

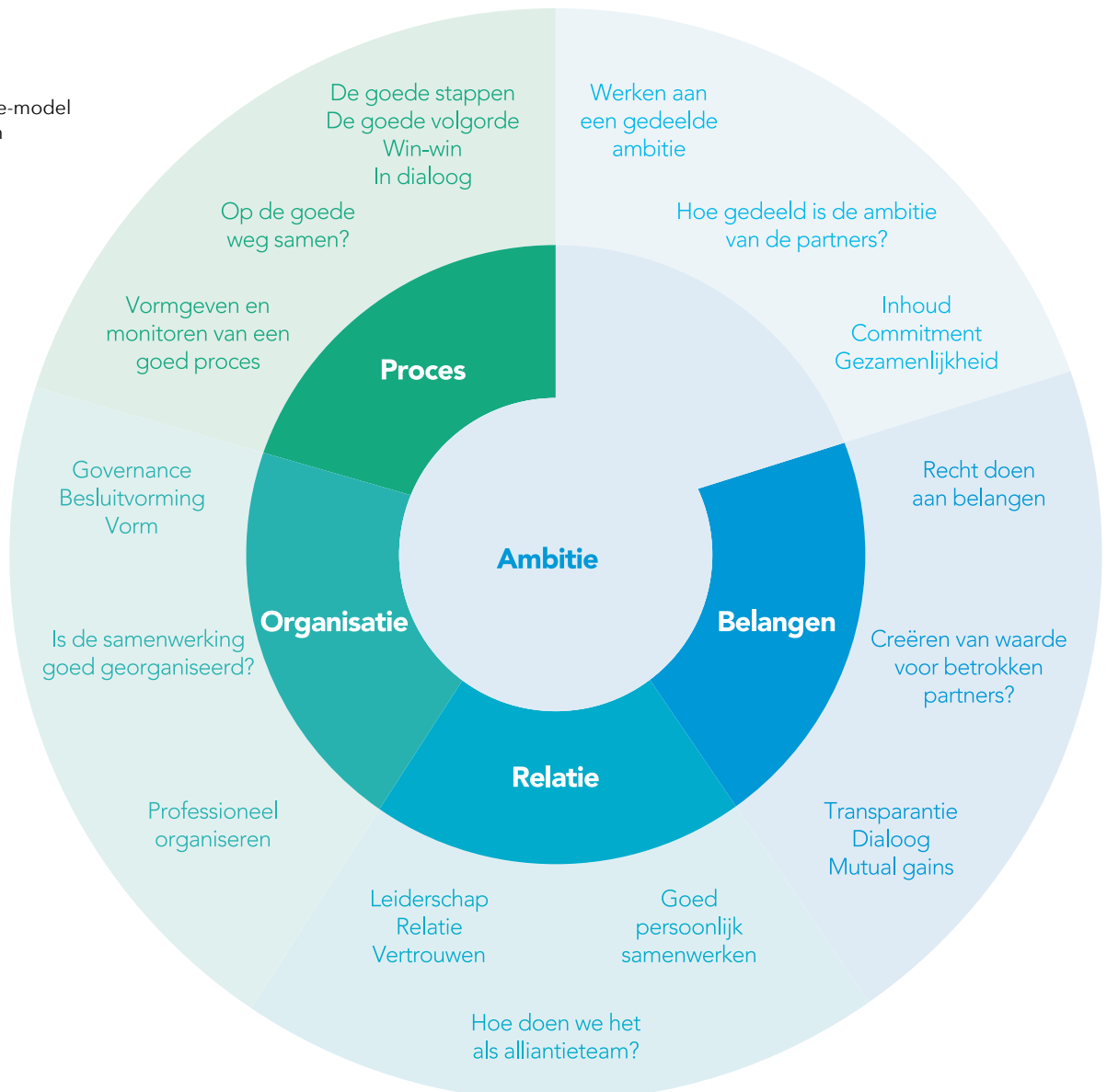
Bijlagen

Common Eye, 2022
Ben Hammer en Anne Goossens

B1 Kijkglas op samenwerken

Veel samenwerkingen starten omdat organisaties gezamenlijk een opgave op te pakken hebben. Dat kan de vorm krijgen van een lange termijn partnership, maar is soms ook een pilot, een project of een programma. Een gemeenschappelijke bril om naar de samenwerking te kijken verbindt partijen met elkaar, voorkomt spraakverwarring en helpt om de juiste vorm voor samenwerking te vinden. Het 'Common Eye op samenwerken' bevat vijf condities die helpen de belangrijkste condities voor effectieve samenwerking te agenderen bij de partners¹.

Figuur 1.
Het Common Eye-model
op samenwerken



¹ – Dit model vormt de basis van het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties' (Kaats en Opheij 2012), winnaar van het managementboek van het jaar 2013.

Gedeelde ambitie

Partijen gaan pas samenwerken wanneer zij geloven dat de samenwerking betekenisvol is en ook echt meerwaarde oplevert voor de eigen organisatie. In de gedeelde ambitie van het samenwerkingsverband moeten alle partijen zich herkennen. Het goede gesprek hierover met elkaar voeren is van wezenlijk belang.

Recht doen aan belangen

Er zijn drie soorten belangen: individuele belangen - organisatiebelangen - collectieve belangen. Iedereen heeft belangen, het gaat erom recht te doen aan die belangen. Als dat niet gebeurt, gaan partijen dwarsliggen, haken ze af of gaan ze elkaar tegenwerken. Het is de kunst om met respect voor elkaars belangen te komen tot oplossingen die in ieders belang zijn.

Persoonlijk samenwerken

Samenwerken is een samenspel van mensen die al dan niet iets willen. Persoonlijke verhoudingen en relaties spelen altijd een rol en zijn net zo belangrijk als inhoudelijke argumenten. Het is mensenwerk en daarbij is altijd sprake van sociaal-psychologische processen en groepsdynamiek. Samenwerking overstijgt het individuele, maar tegelijkertijd neemt iedereen in een samenwerking zichzelf mee.

Professioneel organiseren

Ieder samenwerkingsverband moet je goed en professioneel organiseren. Daarvoor zijn voorbeelden, archetypen, overwegingen en oplossingen beschikbaar. Een passende organisatievorm sluit één-op-één aan op de gedeelde ambitie. De vorm kan variëren van een volledig geïntegreerd model tot en met lossere vormen van samenwerking; het is aan de partners om daarin - in overleg met hun omgeving - passende keuzes te maken. In veel gevallen hanteren we het ontwerpprincipe zo 'licht' mogelijk te organiseren als mogelijk is, zodat maximale flexibiliteit geborgd wordt.

Betekenisgevend proces

Een belangrijke vraag waar je altijd mee te maken hebt in samenwerkingsverbanden is: Hoe pak je het aan? Een betekenisgevend proces geeft antwoord op de volgende vragen: Hoe kunnen we de goede dingen op het goede moment doen? Hoe komen we op een goede manier in gesprek en tot overeenstemming? Welke rol heeft een ieder daarbij en wie heeft de procesregie?

B2 Samenvatting Input kwartiermakers op de generieke componenten die van belang zijn bij de beantwoording van de twee hoofdvragen

Hieronder staat een eerste samenvatting en bundeling van de voornaamste punten die door de kwartiermakers zijn aangedragen (n.a.v. de meetings van 18 januari en 15 februari).

1 – Wat moet er gefinancierd worden om tot een zo hoog mogelijke haalbare kwaliteit (van leven, zorg en hulpmiddelen) te komen bij levering en gebruik van een hulpmiddel (Zvw-pakket)?

Genoemde generieke componenten over wat gefinancierd moet worden om tot een zo hoog mogelijke haalbare kwaliteit (van leven, zorg en hulpmiddelen) te komen

- Financieren moet gaan over kwaliteit van leven: **uitkomstgerichte** zorg. (PT)
- Zorgverzekeraars financieren **passende zorg** (≠ zo hoog mogelijke haalbare kwaliteit) (ZV). Meest **doelmatige** oplossing die tot een passend hulpmiddel leidt (ZV).
- **Stepped care** is zeer beperkt mogelijk door statische contracten; eenmaal gekozen behandeling/keuze product moet worden (LE).
- **Functioneringsgericht** voorschrijven is de **basis** (PT, FA).
- Verzekerden/patiënten **krijgen** het hulpmiddel dat **functioneringsgericht** is voorgeschreven (PT, FA). **Ook** hulpmiddelen die **niet** onder de stomazorg vallen zoals remover, breukband e.d., die wel een aanvulling zijn voor kwaliteit van leven van de patiënt. Vergoeding van bepaalde hulpmiddelen,

ondanks het fgv blijven er discussies tussen voorschrijvers, FHI en Zorgverzekeraars.

Er moet duidelijkheid komen/transparantie (ZP).

- **Keuzemogelijkheid** voor verzekerden (FA).
- Reële vergoeding voor zorg/**diensten** voor **aanpassing** of **maatwerk** (FA). Meer **gedifferentieerde** wijze van financieren (PT). Voldoende ruimte bieden voor mensen die **"buiten de norm vallen"** (LE). Financiering van toegankelijkheid stomaverpleegkundige: er is geen vergoeding voor de stomaverpleegkundige in het ziekenhuis (ZP). **Voorschriften** op basis van functioneringsgericht voorschrijven moeten worden gerespecteerd vanwege kwaliteit en/of noodzakelijke zorg, maar worden **niet altijd reëel vergoed** (LE). Bij huidige systematiek is de **leverancier risicodragend** voor afwijkend verbruik, overlijden, overstap naar andere zorgverzekeraar en meerverbruik (vorm van her-verzekering) (LE).
- **Proef-/probeerfase** onvoldoende in contracten benoemd/vergoeding niet altijd goed geborgd (LE).
- Vergoeding voor zorg in het **voor- en na-traject** (ZP). Ook de goede zorg om te komen tot de keuze voor een behandeling en/of een hulpmiddel, de **instructie** bij het gebruik van het hulpmiddel, de **evaluatie** van het gebruik van het hulpmiddel en de therapie en de zorg in de **onderhoudsfase** (LE). Bekostiging **op basis van product** terwijl zorg geleverd wordt. (module omvat ook eisen aan "service" die bij het product geleverd moet worden, terwijl bij aanpalende beroepen dit onderdeel is van de zorg) (LE). Het proces van HM-verstrekking kent **verschillende stappen/rollen** (zie procesbeschrijving); deze stappen/rollen moeten allemaal goed worden gevolgd/uitgevoerd (ZV).
- De **eisen** ten aanzien van de **zorginhoud** worden steeds zwaarder, denk aan de eis om voorbehouden handelingen te doen als leverancier hulpmiddelen. Dit echter zonder declaratiemogelijkheid zoals bij de thuiszorg (LE). **Toename kwaliteitseisen** inclusief jaarlijkse accreditatie zorgprofessionals in relatie tot afnemende vergoeding (prijsdruk en stijgende kosten) (LE).
- Financiering moet **innovatie** mogelijk houden (FA). **Innovatie** moet sneller opgenomen worden in de richtlijnen (PT). Niet mogelijk **nieuwe producten** in te zetten terwijl dit waarschijnlijk verbetering van zorg of kostenbesparing in de keten oplevert (LE).

Genoemde structurele randvoorwaarden

- Instellen van een **onafhankelijke partij/commissie** die **bindend advies** kan geven in gevallen waar afspraken niet voldoende worden nagekomen. Wij zijn van mening dat dit zowel op het specifieke niveau van de modules als op generiek niveau zou moeten worden ingericht (PT). Onafhankelijke commissie die **toezicht** houdt op naleving van afspraken zoals o.a. systemen bij de FHI, uitvoering van het FGV (ZP). Het is te gemakkelijk om te wijzen naar financiering als oorzaak van onvoldoende passende zorg; hiervoor mist een deugdelijke onderbouwing. Een extra commissie is ons inziens niet nodig, dat niet het meest doelmatige HM kan worden voorgeschreven is klopt niet wat zorgverzekeraars betreft (ZV).
- **Monitoring** kwaliteit o.a. via indicatoren (PROMS en PREMS). Toetsingscommissie (ZP).

Genoemde ondersteunende/implementatie randvoorwaarden

- **Voorlichting** aan de verzekerde, zowel vooraf als na levering (FA, LE).
- **Scholing** aan professionals - Financiële borging voor hosting kosten, e-learning update, kosten voor landelijke scholingen. (ZP).
- Ombouwen van **ICT-systemen** leveranciers (LE).

Genoemde uitgangspunten, knelpunten of stappen voor plan van aanpak

- **Verheldering** van de relatie tussen **functiegerichte aanspraak**, functionele eisen en functioneringsgericht voorschrijven, opdat problemen in het proces van de bekostiging van hulpmiddelenzorg, veroorzaakt door meningsverschillen over deze begrippen, voorkomen worden en verzekerden/patiënten het hulpmiddel krijgen dat functioneringsgericht is voorgeschreven (PT). **Verheldering** van de **begrippen**: effectiviteit, doelmatigheid, efficiëntie en kosteneffectiviteit (LE). **Verheldering** van de relatie tussen **doelmatigheid** en doeltreffendheid/functioneringsgericht en de volgorde van toepassing van de begrippen doelmatigheid en functioneringsgericht (PT).
- **Gebrek aan transparantie**. Beperkte mogelijkheden om **samen** tot een keuze van behandeling/hulpmiddel te komen. 1) Patiënt heeft onvoldoende

de invloed op keuze voor behandeling en/of hulpmiddel door gebrek aan informatie en kennis. 2) Zorgpad is niet transparant (LE).

- Ondanks beschrijving in modules van zorgpad en competenties **verschil van inzicht** welke zorg, service en diensten door wie op welk moment in het proces geleverd wordt of geleverd zou kunnen/moeten worden (LE).
- **Zorgverzekeraars** geven ieder **individueel** invulling aan de wijze van financiering. (ZV). Hulpmiddelen vallen onder de basiszorg en binnen de aanspraak, toch zijn er **diverse contractvormen** en afspraken (LE).
- **Financiering** moet beter **aansluiten** bij hetgeen is afgesproken binnen het generiek kader en de diverse modules (LE).
- **Marktconforme** vergoeding voor hulpmiddelen (FA). Binnen hulpmiddelenzorg geen afspraak m.b.t. **inflatiecorrectie**, stijgende kosten personeel, grondstoffen en logistiek: dit moet geabsorbeerd worden binnen de huidige tarieven (LE).
- **Verminderde sturingsmogelijkheden op assortimentsbeleid** voor hulpmiddelenleveranciers, waardoor nog meer financieel risico bij hen komt te liggen bij dagprijzen, clusterprijzen, jaar arrangementsbedragen maar ook bij (in mindere mate) vergoeding op basis van AIP (LE).
- **Praktijk- en beroepsvariatie** zorgt voor ongelijke behandeling en communicatie (LE).
- Steeds **vaker** wordt een beroep gedaan op de **chronische hulpmiddelenzorg**, terwijl deze soms een onderdeel zijn van de behandeling en/of het ontslag (bv Katheterzorg) (LE).
- **Gebrek** aan deskundig **personeel** (zorgprofessionals in 1e, 2e lijn). Toekomstig risico is dat ook bij de leverancier een gebrek aan deskundig personeel ontstaat (zorgprofessionals bij leverancier) (LE).
- **Onvoldoende kennis** in de keten (ook zorginhoudelijke kennis zorgverzekeraars) op gebied van hulpmiddelen; het belang van hulpmiddelen voor de patiënt wordt onderschat (LE).
- **Functioneringsgericht** voorschrijven is **niet ingebed** in de werkwijze van ieder medisch specialisme (LE).
- **Toenemende administratielast** in relatie tot plannen verminderen administratielast / "het roer moet om" (dit laatste alleen geldig voor bepaalde zorgprofessionals, zodat elders in de keten de administratielast toeneemt) (LE).

