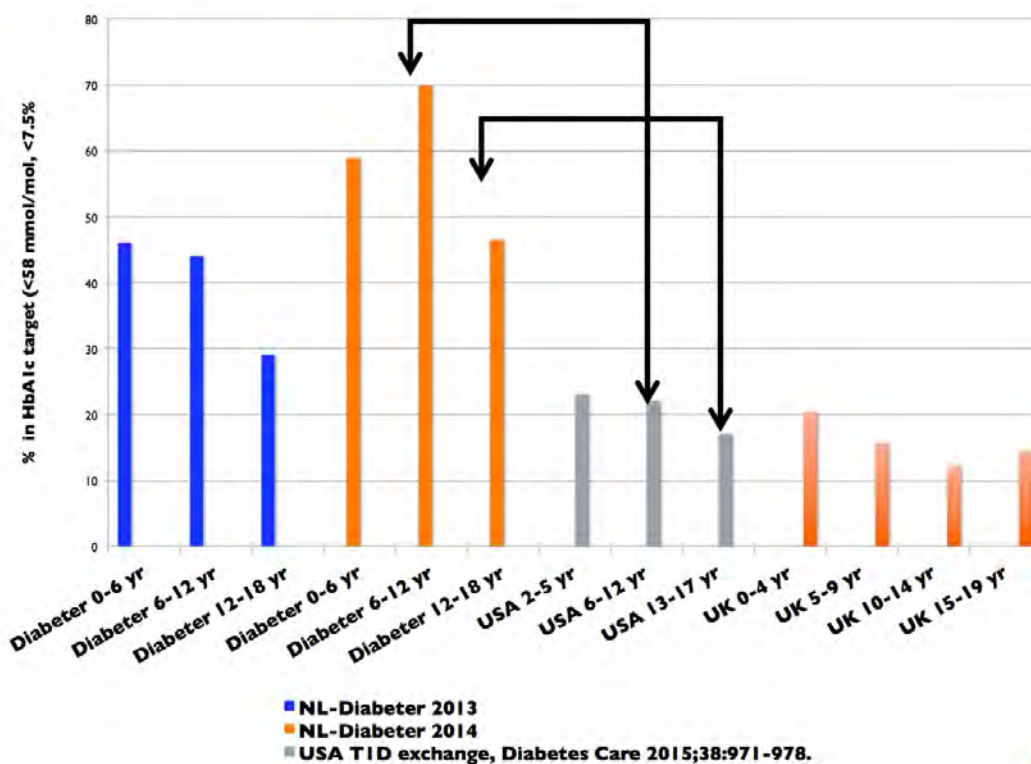
Average HbA1c (%) from 2006-2014



Het gemiddelde HbA1c bij Diabeter (%) vanaf de oprichting in 2006 tot en met 2014. In de grafiek zijn enkele behandel- en omgevingsfactoren gezet die van invloed zullen zijn geweest.



Diabeter – International Comparison



Staafdiagram met vergelijking van Diabeter met internationale data (vergelijking met Nederlandse centra is niet mogelijk, de gegevens worden helaas niet gedeeld). Uitgezet zijn op de x-as de centra naar leeftijdsgroepen en op de y-as het percentage dat de target (HbA1c <7.5% of 58mmol/mol) haalt. Hoe hoger de staven hoe beter de uitkomsten. In het blauw (2013) en oranje (2014) Diabeter, in het grijs T1D exchange groep USA en in rood de NDEP-data van alle UK kinderen/jongeren.

Verbetering in HbA1c in alle behandelvormen

De behandeling van Diabetes gaat gepaard met een verdere verbetering van het HbA1c en daarmee met een gunstig effect op de kans op acute en chronische complicaties. Dit blijkt voor alle behandelmodaliteiten zo te zijn: penbehandeling (MDI), pompbehandeling (CSII) en sensor-gestuurde pompbehandeling (SAP).

Deze grafieken geven de verbetering in HbA1c aan tussen 2013 en 2014. Op de x-as staan twee target punten uitgezet: links het lage target punt ($\text{HbA1c} < 7.5\% = 58 \text{ mmol/mol}$) en rechts het punt dat slechte regeling aangeeft ($\text{HbA1c} > 10\% = 86 \text{ mmol/mol}$). Het is uiteraard de bedoeling om een zo hoog mogelijk percentage patiënten in de linker target te behalen en een zo laag mogelijk in de rechter target.

