Taakgroep Programma Diabeteszorg

Tussentijdse rapportage (17 december 2004)

Samenvatting van het voorstel voor een plan van aanpak

Goede diabeteszorg wordt geleverd door een multidisciplinair samengesteld team van zorgverleners ('diabeteszorggroep') in overeenstemming met de diabetes-zorgstandaard van de NDF, en kan voor het merendeel in de eerstelijn plaatsvinden. Er is dus een andere organisatie van de diabeteszorg noodzakelijk. Om dit te realiseren zijn in elk geval de volgende drie acties nodig.

Actie 1: Goede diabeteszorg inkopen met transmurale diabetes-dbc bij diabeteszorggroep.
Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij nadrukkelijk nastreven goede zorg in te kopen bij de beoogde diabeteszorggroepen. Dit stimuleert de vorming van dergelijke groepen, die zullen optreden als zorgaanbieder-contractant. De transmurale diabetes-dbc (door de taakgroep 'diabetesketen-dbc' genoemd) is daarbij een nuttig instrument, want deze is gebaseerd op de NDF-zorgstandaard.

Actie 2: Tijdelijke ondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen.
De vorming van een diabeteszorggroep vereist een managementinspanning, zowel ten aanzien van het proces als de implementatie van de vereiste ict-voorziening. Een aantal geselecteerde initiatieven tot diabeteszorggroep-vorming komt in aanmerking voor tijdelijke ondersteuning bij het opstarten. Daar zal ook het proces van inkoop en levering in de nieuwe organisatievorm worden geëvalueerd. Bij deze implementatie en evaluatie kan ZonMw een voorname rol spelen.

Actie 3: Kenniscentrum voor diabetes.
De data die in de diabeteszorggroepen worden verzameld moeten geïntegreerd en geanonimiseerd beschikbaar zijn ten behoeve van zowel beleid als kwaliteitsbevordering. Er moet dus kenniscentrum voor diabetes komen. Dit vereist een hoogwaardige faciliteit, die het best bij het RIVM kan worden ingericht.

De voorliggende tussentijdse rapportage geeft het raamwerk van het plan van aanpak. Het eindrapport zal een nadere uitwerking daarvan bevatten. Daartoe zal ook de mening van experts uit het diabetesveld worden gevraagd in een binnenkort te beleggen invitational conference.
De taakgroep verwacht het eindrapport in het voorjaar 2005 te voltooien.

1 Inleiding en achtergrond

Er is een sterke toename van het aantal mensen met diabetes. In 2025 zal 5 procent van de wereldbevolking aan diabetes lijden. In ons land loopt het aantal mensen met diabetes nu tegen de 500.000. Het RIVM verwacht tussen 2000 en 2020 een stijging van ruim 35 procent. Het is duidelijk dat preventie van cruciaal belang is en krachtig moet worden gestimuleerd. Het bestrijden van overgewicht en het bevorderen van meer bewegen zijn de pijlers van preventie, en voorlichting speelt daarbij een essentiële rol. Minister Hoogervorst heeft ZonMw verzocht daartoe een programma op te stellen. Preventie heeft tot doel het aantal nieuwe gevallen van diabetes omlaag te brengen en richt zich dus op de mensen bij wie de ziekte (nog) niet is vastgesteld.

Vanzelfsprekend moet er ook aandacht zijn voor hen bij wie de ziekte wel is vastgesteld. Bij mensen met diabetes is goede behandeling en begeleiding heel belangrijk, omdat daarmee het optreden van

de late complicaties wordt teruggedrongen of zelfs vermeden. Zo worden zowel de kwaliteit van het bestaan als de levensverwachting bevorderd.

Het is bekend wat goede behandeling inhoudt. Deze vereist geen complexe benadering en kan in de eerstelijn worden aangeboden voor het merendeel van de patiënten. Maar het blijkt dat niet veel meer dan een derde van de patiënten deze goede diabeteszorg ook werkelijk krijgt.