2 – Hoe zorgen we dat we het onderhoud en actueel houden van de geïmplementeerde modules op 1 plek wordt ondergebracht?

Genoemde generieke componenten om tot het onderhoud en actueel houden van de geïmplementeerde modules te komen

- Onderbrengen bij een **onafhankelijke partij** die voor continuïteit kan zorgen, multidisciplinair is, over voldoende financiën en menskracht beschikt en de rol van regisseur kan vervullen (PT).
- Onderbrengen bij **een van de partijen** die als eigenaar wordt aangewezen - Eigenaarschap over de verschillende opgeleverde documenten. Wie is waarvoor verantwoordelijk? (ZP). En zorgen dat deze de middelen en mankracht heeft (FA). Verantwoordelijkheid bij **één partij** (ZV).
- **Toezicht** op agenda voor de toekomst (ZP).
- **Alle partijen** blijven betrekken (FA). Onafhankelijk/ tripartite (evt. beperkte rol fabrikanten) (ZV).
- **Toetsingscommissie** die alle data beoordeeld (ZP).

Genoemde randvoorwaarden, uitgangspunten of stappen voor plan van aanpak

- **Patiëntenorganisaties** kunnen hun rol adequaat invullen als zij van voldoende middelen voorzien worden (PT).
- Bij onderhoud is het van belang ervoor zorg te dragen dat **innovaties** niet geremd worden door gebruik van de modules. Technische ontwikkelingen dienen niet belemmerd te worden (PT).
- **Financiering** door het **veld** zelf (ZV).
- Doorontwikkeling gebaseerd op **solide data** ($\neq N=1$) (ZV)
- **Pragmatisch** / niet 'te wetenschappelijk' (ZV)

B3 Borgen van innovatie in de hulpmiddelenzorg

Opdracht

Het opleveren van eerste denklijn hoe we gezamenlijk kunnen borgen dat innovatie in de hulpmiddelenzorg mogelijk is en blijft.

Noodzaak

Slim investeren in innovaties die uitkomsten voor patiënten verbeteren en efficiëntie in de zorg verhogen is noodzakelijk om de kwaliteit van hulpmiddelenzorg hoog te kunnen houden. Daarnaast zorgen innovaties in de hulpmiddelenzorg er mede voor dat de zorg in Nederland in de breedte toekomstbestendig is en we de toegankelijkheid kunnen borgen.

Huidige situatie

Binnen de huidige marktkaders is er niet tot nauwelijks ruimte om te investeren in innovaties. Innovaties moeten direct geld opleveren anders zijn ze zo goed als niet te financieren voor fabrikanten, medisch specialisten, zorgaanbieders of zorgverzekeraars.

Dit terwijl innovaties noodzakelijk zijn om de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren en goedkoper te maken. De meeste verbeteringen in de zorg zijn mede mogelijk gemaakt door technologie. Innovaties met medische hulpmiddelen kunnen een grote bijdrage leveren aan optimalisering van het zorgproces en daarmee het verbeteren van de zorg (zie ook Gupta¹ rapport).

Een aantal elementen speelt hierin mee:

- Er wordt te veel nog ingekocht per verstrekking en te weinig vanuit het perspectief van de gehele zorgketen. Focus op de hele zorgketen kan een substantiële bijdrage leveren aan de efficiency van de zorg (ontschotting van de zorg) en aan het oplossen van knelpunten bij andere zorgsoorten, zoals personeelstekorten in de wijkverpleging.
- De financiële druk die er ligt om het alleen maar goedkoper te moeten doen, in plaats van de gezamenlijke stimulans om het wellicht anders te organiseren.
- Innovatie zorgt in de eerste fase vaak voor meer kosten voordat het zich terugverdient. Dit vraagt van het werkveld dan ook ruimte om de innovatie te kunnen implementeren.
- Door de druk op de budgetten signaleert de Nza ook een tendens dat fabrikanten zich heroverwegen op de Nederlandse markt en zich al dan niet terugtrekken en voor Nederland lagere prioriteit geven aan voorraadbeheer en uitrol van innovaties (zie Nza Monitor Hulpmiddelenzorg²).
- Daarnaast is er de tendens van schaalvergroting om te overleven in de markt. Een bekend nadeel van schaalvergroting is dat de focus vaak ligt op procesoptimalisatie, er een bepaalde mate van logheid ontstaat en de schaalvergroting vaak niet innovatie gedreven is (zowel aan aanbieders kant als aan de kant van de zorgverzekeraar).
- Tevens mag er in de zorg niet zomaar iets nieuws geïmplementeerd worden. Er is veel regelgeving, wettelijke kaders en protocollen waar rekening mee gehouden moet worden. Een vernieuwend product in de zorg mag niet zomaar ingezet worden. Er moet aan wet- en regelgeving worden voldaan voor de borging van kwaliteit en veiligheid. Als het een nieuw hulpmiddel wordt toegelaten, begint daarna het proces om dit hulpmiddel gecontracteerd te krijgen. De werkwijze bij zorgverzekeraars om tot een contractafspraken te komen en transparantie kunnen en mogen geven over de vergoeding bij verzekeraars is een tijdrovend en ondoorzichtig proces.
- Er is een beperkt budget voor innovatie in de zorg. De regelingen die er zijn, zijn vaak lastig toepasbaar op hulpmiddelenzorg. De benadering is gericht op wetenschappelijk onderzoek en alle regels die hiermee gemoeid zijn. Bestaande subsidies voor innovatie zijn evidence based gericht i.p.v. practice based. Denk hierbij aan regelingen zoals het doelmatigheidsonderzoek 'Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg thuis' van ZonMW. De leefwereld van de patiënten zou meer als uitgangspunt genomen moeten worden bij de beoordeling van innovaties.
- Daarnaast zijn veel bezuinigingen gaande en het implementeren van een innoverend product vraagt niet alleen verdiepend vooronderzoek,

1 – Gupta rapport "Uitweg uit de schaarste", mei 2022.

2 – Zie Nza monitor Hulpmiddelenzorg uit 2019:

• pag. 16: "Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt naar voren dat als gevolg hiervan fabrikanten zich lijken terug te trekken uit de Nederlandse markt, of Nederland een lagere prioriteit geven in hun voorraadbeheer en in het uitrollen van innovaties."

• pag. 26: "Verbeterde producten komen niet altijd direct op de Nederlandse markt vanwege beperkingen in het verzekerde pakket en de lage prijzen, waardoor de Nederlandse markt niet altijd aantrekkelijk is voor internationale fabrikanten."

maar de producten moeten ook gemaakt worden, de patiënten en zorgverleners moeten erover in- gelicht worden en vervolgens komen er vaak ook nog optimalisatiekosten bij kijken.

- Innovatie maakt nu geen onderdeel uit van de modules.

Bovenstaande punten kunnen ervoor zorgen dat het productontwikkelingsproces te lang duurt, waardoor het beoogde doel achterhaald is op het moment van implementatie.

Een eerste aanzet tot een denkrichting

Om uit deze situatie te ontsnappen is een andere invulling van de organisatie van innovatie in de hulp- middelenzorg noodzakelijk. We moeten hierbij meer rekening gaan houden met het stimuleren van de innovatie en aandacht besteden aan het organiseren van sociale innovatie in de keten.

Sociale innovatie is een mind-set van een organisatie of een keten die gericht op het collectief. In de keten van hulpmiddelenzorg zou innovatie niet alleen moeten liggen bij de individuele organisaties die erin werken, maar juist ook moeten liggen in een collectieve visie en gedrevenheid om met innovatie merkbare verbetering voor hulpmiddelengebruikers te realiseren.

Doel is om:

- Met alle betrokken partijen te kijken naar innovaties
- Innovaties sneller toegang te laten krijgen tot de markt met bijbehorende vergoedingssystematieken (o.a. met voorlopige toelating³, proefdraaien)
- Stimulering van technologie en het gebruik van data als onderdeel van het efficiënter maken van het zorgproces
- De aandacht te vergroten voor innovaties die de kwaliteit van leven van patiënten positief beïnvloeden en het gemak en toepasbaarheid van (kleinere) deelgroepen verhogen (bijvoorbeeld voor mensen met een beperkte handfunctie).

Om tot zo'n mindset te komen dienen we een aantal voorwaarden te scheppen om de collectieve innovatie naast de individuele innovatie te gaan laten ontstaan. Hierbij valt te denken aan het invullen van de volgende voorwaarden:

- In de overkoepelende raambegroting vanuit de overheid bewust budget reserveren voor innovatie
- In de onderliggende taakstelling naar alle partijen (inclusief zorgverzekeraars) opnemen dat gezamenlijk gewerkt gaat worden aan innovatie

doelstellingen

- Binnen ons gremium gezamenlijk definiëren van een innovatie doelstelling voor de hulpmiddelen- zorg (wat willen we over 5 jaar bereikt hebben?) en deze uitsplitsen naar ambities op de onderliggende zorgketens
- Separaat budget ter beschikking krijgen om gezamenlijk te kunnen werken aan deze innovatie doel- stellingen
- Helder benoemen van een collectief gewin i.p.v. individuele groei
- Binnen de diverse platforms een invulling geven aan innovatie voor de betreffende hulpmiddelen- categorie met een duidelijke aanbevelingen om daar in de contractering vorm aan te geven.
- Maken van stimuleringsafspraken om innovaties aan te dragen, bij een succesvol geïmplementeerde innovatie zou een deel van de opbrengsten terug kunnen vloeien naar de aangever
- Practice-based evidence omarmen en resultaten a.d.h.v. face-to-face-interviews/patiënt participatie, focusgroepen, vragenlijsten, en (participerende) observatie **breed** delen (met hulpmiddelen blik kijken naar...)
- Specifiek ook in de modules ruimte voor innova- ties opnemen

Met deze randvoorwaarden borgen we dat er in het systeem een drive bestaat om te innoveren. Dit los van de individuele organisaties die vanuit onderne- mingsdrang ook werken aan eigen innovaties.

Praktische verbeteringen

Tot slot willen we voorstellen om al met een aantal praktische verbeteringen te beginnen. Dit om op korte termijn al versnelling in het innovatieproces te krijgen:

- 1 Begin met het ontwikkelen van een **generieke innovatie quick scan** voor hulpmiddelenzorg. De insteek van de scan is om eenvoudig te kunnen toetsen of een innovatie kansrijk is om in aanmer- king te komen voor een gefaciliteerde pilot
- 2 Formuleren van een set van eenvoudige en dui- delijke spelregels rondom een **gefaciliteerde pilot** (wat zijn begin- en eindpunt van een pilot? Wat zijn go/no-go momenten? Etc.)
- 3 Het ontwikkelen van een **format voor het admi- nistratieve proces** waarbij ook de vergoeding en verwerkingsproces gestroomlijnd en makkelijker wordt
- 4 Maken van een **eenvoudig overzicht van alle be- schikbare innovatieregelingen** met de bijbehoren- de spelregels en doel van de regeling

B4 Transparante informatievoorziening

Om een goede en verantwoorde keuze te maken moet de hulpmiddelegebruiker over voldoende en juiste informatie kunnen beschikken. Aan het begin van een zorgproces is de informatiebehoefte het grootst. Uitgangspunt moet dan ook zijn zo vroeg mogelijk in het proces alle op dat moment voor de betrokkene(n) relevante informatie aan te bieden.

Er is een breed scala aan websites van bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, gezondheidsfondsen, hulpmiddelenleveranciers en -fabrikanten, ziekenhuizen, verenigingen van specialisten etc. Het is lastig de relevante objectieve informatie te vinden.

Daarbij speelt ook een rol dat de focus bij de aspirant hulpmiddelegebruiker niet altijd op het hulpmiddel gericht is. Vaak (wellicht met uitzondering van diabetes) is de noodzaak gebruik te gaan maken van een hulpmiddel het gevolg van een andere aandoening/medische ingreep/voorval. Betrokkenen zijn vaak -zeer begrijpelijk- meer bezig met de behandeling van de aandoening/medische ingreep/het trauma dan met de keuze van het nu aangewezen hulpmiddel.

Dat maakt het eens te meer belangrijk dat proactief voldoende en juiste info wordt aangeboden op het juiste moment in het proces. De infobehoeft kan in verschillen per fase. Hierbij is de rol van de verpleegkundige cruciaal. Idealiter biedt de verpleegkundige in het proces van het functioneringsgericht voorschrijven de (aspirant) hulpmiddelegebruiker alle info die van belang is, zoals websites en ander voorlichtend materiaal van ziekenhuizen, leveranciers etc. en sites van patiëntenorganisaties, die bijvoorbeeld ook keuzehulpen, praatkaarten, mogelijkheden lotgenoten te raadplegen en soms ook mogelijkheden voor individuele begeleiding aanbieden. Het is daarbij belangrijk erop te letten dat geen dingen dubbel worden gedaan. Minimaal moet goed uitgelegd worden wat functioneringsgericht voorschrijven betekent voor een hulpmiddelegebruiker. Het contract tussen verzekeraar en leverancier moet recht doen aan de module en de inzet van hulpmiddelen door de leve-

rancier eveneens. Dit moet transparant gecommuniceerd worden.

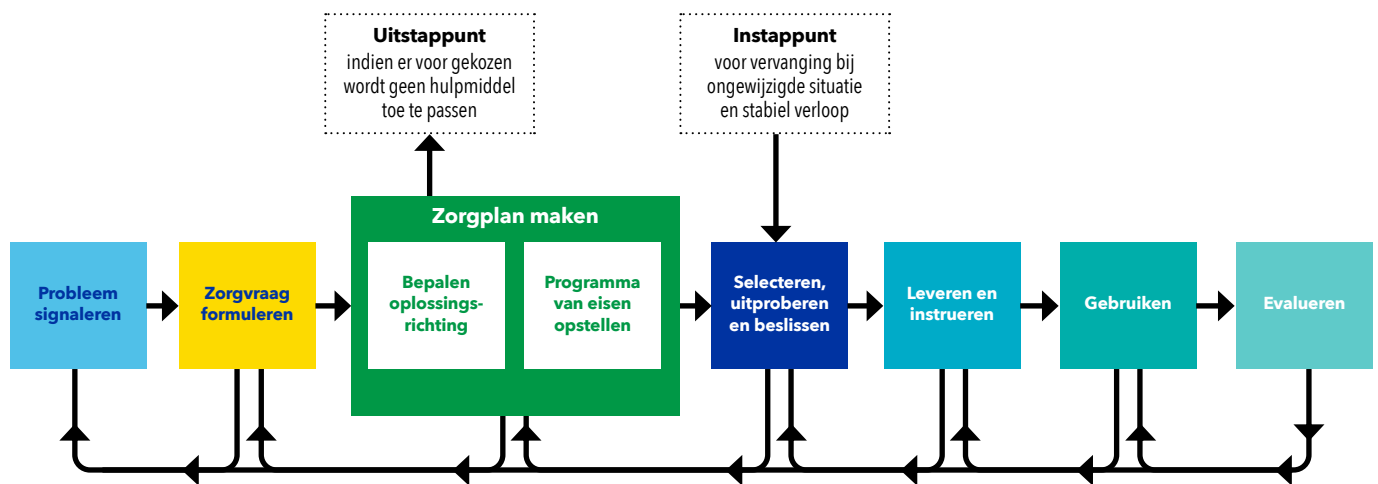
Om een gefundeerd besluit te nemen over hoe de informatievoorziening te verbeteren zal eerst geïnventariseerd moeten worden wat er al gedaan is door bijvoorbeeld de platforms en de partijen in het zorgproces en wat er nu aan informatiebronnen beschikbaar is. Kan daar verbeterd of samengevoegd worden en voldoet dit aan de behoefte van de hulpmiddelegebruiker? Zou een portal kunnen helpen? Ook zouden mate van gebruik en redenen van niet-gebruik in beeld moeten worden gebracht.