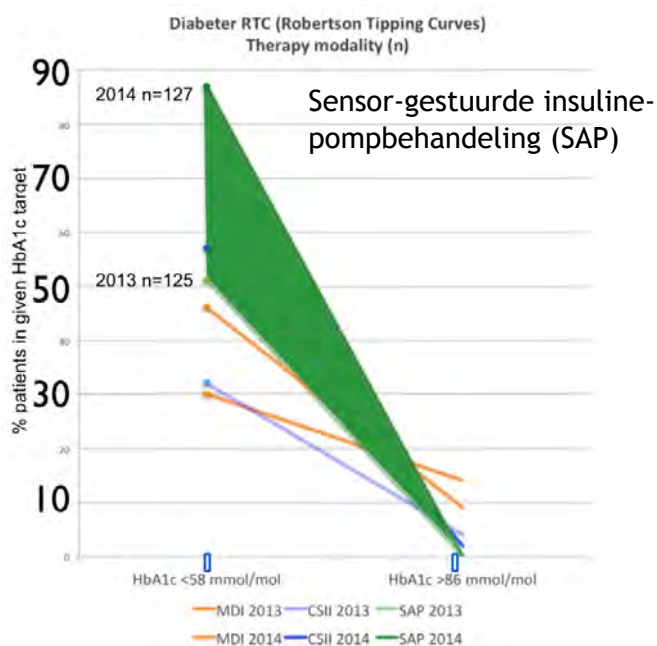
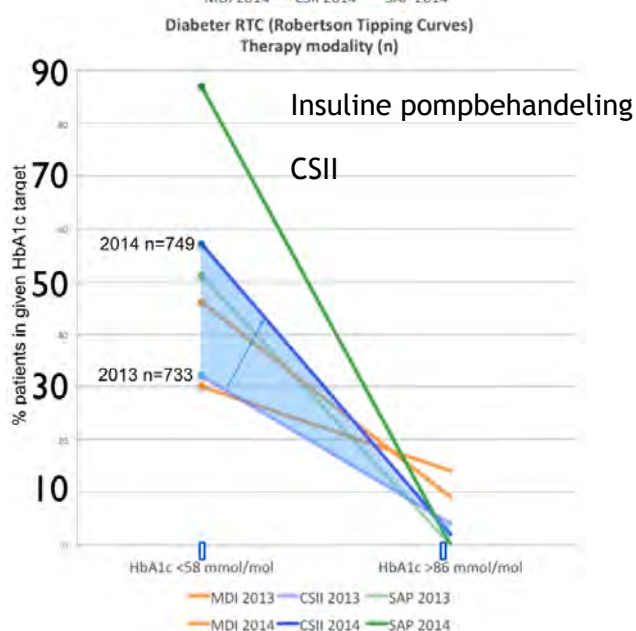
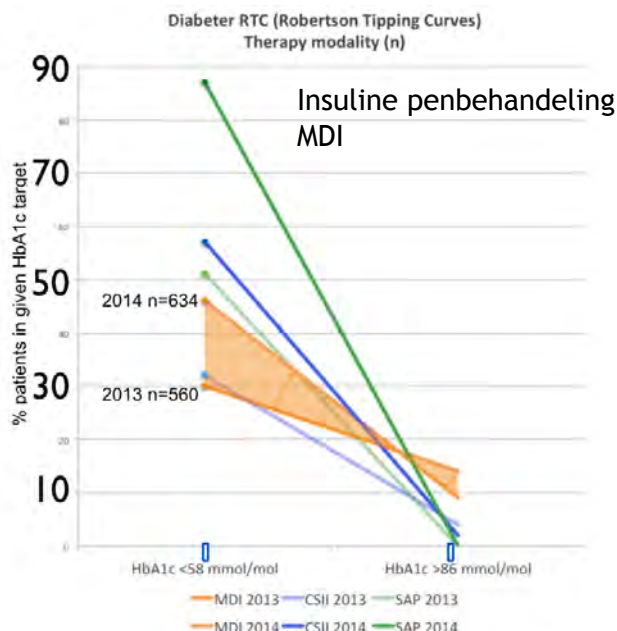
Op de Y-as staat het percentage patiënten dat deze twee targets behaalde in 2013 en 2014. Te zien in de bovenste figuur is dat het percentage patiënten met een insulinepen worden behandeld (MDI) en de een $\text{HbA1c} < 7.5\%$ (58 mmol/mol) toeneemt van 30% naar 48%. tegelijkertijd neemt het percentage patiënten dat een hoog HbA1c haalde af.