Hierover heeft minister Hoogervorst op 5 juli 2004 de brief *Diabeteszorg beter* aan de Tweede Kamer gestuurd. In deze brief zet de minister uiteen dat hij de diabetesproblematiek wil verminderen door het ontwerpen en uitvoeren van een actieprogramma voor de periode 2005-2009, met een aanpak langs vier lijnen:

- mogelijk maken van inkoop van goede diabeteszorg, onder andere met behulp van een speciale transmurale diagnose-behandelcombinatie (dbc) voor diabetes;
- regionaal bundelen van expertise uit diverse disciplines en verder professionaliseren van beroepsbeoefenaren;
- volop inzetten van ondersteunende ICT en het stimuleren van goede initiatieven en innovatie;
- meer voorlichting over de ernst van diabetes en het belang van goede behandeling.

Hij heeft toegezegd een plan van aanpak nog in 2004 aan de Tweede Kamer aan te bieden.
Om het plan van aanpak op te stellen is de Taakgroep Programma Diabeteszorg gevormd, bestaande uit gezaghebbende deskundigen uit de wereld van de zorgverzekering, de zorgverlening en de patiëntenorganisatie.[1]
De voorliggende notitie is een tussentijdse rapportage van de taakgroep, waarin de hoofdlijnen van het plan van aanpak worden geschetst.

2 Multidisciplinaire aanpak in de eerstelijn volgens diabetes-zorgstandaard

De zorgvraag ten behoeve van mensen met diabetes neemt sterk toe en zal de komende jaren blijven groeien. Deze toenemende zorgvraag berust op tenminste twee elementen: er komen in snel tempo steeds meer mensen met diabetes, en een inhaalslag is noodzakelijk aangezien een zeer groot aantal mensen met diabetes thans geen goede diabeteszorg ontvangt. Door de dubbele vergrijzing dreigt een serieus tekort aan zorgverleners. Er is dus dringend behoefte aan meer doelmatigheid in het proces van zorgverlening aan mensen met diabetes om – ook op termijn – alle mensen met diabetes van goede diabeteszorg te voorzien tegen aanvaardbare kosten. De zorg aan mensen met diabetes moet dus worden gemoderniseerd zowel voor wat betreft de zorgverlening zelf als voor wat betreft de organisatie van die zorg. Taakherschikking vormt hierin een onmisbare schakel.

Overtuigd van deze noodzaak tot innovatie kiest de taakgroep een drieledig uitgangspunt: (i) goede zorg voor patiënten met diabetes vereist een multidisciplinaire benadering[2], (ii) de zorg voor mensen met diabetes kan voor het merendeel in de eerstelijn plaatsvinden, en (iii) de zorg moet worden geleverd in overeenstemming met de zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).

Met deze uitgangspunten moet het plan van aanpak erop zijn gericht de omstandigheden te realiseren waarin de zorgverzekeraar goede zorg kan inkopen bij een multidisciplinair georganiseerde zorgaanbieder die zijn zorgaanbod inricht in overeenstemming met de NDF-zorgstandaard, waarin

[1] Voor de samenstelling van de Taakgroep Programma Diabeteszorg: zie bijlage op pagina 7.
[2] De term 'multidisciplinair' duidt in dit verband niet zozeer op meerdere medische specialismen, als wel op meerdere zorgverlenings-disciplines zoals bijvoorbeeld huisartsgeneeskunde, (gespecialiseerde) verpleegkunde, en diëtetiek.

niet alleen behandeling en begeleiding maar ook educatie en zelfmanagement zijn opgenomen. Zo'n organisatievorm voor het verlenen van diabeteszorg wordt door de taakgroep aangeduid als 'diabeteszorggroep'.
De organisatiestructuur van een diabeteszorggroep moet het in beginsel mogelijk maken als rechtspersoon op te treden, want de diabeteszorggroep moet als aanbieder-contractant een rechtsgeldige overeenkomst kunnen sluiten met de zorgverzekeraar. Onder deze conditie kan een diabeteszorggroep op verschillende wijzen worden gestructureerd.