Tenslotte zou bij het treffen van oplossingen, aanpassing van systemen of bouwen van nieuwe voorzieningen zoals portals, apps, keuze- of oriëntatiehulpen, zoveel mogelijk moeten worden aangesloten bij reeds bestaande voorzieningen. Voorkomen moet worden dat dingen dubbel gedaan worden. Oplossingen moeten niet te omvangrijk zijn en er moet rekening worden gehouden met beheer en onderhoud.

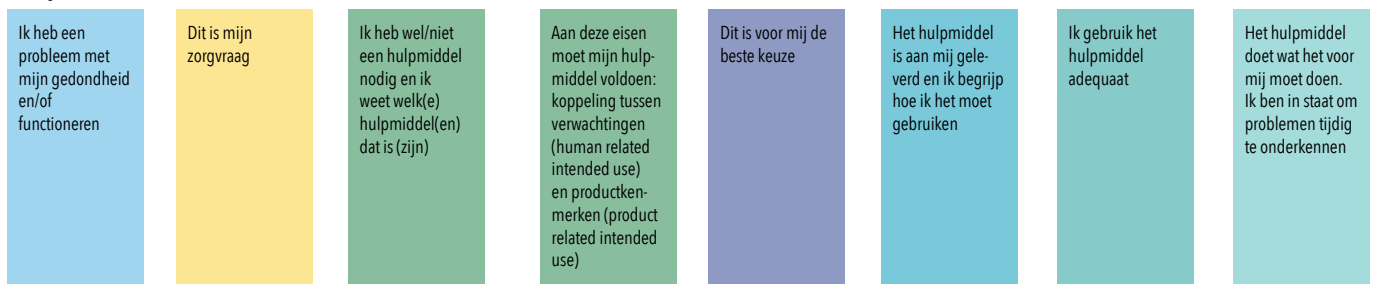
Aanbevelingen

- 1 Inventariseer wat er al beschikbaar is en stel vast wat er kan worden samengevoegd of verbeterd en in hoeverre wordt voldaan aan de behoefte van de hulpmiddelegebruiker.
- 2 Stel vast of een portal, keuze- of oriëntatiehulpen of apps kunnen helpen.
- 3 Richt bij voorkeur (ook) een centrale plek voor informatie in.
- 4 Leg de focus op het proactief informeren van hulpmiddelegebruikers.
- 5 Inhoudelijk moet minimaal goed worden uitgelegd wat functioneringsgericht voorschrijven betekent voor een hulpmiddelegebruiker.
- 6 Zowel het contract tussen verzekeraar en leverancier als de inzet van hulpmiddelen door de leverancier moeten recht doen aan de module. Dit moet transparant gecommuniceerd worden.

Globale inventarisatie per onderdeel van de module



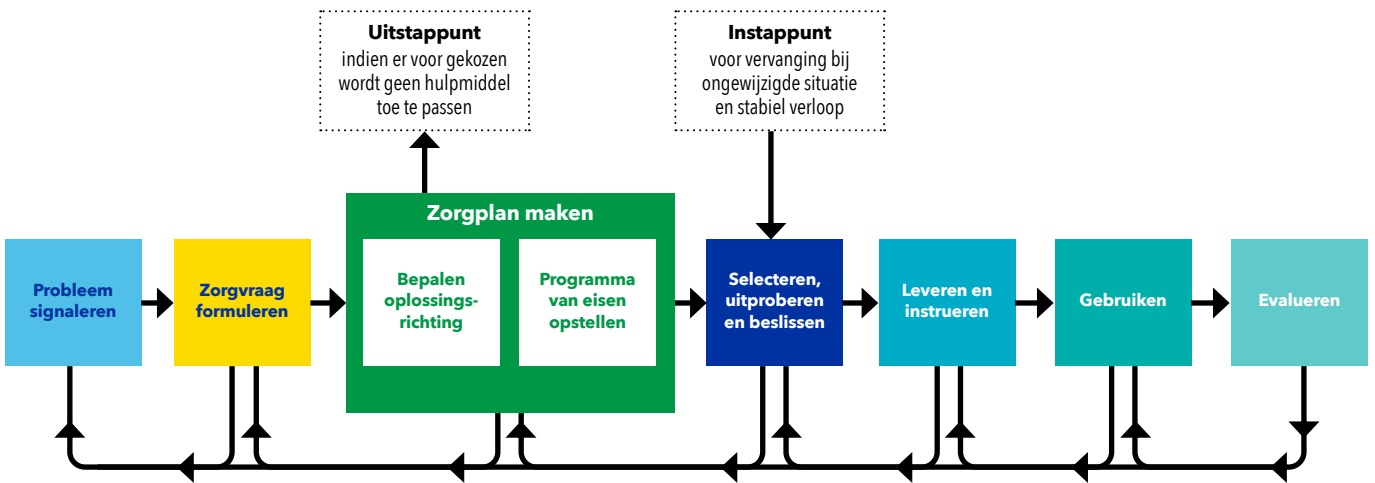
Perspectief van de cliënt



FASE	INFORMATIE
Problemen signaleren	Uitleg over wat functioneringsgericht voorschrijven betekent voor de hulpmiddelegebruiker
Zorgvraag formuleren	Informatie over algemeen beschikbare betrouwbare informatiebronnen zoals websites over hulpmiddelen en achterliggende oorzaken als aandoening, medische ingreep, trauma etc.
Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	Informatie over relevante betrouwbare informatiebronnen, toegespitst op de concrete hulpmiddelenvraag.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	Informatie over beschikbare producten Transparant maken dat zowel het contract tussen verzekeraar en leverancier als de inzet van hulpmiddelen door de leverancier recht moeten doen aan de module.
Selecteren/proberen/beslissen	
Leveren en instrueren	Informatie over bronnen die het leren van gebruik kunnen ondersteunen en ondersteuning die patiëntenorganisaties kunnen bieden.
Gebruiken	Informatie over lotgenotencontact, belangenbehartiging en informatievoorziening door patiëntenorganisaties.
Evaluëren	Informatie over meldpunten.

B5 Format knelpunten per fase

A Module Diabetes



Perspectief van de cliënt



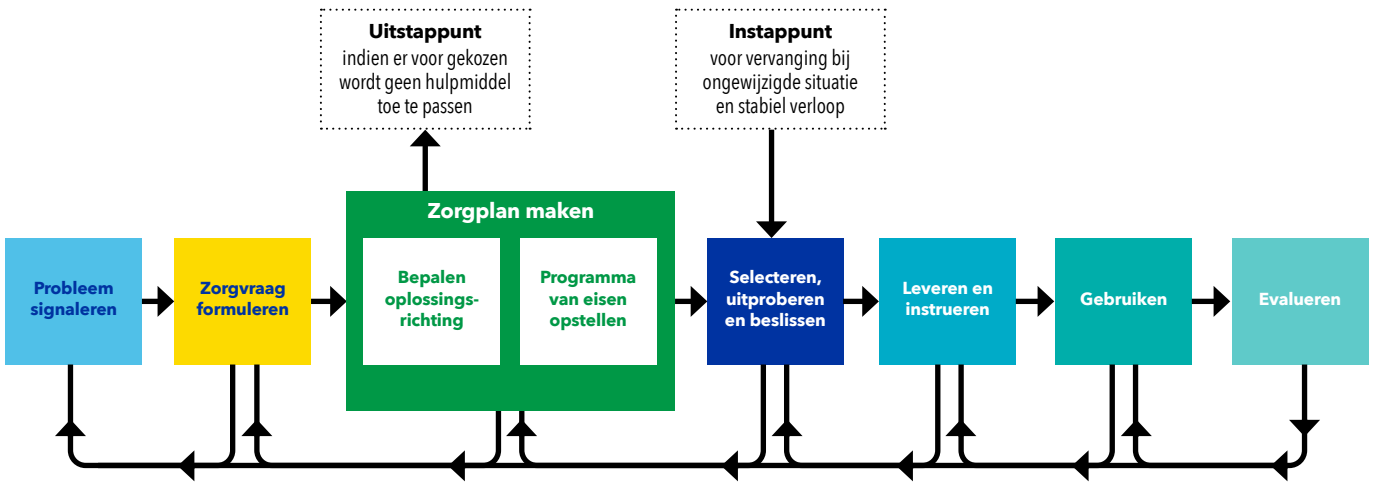
Vul hieronder per fase zo concreet mogelijk welke knelpunten worden gezien m.b.t. financiering

FASE	KNELPUNT
Problemen signaleren	<ul style="list-style-type: none"> Bij behandeling in 1e lijn: beschikbaarheid huisarts/POH voldoende om aanbod van zorg goed te borgen + tarief 1e lijn toereikend? De vergoeding van diabetes hulpmiddelen beperkt zich in de huidige situatie hoofdzakelijk tot insuline gebruikende diabetes patiënten. Daardoor blijft een grote groep patiënten buiten beeld (m.n type 2). Juist voor deze groep geldt dat de behandeling in een vroeg stadium/lifestyle interventie/monitoring heel belangrijk is. Preventief valt hier nog heel veel gezondheidswinst te behandelen. Een (gedeeltelijke) vergoeding van (innovatieve) hulpmiddelen kan hier een bijdrage aan leveren.
Zorgvraag formuleren	<ul style="list-style-type: none"> Dit punt is voor insuline gebruikende patiënten goed geborgd in het consensusdocument. Voor overige diabetes patiënten niet geregeld, zie vorige punt. Hier valt nog veel winst te behalen in de vorm van preventie.

Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • Er moet veel vastgelegd worden om de keuze van het hulpmiddel te verantwoorden. Daarvoor is veel communicatie tussen patiënt, leverancier en behandelaar noodzakelijk. Dit kost tijd en geld en is niet als zodanig in vergoeding/tarieven opgenomen, terwijl niet-nakoming wel financiële risico's voor partijen (leverancier) meebrengt.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Om goed een programma van eisen te kunnen maken, is kennis over de beschikbare medische hulpmiddelen essentieel, vooral gezien de huidige technologische ontwikkelingen (datasystemen) en de onderlinge koppelingen tussen de verschillen hulpmiddelen. Zorgprofessionals, maar andere partijen binnen de keten moeten hier in kunnen investeren.
Selecteren/proberen/ beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • De keuze van het product wordt gemaakt aan de hand van individuele behandeldoelen in overleg met patiënt en de zorgprofessional. Dit is ook het uitgangspunt in het consensusdocument. Een aantal zorginkoopovereenkomsten gaat er ten onrechte vanuit dat deze keuze door de leverancier wordt gemaakt (en dus dat sturing mogelijk zou zijn, wat kostenverlagend zou kunnen werken). Dit is een knelpunt. • Het invoeren van een dagprijsystematiek leidt ertoe dat het proberen van behandelingen/ stepped care, een groot risico vormt voor de leverancier. Het overstappen op een andere therapie/hulpmiddel is financieel niet goed geborgd.
Leveren en instrueren	<ul style="list-style-type: none"> • Door personele druk en noodzaak en behoefte aan hoogwaardige instructie van de hulpmiddelen verschuift een aantal stappen binnen dit proces binnen de keten van de ene partij naar de andere. In toenemende mate wordt instructie en educatie m.b.t. het gebruik van de hulpmiddelen door leveranciers en fabrikanten gegeven. Dit wordt onvoldoende in prijsafspraken meegenomen. • Leveren van producten is niet zonder risico. Indien iemand overlijdt, overstapt naar een andere leverancier, overstapt naar een andere zorgverzekeraar ligt het risico bij de leverancier die geleverd heeft. Vooral bij dagprijzen is de zorgverzekeraar vaak bereid alleen te betalen voor de periode dat de patiënt echt bij deze zorgverzekeraar verzekerd was, de patiënt nog leefde. • M.b.t. het bestellen bij 2 leveranciers is de zorgverzekeraar de enige die dit kan zien; de NZa heeft onlangs beoordeeld dat alleen de zorgverzekeraar dit kan zien en dus een signaal af moet geven en het geleverde materiaal moet vergoeden; in de praktijk worden deze declaraties afgewezen.
Gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Er vinden grote innovaties plaats rond diabetes hulpmiddelen, die er onder mee toe leiden dat er steeds meer data over de patiënt beschikbaar komen. Deze data zijn van grote toegevoegde waarde voor het zelfmanagement door de patiënt. Voor de tools (ICT oplossingen, apps) voor het verwerken van de data is in het algemeen geen vergoeding geregeld. Een structurele oplossing is nodig, ook omdat een goede inzet van de data bijdraagt aan meer gepersonaliseerde zorg en efficiency in het zorgproces. • De inzet van de door de diabetes medische hulpmiddelen gegenereerde data kunnen bijdragen aan een efficiëntere inrichting van het zorgproces en een meer gepersonaliseerde zorg. Zorgprofessionals hoeven niet meer standaard op vaste tijdstippen patiënten voor contorels op te roepen, maar kunnen aan de hand van de data op afstand beoordelen of zij patiënten moeten zien. Deze inzet vraagt om een nieuwe kijk op financiering van hulpmiddelen en van zorg. • Switchen van een hulpmiddel tijdens de gebruiksfase op initiatief van een zorgverzekeraar of leverancier: in het consensusdocument is geregeld dat dit een beslissing is die in de spreekkamer moet worden genomen. Dit moet gerespecteerd worden in de zorginkoopovereenkomsten.

Evalueren	<ul style="list-style-type: none">• Evaluatie kan leiden tot aanpassen behandelbeleid; het overstappen op een andere behandelmethode moet mogelijk zijn zonder het financiële risico volledig bij de leverancier te beleggen.
Overig	<ul style="list-style-type: none">• Het feitelijk contracteren door zorgverzekeraars van een zeer beperkt aantal leveranciers van hulpmiddelen is ongewenst omdat het leidt tot inperking van de keuzevrijheid van verzekerden. Bovendien wordt de (continuïteit van de) keten onnodig kwetsbaar en ontstaat door marktposities een te grote onderlinge afhankelijkheid. We pleiten voor tevens voor het contracteren van een breed en diep assortiment van producten, waarbij innovatieve producten ook eenvoudig opgenomen kunnen worden in het contract. Bij deze punten moeten kwaliteit en het volgen van richtlijnen en het consensusdocument uiteraard centraal staan.