Evenzo is dit te zien bij insulinepompbehandeling (32% in 2013 naar 58% in 2014). Een dramatische verbetering is te zien bij gebruik van een sensor-gestuurde pomp. Daar haalt nu 87% van de patiënten de doelstelling van een $\text{HbA1c} < 7.5\%$ en de helft zit onder de 7%!

Succes van SAP: naar een toekomst zonder complicaties en optimale kwaliteit van leven

Bij de eerste generatie SAP of sensor-gestuurde pompbehandeling worden dan ook glucosewaarden bereikt die vroeger onmogelijk waren of alleen ten koste van zeer veel (en levensgevaarlijke) hypoglycaëmieën mogelijk waren. In de 2014 analyse van deze 127 patiënten blijkt dat ze slechts 2,6% van de (sensor)tijd een lage waarde hadden, dat in 43,8% van de tijd er volstrekt normale glucosewaarden waren, dat een licht verhoging (tot 11 mmol/l) in 31% van de tijd voorkwam en een waarde tussen de 11 en de 15 mmol/l in 16% van de tijd. In 6% van de tijd was er een waarde boven de 15 mmol/l . Niet alleen een beter A1c, maar vooral veel minder schommelingen en uitschieters heeft een ongekend effect op het leven van deze mensen. In 2015 komt een nieuwe generatie SAP-pompen en sensors beschikbaar en vanaf 2017 een eerste zogenaamde 'Hybrid closed-loop', een versie die de gehele regeling in de nacht overneemt.

Op weg dus naar die toekomst zonder complicaties.





Diabetes, Diabeter en de politieke agenda

In 2014 startte Lydia Braakman (www.voluit.com), moeder van twee kinderen met type 1 diabetes, samen met Diabeter de actie 'Zorgeloos met diabetes naar school'. Aanleiding was het toenemend aantal problemen om in school en in de klas de diabetes te kunnen regelen. Diabetes heeft door schommelende glucosewaarden, hypo's of hoge waarden een groot effect op gedrag, concentratie en daarmee schooluitkomsten. Regelen van de diabetes in school is daarom net zo belangrijk als rekenen.

De facebookpagina kreeg snel volgers (https://www.facebook.com/zorgeloosmetdiabetesnaarschool/timeline?ref=page_internal) en snel sloten andere partijen aan en ontstond een coalitie. Met hulp van het Diabetesfonds werd een enquête onder ouders van basisschoolkinderen met diabetes landelijk verspreid (met vele deelnemers van Diabeter). Net als in een eigen onderzoek 4 jaar eerder bleek dat veel ouders minder moeten gaan werken of zelfs stoppen met werken of anderszins grote stappen moeten nemen om hun kind zorgeloos met diabetes naar school te laten gaan.

Diverse media waren geïnteresseerd in de uitkomsten en de achtergronden en er werd een petitie voor de Vaste Kamercommissie voorbereid. Inmiddels was de enquête reden voor drie partijen om Kamervragen te stellen en uiteindelijk resulteerde dit in twee moties die vroegen om een evaluatie van de problemen en een oplossing. Na het zomerreces werd een interdepartementale commissie gevormd (VWS en OCenW) en met de gegevens van een juridisch onderzoek door de Diabetesvereniging Nederland (DVN) werd duidelijk dat er een juridische oplossing mogelijk was die onderwijzend personeel, net als ouders handelingen mag laten uitvoeren die voor een kind met diabetes essentieel zijn uiteraard na training. In 2015 wordt dit verder in regelgeving uitgewerkt.



Aanbieding petitie aan Vaste Kamercommissie en Haagse media aandacht: elementen voor een oplossing om zorgeloos met diabetes naar school te kunnen!



4.3 Wetenschappelijk onderzoek, publicaties, presentaties, e.d.

Peer reviewed journals

1. Virtuele kindergeneeskunde

Mul D, Veeze HJ.

Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A8267. Dutch.