Diabeteszorggroepen zullen voornamelijk in de eerstelijn zijn ingebed; de tweede lijn zal zich beperken tot patiënten met bijzondere problematiek en patiënten bij wie zich ondanks goede diabeteszorg toch complicaties ontwikkelen. Deze duidelijke markering staat een intensieve relatie van diabeteszorggroepen met de tweede lijn niet in de weg. Integendeel, een transmurale benadering is van belang, en het ligt in de bedoeling dat de internist/diabetoloog of andere medisch specialisten in een consultatieve rol bij de diabeteszorggroepen zijn betrokken. Ook kan men zich voorstellen dat, naast de huisarts, de diabetesverpleegkundige, de diëtist en andere functionarissen, ook de thuiszorg in de organisatie van een diabeteszorggroep is betrokken. In het algemeen gesproken zal taakherschikking een belangrijke rol spelen in de samenstelling van de beoogde diabeteszorggroepen.

De diabeteszorggroep zal dus een typische representant van functioneel gestructureerde ketenzorg zijn. Er zijn al verscheidene diabeteszorggroepen operationeel, in verschillende organisatievormen, maar het zijn er nog lang niet voldoende om te voorzien in de verlening van goede zorg aan alle mensen met diabetes.

Samenvattend:
Er moet een dekkend aantal multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen komen die goede diabeteszorg leveren aan alle patiënten met diabetes.
Daartoe zijn naar het inzicht van de taakgroep in elk geval *drie acties* nodig, die hieronder beknopt worden besproken.

Actie 1: **Goede diabeteszorg inkopen met diabetesketen-dbc bij een diabeteszorggroep**

Goede diabeteszorg is zorg volgens specificaties en richtlijnen zoals neergelegd in de NDF-zorgstandaard. Deze goede zorg wordt door een diabeteszorggroep geleverd, zoals hierboven omschreven. Van de zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij zich inspannen goede diabeteszorg in te kopen. Derhalve wordt van de zorgverzekeraars verwacht dat zij nadrukkelijk nastreven de diabeteszorg in te kopen bij de beoogde multidisciplinair gestructureerde diabeteszorggroepen. Dit streven van de zorgverzekeraars zal bevorderen dat zorgverleners zich als zorgaanbieder-contractant gaan organiseren in zulke multidisciplinair samengestelde diabeteszorggroepen.

Bij de inkoop moeten de zorgverzekeraars zo veel mogelijk gebruik maken van de transmurale diabetes-dbc die speciaal tot dit doel is ontwikkeld. Deze transmurale diabetes-dbc is afgeleid van de NDF-zorgstandaard. Zo weerspiegelt hij de goede zorg en kan daarmee de inkoop van goede zorg faciliteren. Dat betekent dat het gebruik van andere vergoedingsmethoden dan de transmurale diabetes-dbc waar mogelijk moet worden vermeden.
Bij nadere beschouwing acht de taakgroep de term 'transmurale diabetes-dbc' niet adequaat. Aangezien de beoogde diabeteszorggroepen als keten-organisaties zijn ingericht, geeft de taakgroep de voorkeur aan de term 'diabetesketen-dbc'.

Bij het voorgaande passen de volgende overwegingen.
(i) De kosten van de diabetesketen-dbc moeten in redelijke verhouding staan tot de tarieven die thans worden gehanteerd voor de zorg aan mensen met diabetes in de eerstelijn (zowel ZFW- als AWBZ-gefinancierde zorg).

(ii) Er moet overeenstemming worden gevonden over de wijze waarop de diabeteszorg-component uit het huidige vergoedingssysteem wordt geschoond.
(iii) De beoogde diabeteszorggroep verplicht zich de contractueel overeengekomen zorg te leveren, waarbij is uitgegaan van de NDF-zorgstandaard. Over de feitelijk geleverde zorg wordt door de diabeteszorggroep aan de betrokken zorgverzekeraars gerapporteerd aan de hand van bepaalde proces- en uitkomstindicatoren die zijn afgeleid van de NDF-zorgstandaard. Welke indicatoren in de rapportages worden gehanteerd wordt bepaald in de overeenkomst die de zorgverzekeraar met de diabeteszorggroep sluit. Hier wordt speciaal vermeld dat ook de belevingen en bevindingen van de patiënten bij de uitkomstparameters moeten worden geïncludeerd.

In het verlengde van de onder (i) genoemde overweging vestigt de taakgroep de aandacht op de volgende twee punten.