B Module Compressiehulpmiddelenzorg (inclusief aan- en uittrekhulpen)



Perspectief van de cliënt



Financieringsvraagstuk: Apart bekostigen van te onderscheiden activiteiten die door verschillende zorgverleners kunnen worden ingevuld.

In de module compressiehulpmiddelenzorg is bij de aanbevelingen aangegeven dat mét het creëren van meer transparantie in het proces óók de mogelijkheid ontstaat om te onderscheiden activiteiten separaat te bekostigen; “er is meer flexibiliteit gewenst - inclusief in de bekostiging - van de gehele compressiehulpmiddelenzorgketen”.

Ook het bevorderen van zelfmanagement is een te onderscheiden activiteit met als rendement meer zelfredzaamheid; “ Door ervoor te zorgen dat het vergroten van zelfmanagement wordt beschouwd als een te onderscheiden (én te bekostigen) activiteit van zorgverleners die noodzakelijk is om merkbaar betere compressiezorg te leveren komt er ruimte voor deze activiteit en wordt het belang van zelfmanagement benadrukt”

Vul hieronder per fase zo concreet mogelijk welke knelpunten worden gezien m.b.t. financiering

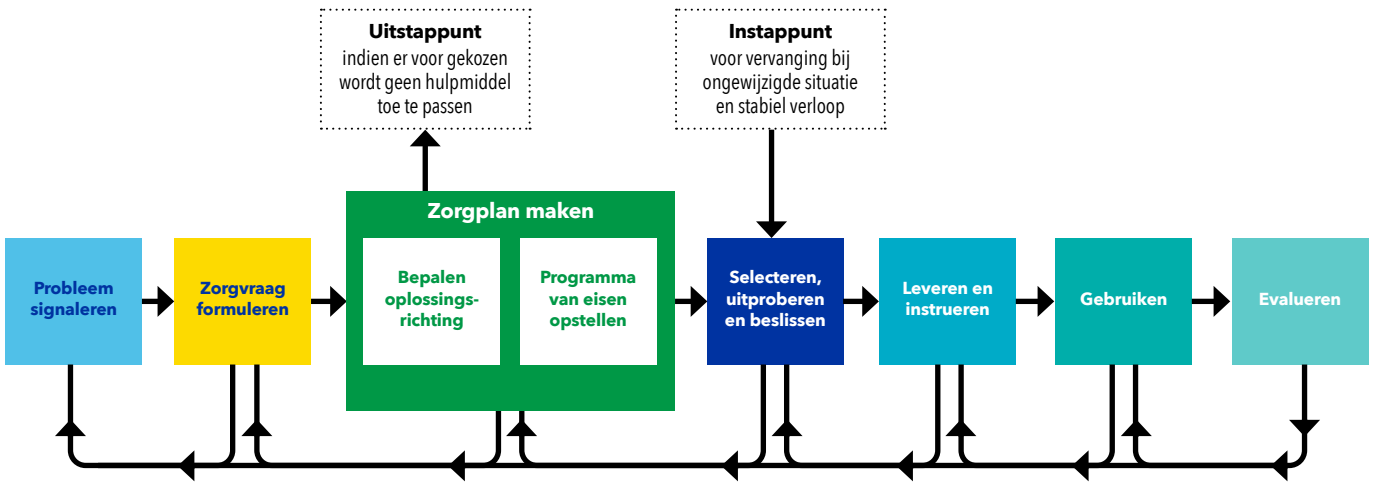
FASE	KNELPUNT
Problemen signaleren	<ul style="list-style-type: none"> • Geen vergoeding voor consult als de cliënt besluit om niet verder te gaan met zorgverlener (tevens leverancier TEK) en/of niet verwezen wil worden naar een bepaalde zorgverlener, of dat de hulpvraag een andere zorgverlener vereist dan stopt het proces. Het contact kan onder meer gaan over vraagverheldering, medisch beeld en prognose, (sociaal) functioneren of contra indicatie zoals oedeem. In module is hiervoor een uitstappunt ingericht.

Zorgvraag formuleren	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij knelpunt problemen signaleren, geen vergoeding voor consult. Proces kan na bepaling zorgvraag worden gestopt. In module is hiervoor een uitstappunt ingericht.
Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • Als besloten wordt compressiehulpmiddelenzorg niet de geëigende behandeling is voor de cliënt, dan stopt hier het proces (uitstappunt). Geen vergoeding voor consult.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Vaststellen beoogd functioneren en beoogd gebruik prothese (HRIU) is een zorgvuldig en langdurig proces. Vergoeding vindt pas plaats na stap Leveren en instrueren. Geen vergoeding voor consult.
Selecteren/proberen/beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzet stepped care onvoldoende vergoed en/of ingewikkeld aanvraagproces. • Voor compressiehulpmiddelen en voor veel accessoires geldt in het algemeen dat ze – vanwege hygiënische redenen – niet kunnen worden ‘geprobeerd’. Er zou een mogelijkheid moeten bestaan om “probeer materiaal” in te zetten om spillage tegen te gaan en eventueel op een geselecteerd product terug te komen vanwege geconstateerde problematiek in toepasbaarheid, effect of gebruiksmogelijkheden¹. • De cliënt heeft bij een integrale bekostiging van service² en leverancier niet de mogelijkheid om meerdere leveranciers te benaderen en de vrijheid om te kunnen kiezen. (De cliënt heeft überhaupt weinig zicht op het assortiment van verschillende gecontracteerde leveranciers).
Leveren en instrueren	<ul style="list-style-type: none"> • Toename administratie en kwaliteitseisen inclusief jaarlijkse accreditatie zorgprofessionals in relatie tot afnemende vergoeding (prijzdruk en stijgende kosten). • Generiek: vergoedingen niet toereikend of voldoende omvattend. Bekostiging op basis van product terwijl zorg geleverd wordt. We verplicht zijn “service²” te leveren bij product, terwijl bij aanpalende beroepen dit onderdeel is van de zorg. Niet mogelijk nieuwe producten in te zetten terwijl dit waarschijnlijk verbetering van zorg of kostenbesparing in de keten oplevert. • Service² zou een apart te bekostigen activiteit moeten zijn om ook “afdwingbaar” te kunnen zijn voor patiënten in plaats van sluitstuk; zowel professionals als patiënten worden in deze dienst en behoefte nu niet serieus genomen in deze processtap.
Gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij fase Leveren en instrueren.
Evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij fase Leveren en instrueren.

¹ – Overigens wordt hier niet bedoeld op “aanmeetfouten” maar op problemen in gebruik die pas zijn vast te stellen als de gebruiker compressiehulpmiddelen daadwerkelijk gaat gebruiken

² – Service als processtap binnen het zorgverleningsproces in de modules; informatievoorziening, instructie, evaluatie, etc. Hierbij gaat het over alles wat onder de zorg valt of service die is gedefinieerd als aanspraak bij de levering van een hulpmiddel. Het gaat hierbij niet om de niet financierbare extra’s (spiegeltjes en kraaltjes), maar over de aanspraken. Dit is nu vaak vervat in de prijs van een hulpmiddel en wordt niet separaat ingekocht ondanks dat de module het wél als een aparte processtap omschrijft die ook nog door verschillende partijen kan worden uitgevoerd.

C Module Prothesezorg



Perspectief van de cliënt

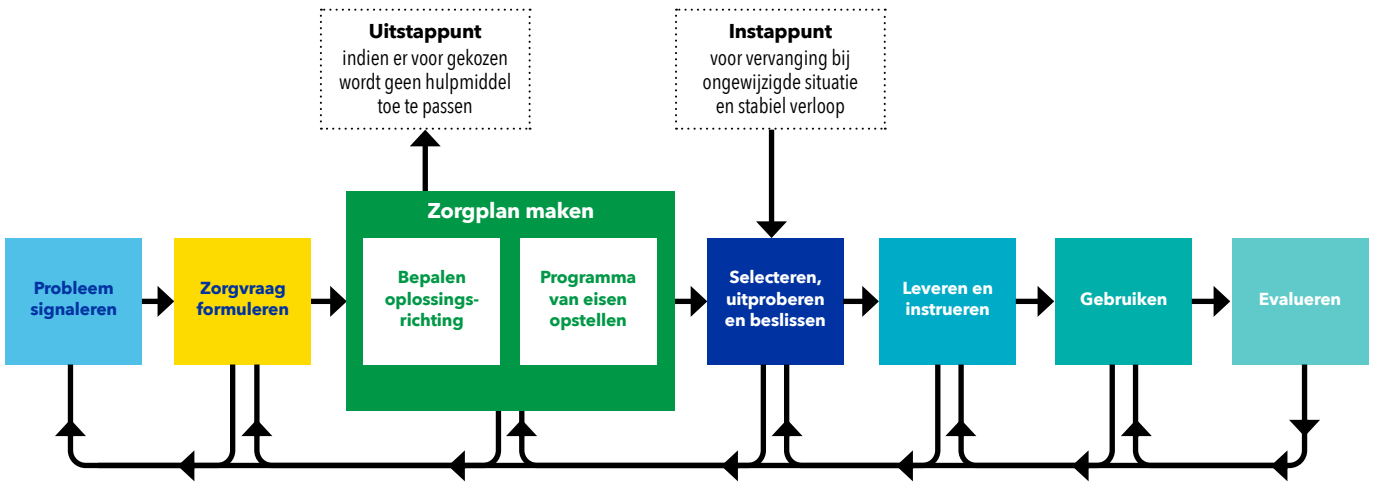


Vul hieronder per fase zo concreet mogelijk welke knelpunten worden gezien m.b.t. financiering

FASE	KNELPUNT
Problemen signaleren	<ul style="list-style-type: none"> • Geen vergoeding voor consult als de cliënt besluit om niet verder te gaan met orthopedisch technoloog (OT) zorgverlener en/of niet verwezen wil worden naar een bepaalde zorgverlener, of dat de hulpvraag een andere zorgverlener vereist dan stopt het proces. Het contact kan onder meer gaan over vraagverheldering, medisch beeld en prognose, revalidatieproces en mogelijkheden, toekomstbeeld werk, school / opleiding, inkomen, (sociaal) functioneren, voorzieningen. In module is hiervoor een uitstappunt ingericht.
Zorgvraag formuleren	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij knelpunt problemen signaleren, geen vergoeding voor consult door OT. Proces kan na bepaling zorgvraag worden gestopt. In module is hiervoor een uitstappunt ingericht.
Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • Als besloten wordt dat een prothese niet de geëigende behandeling is voor de cliënt, dan stopt hier het proces (uitstappunt). Geen vergoeding voor consult.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Vaststellen beoogd functioneren en beoogd gebruik prothese (HRIU) is een zorgvuldig en langdurig proces. Vergoeding vindt pas plaats na stap Leveren en instrueren. Geen vergoeding voor consult.

Selecteren/proberen/ beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • Proef-/probeerfase onvoldoende in contracten benoemd/vergoeding niet altijd goed geborgd of toereikend. Ook wordt door een enkele zorgverzekeraar on-eigenlijke argumentatie gebruikt, zoals “het zou inmiddels voldoende bewezen moeten zijn dat hulpmiddel werkt”. • Geen vergoeding voor consult. • Vanaf fase 1 Probleem signaleren t/m fase 7 Evalueren, maakt het multidisciplinaire team gebruik van het PPP incl addenda AAK, OI en Prothesen voor bijzondere activiteiten. Hierbij zijn twee knelpunt te definiëren: <ol style="list-style-type: none"> 1. PPP is onderdeel van de module, maar financiering voor (door)ontwikkeling heeft nooit plaatsgevonden en is niet geborgd. 2. Uitkomst PPP o.b.v. functioneringsgericht voorschrijven zou moeten worden gerespecteerd vanwege kwaliteit en/of noodzakelijke zorg, maar worden niet altijd (reëel) vergoed. Dit geldt o.a. t.a.v. inzet stepped care, innovatieve producten en prothesen voor bijzondere activiteiten terwijl deze waarschijnlijk verbetering van zorg of kostenbesparing in de keten opleveren. • Bij huidige systematiek is zorgaanbieder/ leverancier prothesen risicodragend (voorfinanciering, overlijden, overstap naar andere zorgverzekeraar).
Leveren en instrueren	<ul style="list-style-type: none"> • Toename administratie en kwaliteitseisen inclusief jaarlijkse accreditatie zorgprofessionals in relatie tot afnemende vergoeding (prijzdruk en stijgende kosten). • Het integreren van de prothese in het handelingspatroon is onder andere afhankelijk van de handigheid van de cliënt, zijn probleemoplossend vermogen en de mate waarin iemand de prothese durft in te zetten c.q. uitprobeert. Deze bepalen de tijd en intensiteit die voor de leveringsfase nodig is. Het is aan de ergotherapeut / fysiotherapeut / orthopedisch technoloog om dit goed in te schatten. Bekostiging op basis van product terwijl zorg geleverd wordt. We verplicht zijn “service” te leveren bij product, terwijl bij aanpalende beroepen dit onderdeel is van de zorg. Echter geen vergoeding voor uren orthopedisch technoloog.
Gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij fase Leveren en instrueren. • In deze fase kan het voorkomen dat er toch nog een wijziging moet plaatsvinden (andere voet of cliënt kan niet tegen geleverde liner etc.). Hier is niet in voorzien in de vergoeding, m.n. waar zorgarrangementen van toepassing zijn of waar o.b.v. een gemachtigde offerte is geleverd.
Evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Idem als bij fase Leveren en instrueren.

D Module Continentie



Perspectief van de cliënt



Algemene opmerking vooraf: partijen zijn het er over eens dat in de module afspraken in beginsel helder staan beschreven. Er is ook geen discussie over die beschrijving. Wel worden in de uitvoering(spraktijk) wisselend knelpunten ervaren. Soms zijn dat knelpunten die alle of meerdere partijen ervaren, soms zijn het knelpunten specifiek voor een bepaalde partij. Waar dat relevant/aan de orde is, staat dat aangegeven.