2. Glycaemic control of Type 1 diabetes in clinical practice early in the 21st century: an international comparison.

McKnight JA, Wild SH, Lamb MJ, Cooper MN, Jones TW, Davis EA, Hofer S, Fritsch M, Schober E, Svensson J, Almdal T, Young R, Warner JT, Delemer B, Souchon PF, Holl RW, Karges W, Kieninger DM, Tigas S, Bargiota A, Sampanis C, Cherubini V, Gesuita R, Strele I, Pildava S, Coppell KJ, Magee G, Cooper JG, Dinneen SF, Eeg-Olofsson K, Svensson AM, Gudbjornsdottir S, Veeze H, Aanstoot HJ, Khalangot M, Tamborlane WV, Miller KM. Diabet Med. 2014 Dec 15. doi: 10.1111/dme.12676. [Epub ahead of print]

3. Psychische problematiek; vergeet de ziekte van Addison niet. Van Heiningen J, HogenEsch CE, Mul D. Praktische Pediatrie 2014; 8(3): 169-73

4. Question 1: Treatment of mild to moderate ketoacidosis in children and adolescents with subcutaneous insulin.

Mul D, Molendijk E. Arch Dis Child. 2015 Jan;100(1):106-8. doi: 10.1136/archdischild-2014-307238. Epub 2014 Oct 7.

5. Other complications and diabetes-associated conditions in children and adolescents.

Kordonouri O, Klingensmith G, Knip M, Holl RW, Aanstoot HJ, Menon PS, Craig ME.

Pediatr Diabetes. 2014 Sep;15 Suppl 20:270-8. doi: 10.1111/pedi.12183. No abstract available.

6. Qualitative observation instrument to measure the quality of parent-child interactions in young children with type 1 diabetes mellitus. Nieuwesteeg A, Hartman E, Pouwer F, Emons W, Aanstoot HJ, Van Mil E, Van Bakel H. BMC Pediatr. 2014 Jun 10;14:145. doi: 10.1186/1471-2431-14-145.

7. A 'picturesque' case of transition from subcutaneous to oral treatment in neonatal diabetes.

Verstappen S, Mul D. BMJ Case Rep. 2014 May 14;2014.

8. Organiseer de diabeteszorg centraal: H.J. Veeze over diabeteszorg: Interview Vermeer, K. Ned Tijdschrift Diabetol 2014;3:80-81.

ZORG

Virtuele kindergeneeskunde

COACHING OP AFSTAND MET BEHULP VAN E-HEALTH

Dick Mul en Henk J. Veeze

De toepassing van e-health in de kindergeneeskunde staat nog in de kinderschoenen. Toepassing van e-health kan kosteneffectief zijn wanneer zij bestaande zorg vervangt. Voor kinderen met diabetes mellitus geeft de introductie van

Met de begele

J. A. McKnight^{1,*a}, S. H. Wild^{2,*a}, M. J. E. Lamb^{2,a}, M. N. Cooper^{3,4}, T. W. Jones^{3,4,5}, E. A. Davis^{3,4,5}, S. Hofer^{6,b}, M. Fritsch^{7,b}, E. Schober^{7,b}, J. Svensson⁸, T. Almdal⁹, R. Young¹⁰, J. T. Warner^{11,c}, B. Delemer¹², P. F. Souchon^{13,d}, R. W. Holl¹⁴, W. Karges¹⁵, D. M. Kieninger¹⁶, S. Tigas¹⁷, A. Bargiota¹⁸, C. Sampanis¹⁹, V. Cherubini^{20,e}, R. Gesuita²¹, I. Strele^{22,f}, S. Pildava²³, K. J. Coppell²⁴, G. Magee²⁵, J. G. Cooper²⁶, S. F. Dinneen^{27,28,f}, K. Eeg-Olofsson^{29,g}, A.-M. Svensson^{30,g}, S. Gudbjornsdottir^{29,30,g}, H. Veeze³¹, H.-J. Aanstoot³¹, M. Khalangot^{32,h}, W. V.

ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium

Other complications and diabetes-associated conditions in children and adolescents

Kordonouri O, Klingensmith G, Knip M, Holl RW, Menon PS, Aanstoot HJ, Craig ME. Other complications and diabetes-associated conditions in children and adolescents. Pediatric Diabetes 2014; 15 (Suppl. 20): 270-278.