Ten eerste: de introductie van de diabetesketen-dbc moet als zodanig geen onbedoelde kostenstijging met zich meebrengen. Om dit te vermijden kan worden overwogen de prestatie-component (de bijdrage van de verschillende zorgverleners) niet als gefixeerde tijd-input maar als functies in de keten te omschrijven. Die functies kunnen variëren met demografische verschillen. Een dergelijke functionele benadering biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid inkoopovereenkomsten naar maat af te sluiten, al naar gelang de behoefte en mogelijkheden in bepaalde omstandigheden. Dit zal een realistische prijs-prestatie-verhouding ten goede komen.

Ten tweede: bij een pragmatische en toekomstbestendige inrichting van de beoogde diabeteszorggroepen zal taakherschikking een rol van grote betekenis moeten spelen. Dit is nodig en mogelijk, gezien de volgende overwegingen.
In zijn brief *Diabeteszorg beter* vermeldt de minister dat slechts een derde van de patiënten de juiste behandeling krijgt. Het behoeft weinig betoog dat uitbreiding van goede zorg tot alle mensen met diabetes met een substantiële kostenstijging gepaard zal gaan, ook indien reallocatie van wellicht onjuist bestede middelen in de overwegingen zou worden betrokken. Taakverschuiving van hoog naar minder hoog opgeleide zorgverleners (inclusief de patiënten zelf, die als 'nuldelijn' een eigen verantwoordelijkheid hebben en middels zelfmanagement een belangrijke bijdrage kunnen leveren) is noodzakelijk, en inhoudelijk mogelijk. Bovendien wordt een capaciteitstekort aan zorgverleners verwacht. Herschikking van taken is dus een must. De eerste ervaringen met een aantal modern ingerichte diabeteszorggroepen geven aan dat dit zowel operationeel als financieel een realistisch perspectief is.

Het is duidelijk dat dit proces enige ontwikkeltijd vergt, want deze nieuwe wijze van inkopen kan niet van de ene op de andere dag zijn gerealiseerd. Maar de stimulus tot de structurele vorming van een landelijk dekkend netwerk van diabeteszorggroepen kan alleen effectief zijn als de verzekeraars er geen twijfel over laten bestaan dat hun nabije doelstelling is uitsluitend bij multidisciplinair georganiseerde diabeteszorggroepen goede diabeteszorg in te kopen met gebruikmaking van de diabetesketen-dbc.

Van de zorgverzekeraars wordt commitment voor dit proces verwacht, want zij dragen een duidelijke verantwoordelijkheid. De taakgroep meent dat de minister hen op deze verantwoordelijkheid kan en moet aanspreken.

Actie 2: **Tijdelijke ondersteuning bij de vorming van diabeteszorggroepen**

Het behoeft geen toelichting dat het stichten van een goed georganiseerde diabeteszorggroep een uitgesproken management-inspanning vergt. Niet alle huisarts(en) en/of andere zorgverleners betrokken bij de vorming van een diabeteszorggroep zijn in staat die managementinspanning te leveren.

Het is daarom gewenst dat middelen beschikbaar worden gesteld voor faciliterende ondersteuning bij de vorming van de beoogde diabeteszorggroepen. Het gaat daarbij om procesmanagement en ook om ondersteuning bij de implementatie van de vereiste ict-voorzieningen.
Met ict-voorzieningen wordt niet bedoeld het ontwerp en de ontwikkeling van een nieuwe ict-methodiek geschikt voor het beoogde doel. Wel wordt bedoeld de introductie en installatie van een passende, bestaande systematiek. Deze systematiek moet passen in de NICTIZ-architectuur. Het systeem moet voorzien in goede ondersteuning van het zorgproces, het moet goede documentatie van medische gegevens mogelijk maken, het moet adequate rapportage over het zorgproces en de outcome mogelijk maken, het moet geschikt zijn voor de uitwisseling van medische gegevens tussen behandelaars en voor landelijke registratiedoeleinden, en het moet actieve betrokkenheid van de patiënt faciliteren. Het laatste item is van speciaal belang, gezien het gewicht dat moet worden gehecht aan de bevordering van zelfverantwoordelijkheid en zelfmanagement van de mensen met diabetes, en dus ook aan de facilitering daarvan.

De bedoelde ondersteuning is van tijdelijke aard en beperkt tot de opstartfase van betreffende zorggroep, mits deze gebruik maakt van de diabetesketen-dbc.