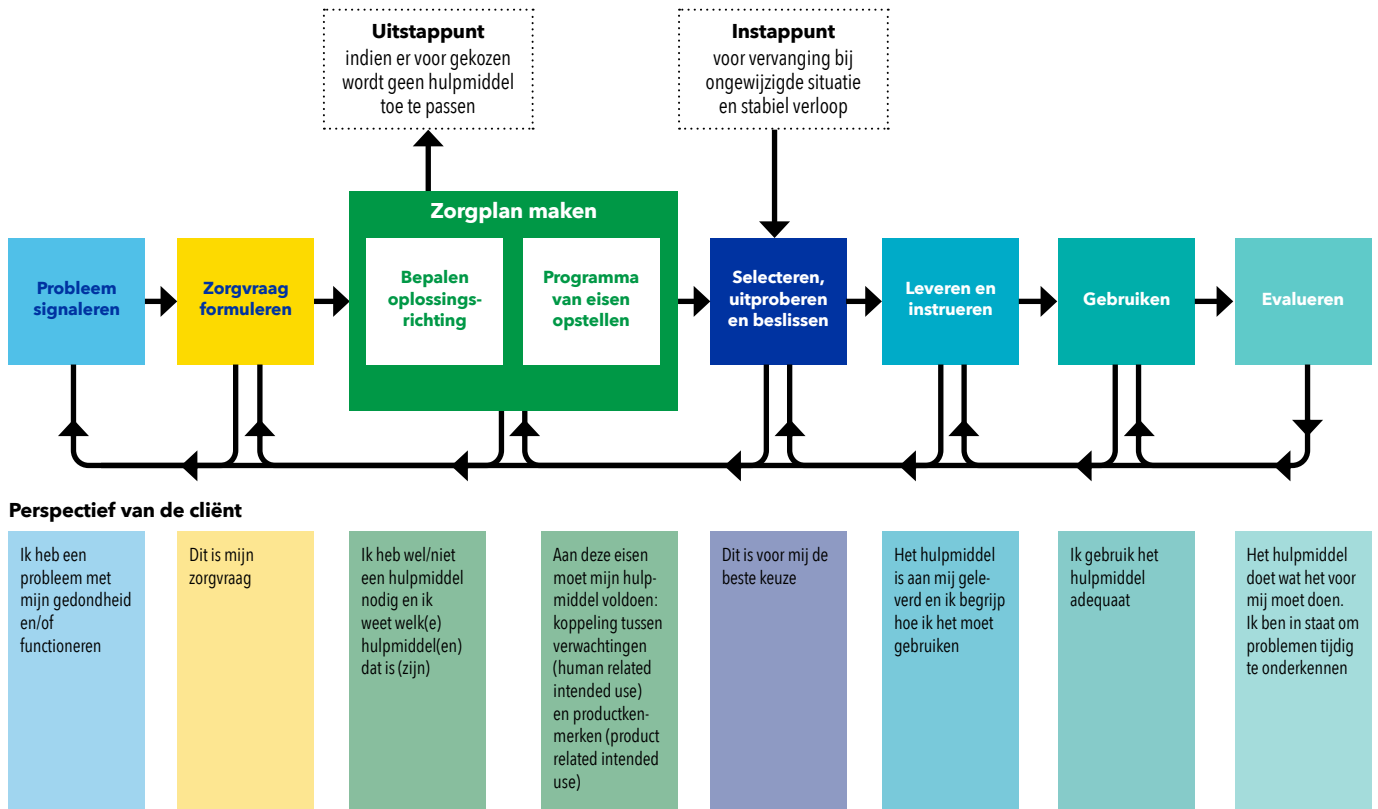
Vul hieronder per fase zo concreet mogelijk welke knelpunten worden gezien m.b.t. financiering

FASE	KNELPUNT
Problemen signaleren	<ul style="list-style-type: none"> In deze fase worden feitelijk geen knelpunten m.b.t. de financiering waargenomen.
Zorgvraag formuleren	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt waargenomen dat er beperkt tijd is voor goede diagnose. Leveranciers merken als gevolg daarvan dat zij meer tijd kwijt zijn om extra stappen te zetten om te komen tot de inzet van de juiste hulpmiddelen, passend bij de behoefte van de cliënt. Deze extra inzet wordt niet vergoed. Ondanks afspraken omtrent functioneringsgericht voorschrijven en het ontwikkelen van het PES+-formulier worden in praktijk nog altijd extra administratieve handelingen waargenomen. Dit komt onder meer door onbekendheid met FGV/ PES+, dan wel doordat huisartsen in rol van verwijzer maar beperkt informatie noteren (code B1/B2) en daardoor meer werk voor leverancier ontstaat. Ook hier staat geen vergoeding tegenover (<i>relatie met bevindingen in het hoofdrapport over de samenwerking tussen leveranciers en zorgverzekeraars</i>)

Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • Er moet veel vastgelegd worden om de keuze van het hulpmiddel te verantwoorden. Daarvoor is veel communicatie tussen patiënt, leverancier en behandelaar noodzakelijk. Dit kost tijd en geld en is niet als zodanig in vergoeding/tarieven opgenomen, terwijl niet-nakoming wel financiële risico's voor partijen (leverancier) met zich meebrengt. Indien een zorgplan niet compleet aanwezig is bij de leverancier, kan de zorgverzekeraar tot 5 jaar na levering het gedeclareerde bedrag terugvorderen bij de leverancier.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<ul style="list-style-type: none"> • De keuze voor het product/of behandeling wordt soms beperkt, omdat in contracten bepaalde combinaties niet als doelmatig worden beoordeeld (denk aan gebruik van gebruik van kathettermateriaal in combinatie met een condoomkatheter). • Professionals ervaren niet altijd voldoende tijd te hebben een goed programma van eisen te maken, eveneens zijn nog niet alle professionals adequaat genoeg (bij)geschoold t.a.v. functioneringsgericht voorschrijven. Dit komt onder meer doordat niet alle betrokken professionals zijn aangesloten bij een beroepsvereniging. In de module is in het zogenaamde 'kruisjesschema' inzichtelijk gemaakt welke professionals zoal betrokken zijn.
Selecteren/proberen/ beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • De keuze van het product wordt gemaakt aan de hand van individuele behandeldoelen in overleg met patiënt en de zorgprofessional. Een knelpunt is dat een aantal zorginkoop overeenkomsten er ten onrechte vanuit gaat dat deze keuze in alle gevallen door de leverancier wordt gemaakt (en dus dat sturing altijd mogelijk zou zijn, wat kostenverlagend zou kunnen werken). Echter, voorschrijvers schrijven geregeld, op basis van de gewenste productkenmerken, specifiek een merk en type voor. • Het invoeren van een dagprijsystematiek leidt ertoe dat het proberen van behandelingen/ stepped care, een groot risico vormt voor de leverancier. Het overstappen op een andere therapie/hulpmiddel is financieel niet goed geborgd. • Het gebruik maken van 2 therapieën/productgroepen is in een aantal gevallen zeer doelmatig, maar voor leveranciers binnen de prijsystematiek niet altijd mogelijk.
Leveren en instrueren	<ul style="list-style-type: none"> • Leveranciers ervaren dat de toegenomen instructie en educatie die zij geven m.b.t. hulpmiddelen onvoldoende in de prijsafspraken worden meegenomen • Leveren van producten is niet zonder risico. Indien iemand overlijdt, overstapt naar een andere leverancier, overstapt naar een andere zorgverzekeraar ligt het risico bij de leverancier die geleverd heeft. Vooral bij dagprijzen is de zorgverzekeraar vaak bereid alleen te betalen voor de periode dat de patiënt echt bij deze zorgverzekeraar verzekerd was, de patiënt nog leefde. • M.b.t. het bestellen bij 2 leveranciers is de zorgverzekeraar de enige die dit kan zien; de NZa heeft onlangs beoordeeld dat alleen de zorgverzekeraar dit kan zien en dus een signaal af moet geven en het geleverde materiaal moet vergoeden; in de praktijk worden deze declaraties regelmatig afgewezen. • In de communicatie met de verzekerde wordt vaak aangegeven dat continentiemateriaal volledig vergoed wordt binnen het basispakket. Dit is niet juist, er zijn hulpmiddelen die niet (volledig) vergoed worden. Er wordt onvoldoende aangegeven dat het product 'doelmatig en adequaat' moet zijn.

Gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Een aantal producten hebben uitgebreid advies en instructie nodig. Pas dan kunnen ze werkelijk doelmatig worden ingezet (denk aan condoomkatheter, rectaal spoelen). Advies en instructie wordt steeds meer uitbesteed aan de leverancier, daar waar het vroeger door de wijkverpleegkundige tijdens een consult gedaan werd. Deze verpleegkundigen geven advies en instructie aan huis bij de patiënt thuis. Voor de leveranciers is het een knelpunt dat advies en instructie wel door de wijkverpleegkundige, maar niet door de leverancier gedeclareerd kunnen worden. • De inzet van de medische hulpmiddelen kunnen bijdragen aan een efficiëntere inrichting van het zorgproces en een meer gepersonaliseerde zorg. Met ondersteuning van bepaalde innovatieve producten kan het aantal zorg momenten of controlemomenten beperkt worden. Aan de hand van de uitkomsten van moderne technologie kunnen zij op afstand beoordelen of zij patiënten moeten zien. Deze inzet van innovatieve hulpmiddelen vraagt om een nieuwe kijk op financiering van hulpmiddelen en van zorg. Hier loop je vaak tegen schotten van financiering aan. • Switchen van een hulpmiddel tijdens de gebruiksfase: in de module is geregeld dat het pakket van eisen wordt vastgesteld in samenspraak met patiënt en behandelaar. De leverancier moet kunnen voldoen aan het leveren van het pakket van eisen. Dit moet gerespecteerd worden in de zorginkoopovereenkomst tussen zorgverzekeraar en leverancier. Leveranciers ervaren het knelpunt dat de afspraken soms gebaseerd zijn op de aanname dat de leverancier kan converteren naar eigen merk. Dit is echter in tegenspraak met de module, waar zowel de zorgverzekeraars als de leveranciers zich aan verbonden hebben.
Evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie (door de voorschrijver) kan leiden tot aanpassen behandelbeleid; het overstappen op een andere behandelmethode, of het indelen in een zwaarder profiel. Dit moet mogelijk zijn zonder het financiële risico volledig bij de leverancier te beleggen.
Overig	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een hoge inflatie moet er ruimte zijn om tarieven te indexeren, zodat het ook mogelijk is de hoge eisen uit de module te kunnen blijven naleven.

E Module Stoma



Algemene opmerking vooraf: partijen zijn het er over eens dat in de module (en in het Zorgcontinuüm) afspraken in beginsel helder staan beschreven. Er is ook geen discussie over die beschrijving. Wel worden in de uitvoering(spraktijk) wisselend knelpunten ervaren. Soms zijn dat knelpunten die alle of meerdere partijen ervaren, soms zijn het knelpunten specifiek voor een bepaalde partij. Waar dat relevant/aan de orde is, staat dat aangegeven.

Vanuit het platform Stoma is inmiddels een werkgroep geformeerd die met diverse knelpunten t.a.v. financiën en bekostiging aan de slag is gegaan. Besproken is dat het van belang is dat de opdracht aan deze groep goed aansluit bij knelpunten die o.a. in dit traject (en daarmee ook dit document) aan de orde zijn gekomen én dat alle relevante betrokkenen deel uitmaken van de werkgroep. Vanuit oogpunt van samenwerking en toewerken naar draagvlak is dat laatste van belang.

Vul hieronder per fase zo concreet mogelijk welke knelpunten worden gezien m.b.t. financiering

FASE	KNELPUNT
Problemen signaleren	<ul style="list-style-type: none"> De stomaverpleegkundige maakt geen vast onderdeel uit van de DBC; per ziekenhuis is het verschillend hoe hiermee omgegaan wordt, alhoewel nazorg en follow-up goed beschreven staan in de richtlijn en het Zorgcontinuüm. De stoma-zorg is niet uniform geregeld. De stoma DBC wordt gesloten na 3 maanden. Echter, de afgesproken nazorg kent contactmomenten: 10-12 dagen, 4-6 weken, 3-6 maanden, 9 maanden, 12 maanden. Er is geen financiering afgesproken voor de nazorg na 3 maanden.

Zorgvraag formuleren	<ul style="list-style-type: none"> • In de module is geborgd dat hiervoor het stomaprotocol wordt gebruikt. Met deze methode is het mogelijk een goed functioneringsgericht voorschrift te ontwikkelen. Probleem is dat alleen de zorgvraag formuleren post-operatief goed beschreven is en vergoed wordt. Na deze fase komt de stomadrager met zijn problemen bij de stomaverpleegkundige, huisarts, wijkverpleegkundige of leverancier. Alleen de stomaverpleegkundige gebruikt het stomaprotocol; andere zorgprofessionals kunnen verwijzen naar de stomaverpleegkundige bij problemen. De toegankelijkheid van deze stomaverpleegkundige is echter onvoldoende geborgd. Vanwege de lage prevalentie van stomadragers is het opleiden van wijkverpleegkundigen en huisartsen een haast onmogelijke opdracht. • Het gebruik van het stomaprotocol vraagt een fors aantal administratieve handelingen, wat in tijden van administratieve lastenverlaging haaks staat op het beleid. • De stomadrager heeft zijn hele leven contact met een stomaverpleegkundige (1e, 2e lijn of bij leverancier) bij problemen weet hij/ zij deze te vinden. Er is, behalve in de 2e lijn, hiervoor geen financiering.
Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen	<ul style="list-style-type: none"> • Er moet veel vastgelegd worden om de keuze van het hulpmiddel te verantwoorden. Daarvoor is veel communicatie tussen stomadrager, leverancier en behandelaar noodzakelijk. Dit kost tijd en geld en is niet als zodanig in vergoeding/tarieven opgenomen, terwijl niet-nakoming wel financiële risico's voor partijen (leverancier) meebrengt. Indien een zorgplan niet compleet aanwezig is bij de leverancier, kan de zorgverzekeraar to 5 jaar na levering. Het gedeclareerde bedrag terugvorderen bij de leverancier. Ondanks dat er consensus is over een formulier dat hierover in het zorgplan bij de medisch speciaalzaak is geplaatst, wordt dit knelpunt door leveranciers nog steeds ervaren.
Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<ul style="list-style-type: none"> • De keuze voor het product/of behandeling wordt soms beperkt, omdat in contracten bepaalde combinaties niet als doelmatig worden beoordeeld (denk aan gebruik van spoelmateriaal en het gebruik van opvangzakjes). • Het doorlopen van het formulier en de documentatie kost veel tijd, in patiëntendossier en in te vullen bij de medisch speciaalzaak. Bijna alle stomaverpleegkundigen hebben de scholing gedaan, maar toepassen kost meer tijd.
Selecteren/proberen/beslissen	<ul style="list-style-type: none"> • De keuze van het product wordt gemaakt aan de hand van individuele behandeldoelen in overleg met patiënt en de zorgprofessional. Een knelpunt is dat een aantal zorginkoop overeenkomsten er ten onrechte vanuit gaat dat deze keuze in alle gevallen door de leverancier wordt gemaakt (en dus dat sturing altijd mogelijk zou zijn, wat kostenverlagend zou kunnen werken). Echter, voorschrijvers schrijven geregeld, op basis van de gewenste productkenmerken, specifiek een merk en type voor. Dit kan overigens ook passend zijn vanuit functioneringsgericht voorschrijven. • Het invoeren van een dagprijsystematiek leidt ertoe dat het proberen van behandelingen/ stepped care, een groot risico vormt voor de leverancier. Het overstappen op een andere therapie/hulpmiddel is financieel niet goed geborgd. • Het gebruik maken van 2 therapieën/productgroepen is in een aantal gevallen zeer doelmatig, maar voor leveranciers binnen de prijsystematiek niet altijd mogelijk (voorbeeld: spoelen en stomamateriaal colostoma)