Olga Kordonouri^a, Georgeanna Klingensmith^b, Mikael Knip^c, Reinhard W Holl^d, Henk-Jan Aanstoot^e, Puthazhath SN Menon^f and Maria E Craig^{g,h,i}

^aSchool of Women's and Children's Health, University of New South Wales, Sydney, Australia

Key words: celiac disease - child - complications - thyroid disease - type 1 diabetes

Corresponding author: Assoc. Prof. Maria Craig, Institute of Endocrinology and Diabetes, The Children's Hospital at Westmead, Locked Bag 4001, Westmead, NSW 2145, Australia.

Research: Care Delivery

Glycaemic control of Type 1 diabetes in clinical practice early in the 21st century: an international comparison



DIABETICMedicine

DOI:10.1111/dme.12676

Abstracts/Postersessions/Presentations

1. ATTD 2015: Dick Mul, Henk Jan Aanstoot, Diemud Simm and Henk J. Veeze: Initial insulin dosage in new onset pediatric diabetes: how to start? *Accepted als poster*
2. ATTD 2015: D. Simm, E.Birnie, D. Mul, H.J. Veeze, H.J. Aanstoot: Thyroid Peroxidase Autoimmunity and the Effect on Thyroid Function in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Accepted als poster*
3. ATTD 2015: H.J. Veeze, I. Blik, M. Ruijters, H.J. Aanstoot: Carelink connect: Diabetes management from a distance.
4. Poster presentatie: ATTD 2014 E-poster, first author: D. Simm et al: Delayed Pupillary Constriction Velocity as a Marker of Autonomic Neuropathy in Adolescents with Type 1 Diabetes *Accepted als poster*
5. Posterpresentatie: Ther@piemail: e-Health voor betere uitkomsten bij kinderen en jong-volwassenen met type 1 diabetes H.J. Veeze, H.J. Aanstoot, Achmea Congres Zorguitkomsten, sept 2014.
6. ADA San Francisco: Increasing incidence of type 1 diabetes in children in the Netherlands: a nationwide cohort study (Young DUDEs-1) E.A.J.M. Spaans L.M.A. Gusdorf, K.H. Groenier, P.L. Brand, H.J. Veeze, H.M. Reeser, H.J.G. Bilo, N. Kleefstra
7. ADA San Francisco: Significant Intima-media Thickening In Children And Adolescents With Type 1 Diabetes Is Independent of classical riskfactors, HENK-JAN AANSTOOT, JOSINE HEYDEN, SARAH BOVENBERG, ERWIN BIRNIE, NOELLE MEULEN, VAN DER, MANUEL CASTRO CABEZAS, HENK VEEZE, Rotterdam, Netherlands
8. ISPAD 2014, Toronto: Real-life Performance Evaluation of the New Generation Enlite™ Glucose Sensor in Patients with Diabetes Mellitus
Henk J. Veeze, Lone G. Rasmussen, Pratik Agrawa, Alex Zhong, Arcelia Arietta, Nathalie Kooi, Severine Liabat, Rajiv Shah and Francine R. Kaufman
9. ISPAD 2014, Toronto: A lack of confidence and management of diabetes self care in youth with behavioral problems is associated with increased HbA1c. Minke M.A. Eilander, MSc, Maartje de Wit, PhD, Joost Rotteveel, MD-PhD, Henk Jan Aanstoot, MD-PhD, Willie M. Bakker-van Waarde, MD-PhD, Euphemia C. A. M. Houdijk, MD-PhD, Roos Nuboer, MD, Per Winterdijk MD & Prof. Frank Snoek, PhD



Presentaties en activiteiten

Buiten Diabeter:

SCEM symposium: diabetes en zwangerschap: het kind van de moeder met diabetes

Nationale Diabetes Dag: vroegdiagnostiek DM type1; de beta cel bij diabetes

Ispad Highlights: inleiding en microbiom

Regionale endo-bespreking Rotterdam: casuïstiek

Antonius Academie, "Diabetes Mellitus bij kinderen (2x)

MMC, "Neurologie bij hyper- en hypoglycaëmieën

Pediatric Spring Seminar, zorg voor acuut zieke kind; "Ik krijg er dorst van, acute zorg in diabetesland

Delphi Seminar; "CGM, wat zijn overwegingen om te starten? / Diabeteszorg in de komende 5-jaar: Half- tot zwaar 'be-cloud'.