Coördinatie en evaluatie door ZonMw

Om het bovenstaande in goede banen te leiden is een transparant ontwikkeltraject vereist waarin de faciliterende maatregelen worden gecoördineerd en de resultaten worden geëvalueerd.
Een geselecteerd aantal diabeteszorggroepen, bestaand of in oprichting, zal in aanmerking komen voor faciliterende ondersteuning. De selectie geschiedt uiteraard in overeenstemming met de uitgangspunten en oogmerken zoals in deze rapportage aangegeven, inclusief de nagestreefde taakherschikking en zorgverlening in een vernieuwde organisatievorm.
Het verdient aanbeveling dat de geselecteerde groepen een zekere spreiding vertonen voor wat betreft verschillende aspecten zoals bijvoorbeeld omvang en dekkingsgebied, geografische ligging c.q. demografische samenstelling (bijvoorbeeld stedelijk versus landelijk gebied) en organisatiestructuur, omdat dit de breedte van verworven informatie en ervaring zal vergroten.

Deze geselecteerde diabeteszorggroepen zullen zorgvuldig worden geëvalueerd voor wat betreft het proces van zorginkoop en -levering, de praktische toepasbaarheid van de diabetesketen-dbc, de realisering van de contractuele verplichtingen in de zorgverlening (contractmanagement), de kwaliteit van de rapportages, en de organisatie in het algemeen. De analyses en evaluaties blijven dus niet beperkt tot de relatie tussen ‘proces’ en ‘uitkomst’, maar richten zich vooral op de vraag of de diabeteszorggroep als (nieuwe) organisatievorm een adequate structuur biedt om goede diabeteszorg optimaal te faciliteren.

In dit kader zullen niet alleen de ervaringen binnen de diabeteszorggroep zelf worden geëvalueerd, maar ook de ervaringen van de zorgverzekeraars. Zodoende zullen niet alleen de inspanningen van de zorgaanbieders worden bekeken, maar ook de inspanningen die de zorgverzekeraars zich hebben getroost om goede diabeteszorg in te kopen.

De taakgroep meent dat ZonMw moet worden verzocht dit selectie-, ontwikkel-, implementatie- en evaluatietraject te ontwerpen en te begeleiden, en daarbij van meet af aan de expertise van de taakgroep te betrekken. Dit traject moet op korte termijn van start gaan en binnen een redelijke termijn van maximaal drie jaar worden afgesloten. Het is van belang dat tussentijdse rapportages spoedig beschikbaar komen, opdat andere diabeteszorggroepen die niet zelf in dit traject betrokken zijn met de bevindingen hun voordeel kunnen doen.

Actie 3: Kenniscentrum voor diabetes

In de diabeteszorggroepen zal een grote hoeveelheid informatie over diabetes, over mensen met diabetes en over de zorgverlening aan mensen met diabetes worden verzameld.
Het is van groot belang dat deze informatie op nationaal niveau beschikbaar komt in geaggregeerde en geanonimiseerde vorm. De informatie moet daarom passen in de NICTIZ-architectuur.

Deze informatie is zowel medisch inhoudelijk als beleidsmatig en bestuurlijk van belang. Hij levert epidemiologisch inzicht op alsmede de mogelijkheid het effect van maatregelen en methoden voor de preventie en behandeling van diabetes te beoordelen. Deze informatie zal ook behulpzaam kunnen zijn om onderbouwd en verantwoord inzicht te krijgen in de kosten van de diabeteszorg.

Tot slot is deze informatie van belang voor de bevordering van de kwaliteit van zorg. De informatie zal immers worden gespiegeld naar de zorggroepen en de verzekeraars, en openbaar beschikbaar zijn. Voor benchmarking en andere aspecten van kwaliteitsbevordering is dit essentieel.

Om dit te realiseren is een hoogwaardige centrale faciliteit vereist, waar de data worden verzameld, bewaard, bewerkt, en op geordende wijze openbaar gemaakt.
De taakgroep is van mening dat hiertoe het RIVM moet worden ingeschakeld. Daar kan worden aangehaakt bij de lopende ontwikkeling naar een nationaal Center for Disease Control (CDC), waarvan een kenniscentrum voor diabetes onderdeel kan vormen. Gezien de snel groeiende omvang van de diabetesproblematiek beveelt de taakgroep aan dat diabetes hier met voorrang op de agenda wordt geplaatst.