Leveren en instrueren	<ul style="list-style-type: none"> • Leveranciers ervaren dat de toegenomen instructie en educatie die zij geven m.b.t. hulpmiddelen onvoldoende in de prijsafspraken worden meegenomen • Leveren van producten is niet zonder risico. Indien iemand overlijdt, overstapt naar een andere leverancier, overstapt naar een andere zorgverzekeraar ligt het risico bij de leverancier die geleverd heeft. Vooral bij dagprijzen is de zorgverzekeraar vaak bereid alleen te betalen voor de periode dat de patiënt echt bij deze zorgverzekeraar verzekerd was, de patiënt nog leefde. • M.b.t. het bestellen bij 2 leveranciers is de zorgverzekeraar de enige die dit kan zien; de NZa heeft onlangs beoordeeld dat alleen de zorgverzekeraar dit kan zien en dus een signaal af moet geven en het geleverde materiaal moet vergoeden; in de praktijk worden deze declaraties afgewezen. • In de communicatie met de verzekerde wordt vaak aangegeven dat stomamateriaal volledig vergoed wordt binnen het basispakket. Dit is ook in het hulpmiddelenreglement opgenomen. Leveranciers ervaren in de praktijk echter dat niet altijd alles wat de verzekerde vraagt gehonoreerd wordt. De discussie gaat dan vaak over of iets 'doelmatig en adequaat' is. • Het aanmeten van een stoma steunbandage vereist maatwerk/huisbezoek. In het verleden was dit een taak van de stomaverpleegkundige. Die doet dit in de meeste gevallen niet meer. Leveranciers ervaren dat de vergoeding voor het aanmeten er onvoldoende is en dat de vergoeding van een stomasteunbandage (met al zijn maatwerk) daarmee onder druk staat.
Gebruiken	<ul style="list-style-type: none"> • Een aantal producten heeft uitgebreid advies en instructie nodig. Pas dan kunnen ze werkelijk doelmatig worden ingezet. Advies en instructie wordt steeds meer uitbesteed aan de leverancier, daar waar het vroeger door de wijkverpleegkundige tijdens een consult gedaan werd. Deze verpleegkundigen geven advies en instructie aan huis bij de patiënt thuis. Voor de leveranciers is het een knelpunt dat advies en instructie niet door de leverancier gedeclareerd kunnen worden. • Switchen van een hulpmiddel tijdens de gebruiksfase: in de module is geregeld dat het pakket van eisen wordt vastgesteld in samenspraak met stomadrager en behandelaar. De leverancier moet kunnen voldoen aan het leveren van het pakket van eisen. Dit moet gerespecteerd worden in de zorginkoopovereenkomsten. Leveranciers ervaren het knelpunt dat de afspraken soms gebaseerd zijn op de aanname dat de leverancier kan converteren naar eigen merk. Dit is echter in tegenspraak met de module, waar ook de leveranciers en verzekeraars zich aan verbonden hebben. • De nazorg na ontslag uit ziekenhuis is onvoldoende geborgd/gefinancierd, omdat de onafhankelijk behandelend stomaverpleegkundige in ziekenhuis niet gefinancierd wordt (zie eerder genoemd punt over het sluiten van de DBC na 3 maanden). Ondanks dat de leveranciers betaald worden voor ondersteuning aan de patiënt, geeft slechts 2% van de stomadragers hier contact mee te hebben voor ondersteuning. Ondersteuning van de patiënt na ontslag wordt nog steeds door de stomaverpleegkundige op de polikliniek gedaan. Dit is het deel waar financiering voor nodig is.
Evalueren	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluatie (door de voorschrijver) kan leiden tot aanpassen behandelbeleid; het overstappen op een ander hulpmiddel, een andere behandelmethode, of het indelen in een zwaarder profiel. Dit moet mogelijk zijn zonder het financiële risico volledig bij de leverancier te beleggen.
Overig	<ul style="list-style-type: none"> • Bij een hoge inflatie moet er ruimte zijn om tarieven te indexeren, zodat het ook mogelijk is de hoge eisen uit de module te kunnen blijven naleven.

B6 Casuïstiek hulpmiddelenzorg

A – Compressiehulpmiddelen

Casus A1

Mevrouw heeft primair lymfoedeem links en varices met oedeem rechts. Mevrouw heeft voor haar lymfoedeem een ccl 6 nodig, zoals je begrijpt is dit een kostenplaatje waar wij als leverancier de dupe van zijn. Mevrouw draagt een AT ccl 3 met daaronder voor het linkerbeen een AG ccl3. Zij krijgt dus jaarlijks 2 stuks AT en 2 stuks AG, helaas redt mevrouw het niet met deze verstrekking en is er altijd een extra verstrekking noodzakelijk.

Casus A2

Jonge vrouw, draagt TEK: panty klasse 4 i.v.m. lymfoedeem aan het rechterbeen als gevolg van de behandeling n.a.v. cervixcarcinoom. Zij werkt fulltime en sport heel veel. Het oedeem in het rechterbeen fluctueert. De kousen worden om deze reden behoorlijk strak aangemeten. Helaas staat hierdoor het weefsel extra onder spanning. Buiten dit de kousen hebben ook veel te lijden onder haar intensieve leefpatroon. Wat juist heel goed is voor haar conditie. Echter na een maand of 4 vallen de gaten in haar kousen. Ze krijgt er twee stuks per jaar. Dit is uiteraard helemaal niet voldoende.

Casus A3

Vrouw van 53 jaar. Is bekend met lymfoedeem als gevolg van obesitas en recidiverende trombose. Dit betreft o.a. ook een hoge trombose. Vaattekening (collateraalvorming op de buik is aanwezig) Daarbij heeft ze ook nog eens lipoedeem. Ze draagt een klasse 3 panty, waarbij er minder druk zit in de buik i.v.m. de collateraal vorming. Ze doet mee aan een GLI-traject en valt hierdoor af. Wat ook het doel is. Dat de panty daardoor niet meer past is evident. Echter ze krijgt geen andere verstrekkingen dan twee paar per jaar, omdat ze geen indicatie verandering heeft. Bijzondere eis van de verzekering. Ze kan onmogelijk dit zelf betalen, omdat ze een uitkering heeft. Lichamelijk is ze niet in staat om te werken. En geestelijk heeft ze ook een beperking. Bij haar geboorte is er

een zuurstoftekort ontstaan in haar hersenen. Ze kan redelijk goed voor zichzelf zorgen. Ze heeft wel een partner (ook met een mentale beperking). Ze zorgt goed voor haar partner. Hij werkt wel bij de sociale werkvoorziening. Ze hebben het niet breed. Het is voor haar conditie en lichamelijk welzijn dus een vereiste dat ze afvalt. Maar ze krijgt daardoor niet de voor haar juiste hulpmiddelen.

Casus A4

Jonge man met het Klippel Trenaunay syndroom. Draagt hiervoor aan het rechterbeen een AG kous drukklasse 2. Met aftrek van de maten. Er is meerder malen geprobeerd om hier een drukklasse 3 van te maken. Echter dat heeft niet gewerkt. Hierdoor krijgt hij aderontstekingen. De strak opgemeten klasse 2 gaat goed. Echter die gaat eerder slijten. Hij doet met een verstrekking ongeveer 3 maanden. Daarna verliest deze kous zo zijn druk, dat hij ook weer aderontstekingen oploopt. Zelfs zo erg, dat hij soms wordt opgenomen in het ziekenhuis. Heeft hij een nieuwe kous die weer netjes op druk staat dan kan hij dit voorkomen. De man werkt volledig en heeft een jong gezin met 4 kinderen. Ook zijn vrouw werkt. Aangezien er een paar kinderen zijn met een rugzakje wat ook de nodige financiële belasting extra met zich mee brengt, kan hij vaak geen extra kousen zelf bij kopen. Waardoor hij soms naar eigen zeggen te lang met een te slappe kous rondloopt en zo bij de dermatoloog terecht komt.

Casus A5

Mevrouw heeft met haar hand een ongeluk gehad. Hierdoor heeft ze diverse operaties ondergaan en een revalidatie traject doorlopen. Ze kan nu redelijk functioneren in de praktijk met haar hand waar overigens alleen nog een soort van wijsvinger aanzit en een duim. Deze operatie is uitgevoerd o.a. met een gesteeld huidtransplantaat. Mevrouw kan prima functioneren met deze hand en wil geen verdere operaties. Helaas is er wel het nodige oedeem in dit gebied. Voorgescreven is compressie. In dit geval kunnen we niet meer geven dan een drukklasse 1 i.v.m. het gesteelde transplantaat. En dat is ook voldoende. Daar er veel transplantaten zijn met fragile bloedvoorziening kan er in dit specifieke geval alleen een drukklasse 1 verlengde handschoen op maat worden afgeleverd. Klasse 2 geeft eenvoudigweg te veel druk en kan mevrouw niet verdragen. Zij zal dit levenslang moeten dragen. De verzekering beweert dat dit onder medisch specialistische zorg valt.

Mevrouw heeft dit uiteindelijk zelf moeten bekostigen, ook al is zij hier eigenlijk niet toe in staat. We hebben geleverd een handschoentje op maat met wat siliconen erop gespoten voor extra grip in de klasse 1. Deze wordt niet vergoed door de verzekering omdat compressiehulpmiddelen pas worden vergoed vanaf een drukklasse 2. Deze druk kan ze echter niet verdragen en laat dat dan dus uit. Klasse 2 zou ook de bloedvoorziening van het transplantaat beperken, hetgeen duidelijk medisch ongewenst is. Ook het ziekenhuis wilde geen verstrekking betalen, omdat ze niet meer bij hen onder behandeling is.

Casus A6

Meneer 43 jaar werkt in de wegenbouw. Heeft dus zwaar werk. Hij is bekend met primair lymfoedeem. Hij heeft het Hennekam syndroom. Dit gaat vaak gepaard met standafwijkingen in pols en vingers. Hij heeft hierdoor een soort trigger vinger stand in de handen. Hierdoor heeft hij krachtsverlies. Hij draagt hiervoor 1x een AG drukklasse 3 met daarover heen een drukklasse 2 AD. Aan het rechterbeen en een AD-drukklasse 3 voor het linkerbeen. Daarnaast heeft hij ook een thoraxbandage. Het oedeem fluctueert in het gehele lichaam. De vergoeding die deze man krijgt is eigenlijk alleen toereikend voor 2x AG per jaar. Hier gaat hij ruim overheen. Daarnaast is er door de fluctuaties een aanslag op de duurzaamheid van de kousen. Ze gaan hierdoor minder lang mee. Ook zijn beroep brengt met zich mee dat zijn kousen regelmatig kapot zijn door hete asfalt spetters.

Casus A7

Mevrouw is 65. Heeft als kind brandwonden aan haar rug opgelopen. Zij is allang niet meer onder behandeling van een arts. En komt ook niet meer in het ziekenhuis. Ze kan prima functioneren. Ze zit zelf in de thuiszorg. Helaas heeft ze oedeem ontwikkeling op haar rug m.n. lumbaal. Ze heeft hierdoor pijnklachten en bewegingsbeperking. Door een thoraxbandage te dragen kan zij prima functioneren en heeft ze nauwelijks pijn. Ze krijgt echter maar 2 thoraxbandages per jaar. Door haar zware werk in de thuiszorg zweet ze best nogal eens. Een schone verstrekking aantrekken na het werk zit er met slechts twee bandages niet in voor haar.

Casus A8

Mevrouw na Wertheim procedure. Lymfoedeem in beide benen. Heeft maatwerk klasse 3 AG kousen. Nu uitgebreide metastasering waardoor haar conditie snel achteruitgaat en het haar niet meer lukt om haar AG kousen te dragen. Het irriteert als ze rust neemt en ze is de hele dag bezig met kousen aan, kousen uit. Zou gebaat zijn bij een nieuwe set kousen, eerder dan de termijn die ervoor staat en die wellicht niet volgens de regels zijn, dus soepeler, lagere drukklasse, zodat zij ze kan aanhouden als ze rust. Na overleg over de wensen van mevrouw heeft ze nu via aanmeetbedrijf onder coullance AD kousen klasse 2 met lagere stiffness gekregen. Product voldoet voor mevrouw prima. Aanmeetbedrijf neemt dus de kosten op zich, terwijl dit eigenlijk natuurlijk vergoed moet worden door zorgverzekeraar gezien de invloed op de kwaliteit van leven van deze mevrouw.

Casus A9

Een mevrouw met een zeer fors lipoedeem stadium 3, met overhangende kwabben, enorm cuffsign bij enkels. Mevrouw heeft een hele strijd met een aanmeetbedrijf achter de rug. Er zijn meerdere kousen gemaakt, AG, die allemaal niet werkten voor mevrouw doordat ze insnoerden, opolden en afzakten. Toen ze bij de laatste set aangaf dat ze bleven zakken kreeg ze letterlijk van het aanmeetbedrijf te horen: "wij kunnen niets meer voor u doen, dit is waar u het mee moet doen". Ze heeft gewacht tot ze weer recht op vergoeding had en heeft zich toen tot een ander aanmeetbedrijf gericht die nu samen met haar aan het kijken is wat voor haar een oplossing zou kunnen zijn

Casus A10

30-jarige dame, jong gezin, werkt in een tuincentrum, lymfoedeem arm na okselklierdissectie i.v.m. melanoom. Draagt consequent haar armkous en handschoen. Doordat ze op haar werk vaak dingen vast pakt slijten haar handschoenen snel waardoor ze het echt niet redt met 2 handschoenen per jaar. In eerste instantie krijgt ze te horen dat er echt maar twee handschoenen per jaar vergoed worden. Na een uitgebreide aanvraag is het uiteindelijk wel goed gekomen; ze heeft toestemming voor 4 handschoenen per jaar. Maar veel patiënten zouden zich bij de eerste afwijzing er al bij neergelegd hebben en het zelf zijn gaan betalen.

Casus A11

Patiënte heeft eenzijdig secundair lymfoedeem in de hand na behandeling mammacarcinoom. Het lymfoedeem in haar hand beperkt haar werk als administratief medewerkster. Zij heeft een proactieve houding, wil niet afhankelijk zijn van therapie en wil zo snel mogelijk weer kunnen werken om haar baan te kunnen behouden en zo zeker te zijn van haar inkomsten. Een standaard therapeutisch elastische handschoen blijkt haar lymfoedeem niet voldoende te kunnen weghouden en er wordt gezocht naar een alternatief. Een verbandhandschoen met polstermateriaal lijkt een goede oplossing. Er zijn verschillende typen echter kan niet worden uitgetest welke het beste werkt bij deze patiënte omdat er maar drie handschoenen per jaar worden vergoed. Daarnaast slijt het materiaal van deze handschoenen erg snel waardoor de patiënte al snel met verminderde druk op haar hand moet functioneren waardoor het lymfoedeem terugkomt en zij weer beperkt wordt in haar dagelijks functioneren. Hierdoor moet zij vaker voor oedeemtherapie bij de huidtherapeut komen. Juist bij deze patiënte is het van zeer groot belang dat het systeem rond vergoedingen van deze hulpmiddelen 'vraaggestuurd' is ingericht zodat passende zorg geleverd kan worden. Het huidige systeem werkt zelfmanagement tegen en maakt patiënte therapie-afhankelijk.