Nationaal Diabetescongres; "Kinderen en tieners met diabetes, net even anders

Monogenic Diabetes Symposium Exeter;

- Case report: MODYx

- Case report: Glucosuria and MODY3 wildtype gene mutation

Regionaal Endo-overleg: Als het geen type 1 diabetes is - classificatie en diagnostische aanpak

Regionale Endo-groep ZW Nederland: voordracht Presentatie MODY2 -protocol

Medewerking aan studentenonderwijs EMC (meerdere)

informatiebijeenkomst lagere school: diabetes Nepal

Masterclass Kinderendocrinologie "Diabetes Mellitus

DESG cursus voor arts-assistenten kindergeneeskunde/interne geneeskunde

College studenten master medische psychologie Univ Tilburg

Spreker/discussiant in Panorama van de Zorg (blommesteijngroep/MSD)

Presentatie refereeravond Endocrinologie Univ van Gent: transitie van kinderarts naar internist?

Binnen Diabeter:

Thema vd maand: thema's: CF, hypoglycemie, comorbiditeit

Reanimatie cursus mmv Pernet de Sauvage Nolting (cardioloog)

Krent-round: Pupillometrie ter evaluatie van autonome neuropathie in kinderen en jongeren met type 1 diabetes

POLCA: Voordracht: Schildklierdata bij Diabeter - Conclusies voor diagnostische procedure

Kerstbijeenkomst Diabeter: Voordracht: oa microbiom, Aviva Expert meter, start insuline behandeling volgens Weitzel

Grand Round Psychiatrie ism Psy-to-be (Rob Ruimschotel), "Can Do- behandelprogramma"



Overige publicaties

Siemens Health Magazine : Boter bij de vis methoden in diabetescentrum, Interview met H.J. Aanstoot

IZA magazine: Diabetes type 1: een baan erbij, interview met patient en H.J. Aanstoot Diabetes Document

Eindhovens dagblad: Aanval op de sluipmoordenaar diabetes begonnen: Interview L.JaAnsens en H.J. Aanstoot over de onderzoeken en zorg bij Diabetes.Diabeter

Stentor: Diabeter bundelt kennis over diabetes

Zorgvisie ICT: Cloudcare voor diabetespatiënten F van Wijk Interview met Henk Veeze



Home > Healthcare Nederland > News & Events > 24/7 Service for Young Diabetes Patients

24/7 Service for Young Diabetes Patients

Pediatrician Henk-Jan Aanstoot has implemented an Innovative Concept for Treating Diabetes in the Netherlands.



August 06, 2014 | Pediatrician Henk-Jan Aanstoot has implemented an innovative concept for treating diabetes in the Netherlands. Its pillars are 24/7 service, cutting-edge lab technology, and the Internet as a channel for medical information.



hoe ga je daarmee om? Maar ook onderwerpen als: hoe bewaar je de insuline, wat verandert er als je griep krijgt, wat doe je als je bloedwaarde laag is. Ik zeg wel eens, in 3 maanden tijd weet je meer over diabetes dan de gemiddelde dokter!

Impact
Diabetes komt bij kinderen, evenveel voor als bij volwassenen. Viel neemt het aantal kinderen met diabetes type 1 razendsnel toe. Een oorzaak is niet bekend. De impact van de ziekte is juist voor mensen tot 25 jaar extra groot. "Het lichaam van een kind is nog volop in ontwikkeling", legt Aanstoot uit. "Met iedere kilo lichaamsgevoert erbij, moet de behandeling worden aangepast. Je kunt je voorstellen wat dat voor kinderen betekent. Ze 'moeten' van alles als ze de ziekte hebben. Onder meer 8 bloedsuikermetingen per dag uitvoeren, nadenken over eten en hun activiteiten zo plannen dat ze op tijd insuline kunnen toedienen.

Veel plannen en nadenken dus. Terwijl kinderen en pubers eigenlijk moeten kunnen doen waar ze zin in hebben, zijn ze de hele dag bezig met het regelen van hun diabetes. Kortom, ze hebben er voor de rest van hun leven een baan bij." Volwassenen hebben over het algemeen een stabiel leefpatroon waar de zelfzorg beter en makkelijker is in te passen.