3 Opmerkingen tot slot

De voorliggende tussentijdse rapportage bevat de hoofdlijnen van het advies dat de Taakgroep Programma Diabeteszorg in zijn eindrapportage zal uitbrengen. Deze hoofdlijnen vormen het raamwerk met de kernelementen van het beoogde plan van aanpak.

De tekst van deze tussentijdse rapportage is met opzet beknopt gehouden. Nadere uitwerkingen, aanvullende overwegingen en verdergaande detaillering zijn in deze tussentijdse rapportage niet opgenomen. Evenmin is aandacht besteed aan eventuele drempels die de aanbevolen acties in de weg zouden kunnen staan. Het is niet onwaarschijnlijk dat er thans bepaalde regelingen van kracht zijn die voor de uitvoering van de voorgestelde acties een belemmering zouden kunnen vormen. Het is dus denkbaar dat voor de realisering van de voorgestelde acties aan bepaalde condities moet worden voldaan. De taakgroep zal zich daarop beraden, en daaraan in de eindrapportage aandacht schenken.

Het eindrapport zal een nadere uitwerking van dit raamwerk bevatten. Om te bevorderen dat het eindrapport voldoende draagvlak heeft om tot voorspoedige implementatie te kunnen leiden, zal ook de mening van experts in het land worden gevraagd in een binnenkort te beleggen invitational conference. De voorliggende tussentijdse rapportage biedt voldoende kader om met de bedoelde experts een geordende en productieve discussie te kunnen voeren.

Ook zal de taakgroep het overleg met ZonMw voortzetten over de vormgeving van het door hen te ontwerpen ontwikkel- en implementatietraject, waarin de evaluatie van het proces van zorginkoop en -levering door de geselecteerde diabeteszorggroepen een centrale rol speelt.

De taakgroep verwacht het eindrapport in het voorjaar 2005 te voltooien.

Den Haag, 17 december 2004.

BIJLAGE bij de tussentijdse rapportage van de Taakgroep Programma Diabeteszorg (17.12.2004)

Samenstelling Taakgroep Programma Diabeteszorg (per december 2004)

Taakgroepleden zijn uitgenodigd vanwege hun achtergrond en expertise, maar zij participeren op persoonlijke titel, en niet namens een eventuele instelling, bedrijf, vereniging of andere instantie.

De heer dr. H.J. Aanstoot, kinderarts/diabetoloog, IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel
tevens: voorzitter Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)

De heer dr. H.J.J.M. Berden, Raad van Bestuur, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

De heer drs. M.A.J.M. Bos, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De heer dr. G.J.Caris, voorzitter bestuur Thuiszorg Den Bosch
tevens: voorzitter Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)

De heer P. den Daas, manager Zorg, Azivo Den Haag

Mevrouw N. Huiskes, arts, medisch adviesgroep CZ, Tilburg, en hoofd Kenniscentrum ZN

Mevrouw prof. dr. B. Meyboom-de Jong, em. hoogleraar huisartsgeneeskunde, Groningen

Mevrouw Aldien Poll, manager kwaliteit, nieuw beleid en innovatie, Agis Zorgverzekeringen, Amersfoort

De heer dr. G.E.M.G. Storms, internist/diabetoloog, Diabetes Centrum Bilthoven

Mevrouw drs. J. van Vliet, Raad van Bestuur, Vlietland Ziekenhuis, Schiedam

De heer dr. W.H.J.M. Wientjens, voorzitter Diabetesvereniging Nederland (DVN)

Mevrouw E.C.M. van der Wilden-van Lier, arts MG, MPH, manager kenniscentrum Menzis Zorg, Zwolle
m.i.v. 2005 directeur patiëntenzorg Erasmus MC

De heer Prof.dr. R. van Schilfgaarde (voorzitter), raadadviseur VWS

Mevrouw drs. H.M. Dahlhaus (secretaris), senior beleidsmedewerker VWS

Mevrouw P.E. de Vries-Ek (secretaris), beleidscoördinator VWS