B – Continentiehulpmiddelen

Casus B1

Via een medische speciaalzaak krijgen patiënten de laatste tijd regelmatig te horen dat er materialen niet meer leverbaar zijn. Als de continetie verpleegkundige dit checkt bij een andere medische speciaalzaak kunnen zij wel leveren. Het blijkt dat eerstgenoemde speciaalzaak ongeveer 1 jaar geleden alle voorraden naar beneden heeft gebracht en nu dus in de problemen komt omdat sommige producten inderdaad vertraging hebben. Er zijn bij sommige producten leveringsproblemen (door de grondstof tekorten). Ook geven ze dan vervangend materiaal (converteren). Waarbij een wijkverpleegkundige dacht, nu heb ik al 2 patiënten die snel problemen hebben met verstopping van de katheter en voorheen nooit. Ging ze eens opzoeken bij een van de patiënten op internet welke katheter de patiënt had gekregen, bleek dit een katheter voor kortdurend te zijn i.p.v. langdurig.

Casus B2

Man met residublaas en moet CIC (Clean Intermitterend Catheteriseren) aanleren. Dit lukt niet door hem zelf en we besluiten dat thuiszorg dit komt doen voor 2x per dag. Omdat de thuiszorg het komt doen besluit de continetieverpleegkundige om middels functioneringsgericht voorschrijven een katheter met sleeve en geïntrigeerde urineopvangzak voor te schrijven. De aanvraag komt bij de medische speciaalzaak binnen en deze besluit dat deze katheter duur is en schrijft de katheter met sleeve voor maar dan met een losse urineopvangzak. Dit zonder overleg en tegen de patient zeggen ze dat het niet vergoed wordt, maar dit is totaal niet aan de orde. Het is voor de medische speciaalzaak goedkoper.

Casus B3

Mevrouw A te B., 52 jaar oud heeft ernstige jeuk in het vulvagebied. De jeuk is zeer hevig en mevrouw wordt er ook 's nachts wakker van. Er is geen afscheiding en mevrouw heeft ook nooit last gehad van genitale schimmelinfecties. Er is wel sprake van licht urineverlies. De seksuele activiteit is duidelijk verstoord. Bij seksuele opwindning blijven de slijmvliezen droog. Zij gebruikte dan een glijmiddel, maar mevrouw heeft de indruk dat de ingang van de vagina nauwer is geworden.

Onderzoek:

Bij een lichamelijk onderzoek door een specialist toont de vulva een opvallende witte verkleuring van de huid. Het oppervlak glimt. De labia minora is getrofieerd, de capuchon van de clitoris is verdikt en niet goed verschuifbaar. Bij het labium minus is de huid duidelijk verdikt. De witte verkleuring is niet te zien bij het perineum en evenmin naar de vagina. Tijdens het onderzoek was de ingang van de vagina niet door twee vingers toegankelijk en was niet goed spreidbaar.

Diagnose:

Deze symptomen passen goed bij het ziektebeeld Lichen Sclerosus vulvae. Deze aandoening komt vooral voor bij vrouwen tussen de 45 en 60 jaar. Regelmatig komt voor dat vrouwen (boven de 50) niet naar de huisarts gaan door schaamte en routinematig gynaecologisch onderzoek bij deze generatie ongebruikelijk is. Hierdoor komt deze aandoening niet of laat aan het licht.

Behandeling:

Maligniteit is bij deze patiënt uitgesloten. Hierdoor kan een behandeling gestart worden met een corticosteroïdzalf. Door deze zalf verdwijnt de jeuk. Als de laagst mogelijke onderhoudsdosis van de corticosteroïdzalf is vastgesteld, kan men volstaan met controle om de 4 à 6 maanden. De controle moet wel levenslang blijven plaatsvinden.

De juiste oplossing voor incontinentieproblematiek:

Voor het lichte tot matige urineverlies is de volgende oplossing beschikbaar:

Wasbaar 100% Bamboe of katoenen disposable incontinentiemateriaal

Bij Lichen Sclerosus is de huid extra gevoelig voor beschadigingen. Daarnaast geeft de deze aandoening pijn bij de genitaliën. Regulier disposable incontinentiemateriaal geeft daardoor meer problemen dan oplossingen. Een wasbaar incontinentiemateriaal of katoenen materiaal is zachter en blijkt in de praktijk hierdoor meer comfort te bieden dan regulier incontinentiemateriaal. Daarnaast moet de patiënt vette zalven smeren, welke een negatief effect hebben op de absorptie van regulier incontinentiemateriaal. Bij de wasbare of katoenen materialen is dit effect minder aanwezig. Mooie bijkomstigheid is dat zowel de wasbare materialen als de katoenen disposable materialen beter zijn voor het milieu en langer meegaan.

Probleem:

Binnen een dagprijssystematiek is dit materiaal niet goed te leveren.

C – Diabeteshulpmiddelen**Casus C1**

Man van 70 jaar oud met Type 1-Diabetes heeft geen indicatie rtCGM. Zijn HbA1c bloedwaarde moet volgens regels 4 kwartalen >64 zijn (internationale streefwaarde is 53). Meneer zit op 63. Meneer ontwaakt standaard 2x per nacht om de glucose te controleren en meneer heeft veel 'diabetes distress'. Met een rtCGM zou meneer een Hybride Closed Loop in gebruik kunnen nemen, welke bewezen de HbA1c en diabetes distress verlaagt.

Probleem: Huidige beperkte indicaties rtCGM blokkeren functioneringsgericht voorschrijven.

Oplossing: Indicaties verbreden.

Casus C2

Volwassen werkende man heeft Type 1-Diabetes en ziekte van Addison. Ziekte van Addison is een zeldzame ziekte die invloed heeft op glucosewaarden. Meneer heeft regelmatig last van onvoorspelbare hypoglycemien. Meneer heeft geen indicatie rtCGM. Arts vraagt Zorgverzekeraar om uitzondering te maken. Deze mogelijkheid is ook afgesproken in het Platform en te lezen in het consensusdocument. Zorgverzekeraar geeft aan dat meneer een goede reden heeft een uitzondering te maken, maar dat zij standaard geen uitzondering maakt.

Probleem: Huidige beperkte indicaties rtCGM blokkeren functioneringsgericht voorschrijven. Zorgverzekeraar houdt zich niet aan afspraak.

Oplossing: Indicaties verbreden. Zorgverzekeraar kunnen dwingen zich aan de afspraak te houden.

Casus C3

Vrouw wil rtCGM maar zorgverlener vertelt dat zij geen aanspraak maakt vanwege niet hoog genoeg HbA1c. Bij nader inzien blijkt vrouw hypo-unaware (HU).

Probleem: Zorgverleners zijn niet voldoende op de hoogte van indicatiecriteria of stellen diagnose HU niet goed.

Oplossing: Indicaties verbreden. Zorgverleners scholen.

Casus C4

Meneer verbruikt meer test trips dan normaal vanwege bijkomende problemen. Machtigingsformulier voor meerverbruik werd goedgekeurd, maar is kwijtgeraakt. Meneer moest zelf bellen van verpleegkundige naar hulpmiddelenleverancier naar verzekering en weer terug om uiteindelijk de juiste materialen te krijgen.

Probleem: Aanvragen/machtigingen gaan niet altijd goed, persoon moet vervolgens zelf overal achteraan.

Oplossing: Serviceverlening, 1 aanspreekpunt.

Casus C5

Kind krijgt nieuwe insulinepomp, maar verschillende infusiesets blijken problemen te geven i.v.m. allergie. Kind wil terug op het oude merk insulinepomp, maar ondervindt problemen met vergoeding, geen goed loket voor probleem.

Probleem: Vergoeding voor 1 pompsysteem per 4 jaar, geen goede retourregels.

Oplossing: Flexibel overstappen op ander hulpmiddel, serviceverlening, 1 aanspreekpunt.

D – Prothesehulpmiddelen

Medische situatie:

Alle 3 patiënten hebben amputaties van de gehele vinger of een deel van de basisphalanx (=net voorbij de knokkel) van de wijsvinger en middelvinger van hun dominante hand en het eindkootje van de duim. De oorzaak van het handletsel is in 2 gevallen een bedrijfsongeval, in 1 geval een vuurwerkexplosie. De functie van de ringvinger en pink is heel wisselend. Bij 1 persoon is deze slecht, bij de 2^e persoon sterk verminderd, de 3^e heeft overbelastingklachten doordat hij vingers mist. Als gevolg van het letsel kunnen 2 personen de ringvinger en pink niet volledig buigen. Voorwerpen vastpakken is lastig. Manipuleren van voorwerpen is door het gemis van wijsvinger en middelvinger groot. Kleine voorwerpen en dunne voorwerpen vastpakken is door de kortere duim en de minder goed te buigen ringvinger lastig.

Casus D1

Meneer G. is alleenwonend en redt zich prima in het dagelijks leven. Ervaart niet echt problemen omdat hij heel probleemoplossend is. Hij wil graag actief kunnen pakken en voorwerpen kunnen vasthouden. Hij wil zijn eigen huishouden kunnen doen, kunnen koken, schoonmaken, kunnen fietsen en autorijden. Belangrijk is dat hij weer kan gaan werken. Hij werkte als glaszetter en schilder. Glas zetten zal te zwaar zijn. Mogelijk lukt schilderen als het hem lukt om dit links-handig te leren.

Doel prothese:
actief kunnen grijpen-iets vasthouden.

We hebben gekeken naar de manieren van *actief kunnen grijpen*. Omdat hij wijs- en middelvinger helemaal mist en een korte duim heeft die moeilijk t.o.v. de vingers kan bewegen is het lastig om een passende prothese te kiezen.

- Ik heb als ergotherapeut een proefprothese voor de duim gemaakt van spalkmateriaal. Verlenging van de duim maakt dat hij de ringvinger beter kan bereiken. Hij gebruikt zijn rechterhand daardoor meer. Een fles limonade valt hem echter uit de hand omdat de fles een te grote doorsnede heeft.
- Hij mist de gehele wijs- en middelvinger waardoor een lichaamsbekerachtige prothese niet kan (kosten tussen de €7000-15.000,-). Een myo elektrische vingerprothese lukt niet, omdat de aansturing lastig is (duimmuis ontbreekt, fitting hindert het bewegen van de duim) en de prothesevinger alleen in het eerste kootje buigt, waardoor de top van de prothesevinger en de duim elkaar niet raken. Conclusie: actief grijpen gaat niet lukken.
- Alternatief is een passief verstelbare vinger. Die druk je met je linkerhand tegen een voorwerp aan en de vinger neemt dan een gebogen vorm aan. Je kunt met deze vinger iets vasthouden bijv. hengel van een emmer, maar je hebt dan je andere hand nodig (kosten van zo'n vinger ong. 1500,- per vinger).
- Er zal een statische siliconen duimprothese komen en mogelijk e 1 of 2 passief verstelbare vingerprothesen.

Casus D2

Meneer M. is ook alleenwonend. Hij werkt als timmerman in de betonbouw en werkt met gereedschap en diverse accuboormachines. Het is belangrijk dat hij de accuboor stevig kan vasthouden en de knop kan bedienen. Hij moet een hamer kunnen gebruiken en op/onder dingen kunnen klauteren. Hij wil zijn huishouden kunnen doen, kunnen auto- en als het kan ook kunnen motorrijden. Meneer heeft nog een klein stukje van de basisphalanx (basiskootje) van wijs- en middelvinger. De duim is goed beweeglijk; hij mist alleen het eindkootje. De ringvinger is in het eerste kootje vastgezet en kan dus alleen vanuit de knokkel bewegen, de pink kan normaal buigen. Het is belangrijk dat hij de accuboormachine kan omvatten. Dat doe je normaal gesproken met de middel-, ringvinger en pink; je wijsvinger bedient de knop.

Doel prothese: *gereedschap stevig kunnen vasthouden, knop van accuboor kunnen bedienen.*

- We hebben een proefprothese gemaakt van spalkmateriaal. Een statische prothese waar hij voorwerpen tegen aan kan drukken helpt patiënt om iets vast te houden. Lijkt prettig. Echter zit in de weg bij het bedienen van de knop.

- Actief grijpen met een lichaamsbekrachtigde prothese is lastig, omdat de vingerkootjes te kort zijn. Knop bedienen is lastig met deze prothese, omdat je je gevoel mist. Je moet dan steeds kijken waar je zit.
- Uiteindelijk hebben we gekozen voor adaptaties aan gereedschap en machines: een band die over de handrug loopt waardoor hij makkelijker het gereedschap/machines kan vasthouden doordat hij met ringvinger en pink hoeft te klemmen. Hij kan dan de knop bedienen met de pink.
- Eindafrekening: therapietijd voor het aanpassen van het gereedschap. Geen protheseverstrekking.

Casus D3

Meneer B, getrouwd. Doet het huishouden samen met echtgenote. Heeft veel creatieve en muzikale hobby's. Amputaties van de vingers is al langer geleden. Hij heeft last van kramp in zijn hand en ontwikkelt nu duimklachten omdat hij zover moet buigen met de duim om voorwerpen met de duim en ringvinger te pakken.

Doel prothese: spullen kunnen vasthouden waarbij de duim niet zover buigt.

- We hebben een proefprothese gemaakt van spalkmateriaal. Een statische prothese waar hij voorwerpen tegen aan kan drukken help hem om iets vast te houden. Het richeltje op de prothese maakt dat hij een penseel of pen veel beter kan vasthouden.
- Eindafrekening: statische prothese op maat (€6000,-).

Casus D4

(van een van onze leden)

Deze brief schrijf ik om een waarschuwing te geven aan beenprothesegebruikers met een bepaald type knie. Ik hoop dat mijn ervaring met het niet-verkrijgen van een nieuwe knie jullie bespaard blijft.

Voordelen

Ik loop al meer dan 6 jaar op een voor mij geschikte knie. Dit met veel voldoening en plezier. Het is echt weer een andere dimensie in het prothese-lopen en een merkbare verbetering in vergelijking met een andere knie, waar ik zo'n twaalf jaar op heb gelopen. Het looppatroon is veel natuurlijker, de aanslag van het onderbeen is niet merkbaar en je kunt op een gebogen knie je volle gewicht plaatsen. Ik heb volledig vertrouwen in de veiligheid van de knie. En ik

kan met veel gemak en souplesse van een heuvel of trappen aflopen. Waarschijnlijk zijn er nog wel meer voordelen. Ik ben er zeer tevreden mee.

Vervanging nodig

Na zes jaar heeft een prothesegebruiker recht op vervanging van zijn prothese. De fabrikant stopt dan het onderhoud en neemt geen verdere verantwoordelijkheid voor eventuele gebreken. Ik ben een van de eerste gebruikers van dit soort knie. De fabrikant heeft de verzekeraar indertijd gewezen op het feit dat de knie na zes jaar vervangen moet worden. Er was dus een fikse kostenpost te verwachten. Daarnaast is op landelijk niveau tussen verzekeraars, de organisatie van revalidatieartsen en de orthopedische werkplaatsen afgesproken dat een beenprothese na de gebruiksduur vervangen moet kunnen worden.

Weigering

In oktober 2018 heb ik mijn revalidatiearts gevraagd een aanvraag op te stellen voor de vervanging van mijn knie. In december 2018 is deze aanvraag door mijn instrumentmakerij toegelicht en opgestuurd naar de verzekeraar, mijn verzekeraar accepteert de aanvraag echter niet. Zij stelt dat de werkplaats mij eerst maar andere (goedkopere) knieën moet laten testen. Wat een onzin!! En dat voor een beenprothesegebruiker die al 45 jaar op een beenprothese loopt en alle ontwikkelingen heeft meegemaakt en uitgete probeerd. Ik heb proefondervindelijk vastgesteld dat de knie mij het meeste gemak, veiligheid en kwaliteit van leven biedt.