Kennis vervangt lichaamsfunctie
Wie de ziekte met zelfzorg onder de duim krijgt, staat niets in de weg om te doen wat hij leuk vindt. Aanstoot: "De kennis in het hoofd vangt dan in feite de werking van de alveeisklier. Kinderen kunnen zonder problemen mee op schoolkamp, diabetespatiënten maken expedities naar de top van de Kilimanjaro. Dus met serieuze zelfzorg geldt: the sky is the limit."

"Ik ben er de hele dag mee bezig. Dat hoort erbij"
Lees het verhaal van Jörn op pagina 22.

"Tijdens schooluren moest ik binnen vijf minuten op school kunnen zijn"



Lydia Braakman (links) samen met Fredrik Löndahl, directeur van de Zweedse Diabetesvereniging en Ilonka Rook



Diabeter kliniek geeft in Hanzehof advies over diabetes type 1, een erfelijke ziekte.

Waar veel andere zorgaanbieders blijven steken in goede bedoelingen, slaagt Diabeter, het nationaal behandelcentrum voor kinderen en jongeren met diabetes, erin om e-health tot integraal onderdeel van zijn zorgaanbod te maken. Daarbij speelt het volgens medeoprichter Henk Veeze een cruciale rol dat Diabeter niet is ingebed in een ziekenhuisstructuur.

Diabeter, sinds eind 2006 als zelfstandige organisatie gevestigd in het Coopragebouw in Rotterdam, hoeft inmiddels zijn meerwaarde niet meer te bewijzen. "We hebben patiënten die 's ochtends de eerste boot vanaf Texel nemen om hier te komen voor het spreekuur", zegt mede-oprichter Veeze.

5. Vooruitblik en toekomst: ready for take-off



Vandaag begint de Toekomst!

We zoeken het *beste* voor mensen met diabetes. Het beste is natuurlijk genezing. Om die reden werken we mee aan onderzoek met allerlei instituten over de wereld. We onderzoeken de oorzaken en willen nieuwe therapieën introduceren waarmee we dit ultieme doel realiseren.

Tot die tijd kan (moet!) de behandeling nog altijd beter. Diabeter is het grootste gespecialiseerde centrum in zijn soort in Europa en de medische resultaten behoren tot de wereldtop. Dat brengt een complicatie-vrije toekomst dichterbij voor steeds meer mensen. Dat is wat we willen. Daarvoor werken we.

Wat is anno 2015 en de komende jaren *beter* volgens Diabeter?

Versnelling zorgontwikkeling, gebruik van technologie en research voor steeds meer mensen in Nederland en ver daar buiten en aandacht voor het dagelijkse leven met diabetes.

1. **Versnelling.** Meer inspanningen & middelen.
2. **Zorgontwikkeling.** Leren intensiveren & nieuwste technologie.
3. **Research.** Groter netwerk & breed palet aan projecten gericht op het herkennen van de verscheidenheid en het gebruiken daarvoor voor betere zorg en uiteindelijk genezing.
4. **Steeds meer mensen.** Iedereen profiteert & meer patiënten = meer inzicht
5. **Nederland.** Nieuwe locaties, regio Amsterdam, ..
6. **Ver daar buiten.** Diabeter buiten de landsgrenzen
7. **Aandacht.** Want leven met diabetes doe je altijd en overal.

De wereld van Diabeter is veelomvattend. Onze basis is uiteraard de zorg die wij bieden aan onze patiënten. Via www.diabeter.nl informeren we hierover. In de loop van 2015 publiceert Diabeter drie nieuwe websites, te weten

- Diabeter-research.nl; informatie over onze projecten, resultaten, samenwerkingsverbanden et cetera.
- Diabfund.nl; informatie over allerhande kleine en grote projecten die men kan steunen. Op deze site is ook informatie te vinden over ons Vriendenfonds.
- Diabliflife.nl; informatie over diverse onderwerpen waarin we ons ten gunste van de patiënt bewegen, bijvoorbeeld zorg in het buitenland, school, en werksituaties.

We zien 2015 met vertrouwen tegemoet. We zijn 'ready for take-off'.....!

De Raad van Bestuur/Directie spreekt wederom haar dank uit voor de betrokkenheid, flexibiliteit en grote inzet waarmee de medewerkers van Diabeter ook in 2014 een grote en essentiële bijdrage leveren aan de behandeling van kinderen en jong-volwassenen bij Diabeter.