Respectloos

Het is nu april 2019. Ik heb nog steeds geen duidelijkheid over de knie. In maart 2019 is er een reactie van de verzekeraar gekomen, waarin zij op geen enkele manier ingaan op de argumenten van de revalidatiearts en de werkplaats in de aanvraag. Wederom wordt de werkplaats gevraagd andere knieën bij mij uit te proberen. Zo dienen mensen toch niet met elkaar om te gaan! Wees eerlijk en zeg dat je zo'n dure knie niet wilt vergoeden en ga de strijd aan. Maar deze tactiek van uitstel en hopende op afstel is respectloos. Ik voel mij sowieso respectloos behandeld als verzekeringnemer. Ik word op geen enkele manier betrokken in de afweging. Mij wordt niets gevraagd over mijn keuze en ervaringen.

Casus D5

► Verzekeraar wil speciale sportprothese niet vergoeden

Geen dure blade voor sportieve Dianne

Dolblij was Dianne Vugts dat ze na de amputatie van haar onderbeen weer kon sporten. Maar een sportprothese ligt buiten haar bereik door een verzekeringskwestie.

Ellen van Gaalen

Vlijmen

Na een ongelukkige val in de badkamer raakte de enkel van Dianne Vugts (49) uit Vlijmen zwaar geblesseerd. Na vele operaties kwam de conclusie dat Vugts uitbehandelde artrose en pijnsyndroom had opgelopen. Ze kon niet meer lopen en zat in een rolstoel. „Ik had zo vreselijk veel pijn, ik kon die enkel al niet meer gebruiken. Maar ik wilde nog zo veel”, vertelt ze. En nee, daar paste een rolstoel niet bij. Ze wilde haar bedrijf draaiende houden en weer lekker kunnen sporten. „Dus ik dacht: als die pijn weg is, kan ik verder leven.” Vugts liet de mogelijkheden voor een amputatie onderzoeken en kreeg groen licht. „Ik werd na de narcose wakker en voelde geen pijn meer. Ik was een dolgelukkig mens.”

Al snel wilde ze haar sport oppakken. Via een proef mocht ze drie maanden een blade uitproberen om hard te lopen. „Dat ging zo bizar goed en was zo tof”, zegt ze. Maar toen Vugts via de zorgverzekering een blade probeerde te krijgen, liep ze tegen gesloten deuren. Ze kon alleen een 'gewone' prothese krijgen. „Maar daarmee kan je misschien 200 meter lopen. Dat was niet genoeg.”

De Vlijmense probeerde haar zorgverzekeraar Interpolis te overtuigen dat een sportprothese haar gezondheid verbeterd, maar kreeg geen gehoor. Daarom zag ze geen andere optie dan een rechtszaak aan te spannen. De dagvaarding is net de deur uit. „Dat ik voor een luxe variant zou moeten bijbetalen, snap ik. Dat we niet een prothese voor fietsen én hardlopen kunnen krijgen, snap ik ook. Maar dat we helemaal niets krijgen, snap ik niet.” Een blade kost tussen de 6000 en 12.000 euro, en daarnaast zijn er onderhoudskosten.

Vergoeding

SP-Kamerlid Michiel van Nispen vraagt vandaag tijdens een debat in de Tweede Kamer aandacht voor de vergoeding van sportprothesen. „Het belang van bewegen is groot. Mensen

met een beperking moeten ruimhartig hulpmiddelen kunnen krijgen”, vindt hij.

Volgens Kenniscentrum Sport & Bewegen vallen sportprothesen al onder de zorgverzekeringswet. „We zien alleen dat aanvragen vrijwel altijd worden afgewezen”, aldus adviseur Lonneke Schijvens. Zorgverzekeraars stellen telkens dat een sportprothese 'niet doelmatig' is.

Het kenniscentrum ziet dat anders. Uit berekeningen blijkt dat sport-hulpmiddelen zichzelf vanzelf terugverdienen. Gemiddeld leveren die 75.000 euro aan besparingen op aan zorgkosten en de arbeidsproductiviteit neemt toe. „Zorgverzekeraars zeggen vaak dat ze zich meer willen richten op preventie. Daar zou dit goed bij aansluiten”, stelt Schijvens.

Individueel geval

Interpolis wil niet ingaan op individuele gevallen. De verzekeraar stelt dat in het basispakket 'een prothese zit om mee te doen aan het maatschappelijk verkeer'. „De samenstelling van het pakket wordt bepaald door de overheid op advies van het Zorginstituut. Interpolis beslist daar niet over”, aldus een woordvoerder.

Zorgverzekeraars Nederland meldt dat voor de vergoeding van sportprothesen 'maatwerk' geldt. „Er wordt onder meer gekeken naar het gebruik van zo'n prothese”, zegt een woordvoerder. „Over wat wel en wat niet onder de basisverzekering valt, gaat de overheid op advies van het Zorginstituut.”

Michiel Geldof van Zorginstituut Nederland zegt op zijn beurt: „Bij een aanvraag wordt gekeken of een dergelijke prothese voor de individuele verzekerde een adequate en niet onnodig dure voorziening is.” De persoonlijke omstandigheden van de aanvrager geven daarbij de doorslag.

Dianne Vugts laat het oordeel aan de rechter. Ze is ervan overtuigd dat ze kans maakt. Ze hoopt het, vooral om de weg vrij te maken voor mensen die in hetzelfde schuitje zitten. „Het is een principekwestie. Er zijn zo veel andere jonge, actieve mensen die na zo'n ingreep nog iets van hun leven willen maken.”



▲ Dianne Vugts liet haar onderbeen amputeren, omdat ze voortdurend pijn had. Ze krijgt alleen een gewone prothese vergoed.

FOTO KOEN VERHEIJEN

“**Dat ik voor een luxe variant zou moeten bijbetalen, snap ik. Maar niet dat ik helemaal niets krijg**”

Ministerie trekt 1,5 miljoen euro uit voor hulpmiddelen voor gehandicapte sporters

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een tijdelijk budget van 1,5 miljoen euro voor sportprothesen en andere sporthulpmiddelen, zoals handbikes en rolstoelen. Tot nu toe maakten veertien mensen daar gebruik van; er lopen nog tien aanvragen. De pot is tijdelijk, omdat sportprothesen bij de zorgverzekeraars ho-

ren, zegt VWS. „Maar de huidige wetgeving lijkt onvoldoende duidelijkheid te verschaffen over welke financiële ondersteuning geboden wordt bij de aanschaf van een sporthulpmiddel. Het is aan de zorgverzekeraar om te besluiten of een sporthulpmiddel vergoed wordt”, aldus woordvoerder Tom Elbersen.

Het ministerie is met zorgverzekeraars (en

gemeenten, die over andere sporthulpmiddelen gaan) in gesprek om meer duidelijkheid te krijgen. „Het is belangrijk dat iedereen die wil sporten en bewegen dit ook kan, ongeacht je handicap. Als een sporthulpmiddel noodzakelijk is, moet gekeken worden op welke manier dit bereikbaar en beschikbaar is voor mensen met een handicap.”

E – Stomahulpmiddelen

Casus E1 - ileostoma

Personalia: Mevrouw R, 58jr

Diagnose: mevrouw is een vitale vrouw waarbij bij het bevolkingsonderzoek een proces in het rectum is gevonden. 10 cm van de anus, stadium classificatie T2N1M0. Hiervoor ondergaat mevrouw een chirurgische ingreep. De chirurg doet laparoscopische of Anterior Resectie met tijdelijke dubbelloops ileostoma. Uit de uitslag van het PA-onderzoek bleek dat er 3 lymfeklieren positief waren. Mevrouw is aan de chemotherapie gegaan, FOLFOX kuren

Voorgeschiedenis: reuma, appendectomie

Sociale status: getrouwd, 2 kinderen 24-28 jaar, 1 kleinkind van 5 mnd. Mevrouw werkt 24 uur per week op een makelaarskantoor.

Stoma: dubbelloops ileostoma

Materiaal: 1delig vlak open systeem. Mevrouw wisselt het materiaal 1 x daags. Mevrouw heeft door de chemotherapie last van een zeer gevoelige huid. Het verwijderen van materiaal moet zorgvuldig gebeuren. Dit doet zij en dit gaat goed. Na de tweede chemotherapie krijgt mevrouw last van neuropathie in de handen. De grip in de handen werd minder, waardoor het verwisselen van materiaal minder goed ging. Om het materiaal goed te kunnen verwijderen is er een removerspray voor geschreven. Hierdoor kan zij de stoma zelf blijven verzorgen en daarbij ging het materiaal makkelijker van de huid. De huid bleef daardoor beter intact. Echter de verzekering vergoedt de removerspray niet. Mevrouw heeft nu hulp nodig om de stoma te verzorgen, terwijl zij zelfstandig had kunnen blijven.

Casus E2 - Littekenbreuk



Casus E3 - Prolaps

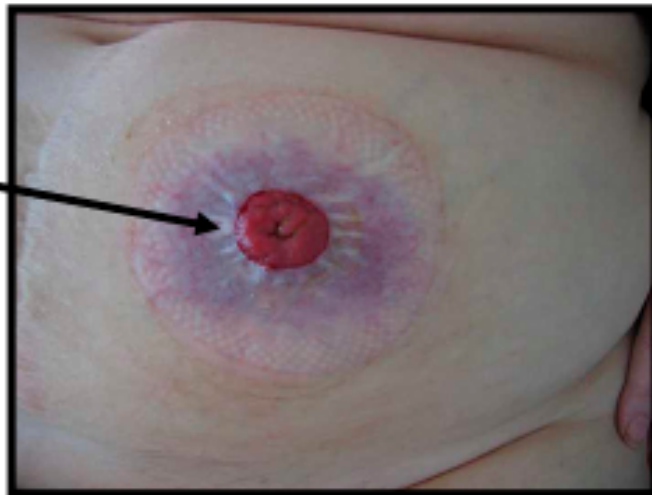
<p>Man 79 jaar met doorgegroeid rectumcarcinoom niet operabel met levermetastases en alleen aanleg pallatief dubbelloops colostoma in de spoedsetting vanwege obstructieklachten</p>	<p>Meneer woont zelfstandig met echtgenote. Hij verzorgt echtgenote die versleten heupen heeft en licht dementerend is. Meneer moet zijn vrouw in en uit de stoel helpen en in en uit bed. Hebben thuiszorg voor echtgenote en nu ook voor hem voor de stomazorg 3 x per week om de huidplaat te vervangen.</p>
<p>Meneer belt vanuit thuis op (hij heeft nu 4 weken het stoma) met de klacht: mijn stoma komt heel ver naar buiten, mijn zakje zit vol met darm. Meneer direct naar polikliniek stomazorg laten komen, Hij moet eerst nog vervoer regelen met dochter. Feces komt nog normaal, geen pijn in de buik, niet misselijk en hr eet gewoon.</p>	
<p>Meneer gebruikt 2-delig braun flex materiaal en vervangt zelf het zakje of leegt het zakje en voor de huidplaat heeft hij hulp van de thuiszorg. Bestelt materiaal bij medisch speciaalzaak</p>	
<p>Op polikliniek stomazorg de prolaps gereponeerd, de huid rondom stoma is intact. Uitleg gegeven en folder prolaps meegegeven. Leefadviezen besproken o.a. tilaspect, aangezien hij de zorg voor zijn partner heeft. Meneer heeft een corrigerende buikband nodig om tegendruk te geven om herhaling prolaps tegen te gaan. Daarbij ook functi ondersteunend, gezien hij niet om 'tilaspect' van partner heen kan i.v.m. mantelzorgfunctie. Een ondersteunende buikband wordt bij een prolaberend stoma niet vergoed door de zorgverzekeraar. Voor nood vanuit ziekenhuis een elastieke band met klittenband te geven om directe tegendruk te geven. Deze band is niet goed op maat en daarom is een band op maat noodzakelijk. De medisch speciaalzaak heeft op hun kosten uit coulance een specifieke op maat passende band bij dhr aangemeten, zodat deze niet steeds weer telescopisch uitrolt naar buiten.</p>	

Casus E4 - Lijmoplosser

Mevrouw K 51 jaar oud
colostoma vanwege rectumcarcinoom
2.5 jaar later;partiele leverresectie
1 jaar later: obstructie icterus door maligne proces tussen de pancreaskop en vena cava, daarbij stenosering van de ductus choledochus. Een biliaire wall-stent wordt geplaatst.
Mw gebruikt 1-delig colostomazakje

Observatie:

- Opmerkelijke blauwe verkleuring, de huid is soepel.
- Het bloedt gestaag vanuit de overgang van stoma naar huid



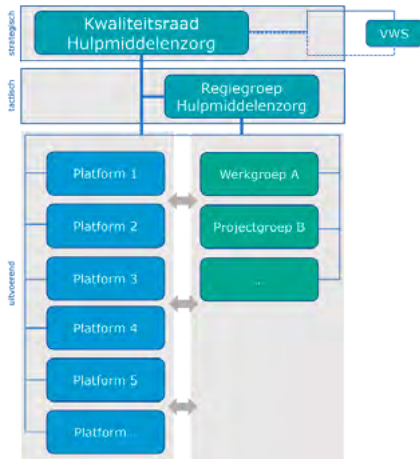
Diagnose: stomavarices

- Advies: Verzorgingstips
- Zo min mogelijk manipuleren aan het stoma om bloedingskans te minimaliseren, om die reden over gegaan op 2-dlg materiaal + lijmoplosser gebruiken!
- Voorzichtig deppend reinigen en niet poetsen.
- Koud water gebruiken.
- **Uitleg belang lijmoplosser gebruiken ondanks niet vergoed!**

B7 Hulpmiddelenzorg in één oogopslag

INRICHTING INHOUD

De samenwerkende partijen in de hulpmiddelenzorg worden gevormd door patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, leveranciers en producenten. Zij werken samen in platforms rondom specifieke hulpmiddelen. In de 'Kwaliteitsraad Hulpmiddelenzorg' zijn afgevaardigden vanuit deze partijen gezamenlijk verantwoordelijk voor de voortgang van de samenwerking. Ze geven sturing aan een strategische agenda en nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor knelpunten die ontstaan. De 'Kwaliteitsraad Hulpmiddelenzorg' kent een onafhankelijke voorzitter. De platforms zijn georganiseerd rondom specifieke (soorten) hulpmiddelen; deze platforms worden voorgezeten door onafhankelijke voorzitters. Zij vormen gezamenlijk de regiegroep, die over de platforms heen bekijkt welke thema's spelen, waar zich knelpunten voordoen, wat in de kwaliteitsraad besproken moet worden, etc. Waar nodig kunnen rondom thema's of onderwerpen werk- of projectgroepen worden ingericht.



Vanuit de 'Kwaliteitsraad Hulpmiddelenzorg' vindt afstemming en overleg met het Ministerie van WVS plaats. Ook zijn er contacten met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland.

De samenwerking kent een '**Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg**' als uitgangspunt. Van daaruit zijn naar een vijftal modules specifieke afspraken uitgewerkt voor bepaalde (soorten) hulpmiddelen.

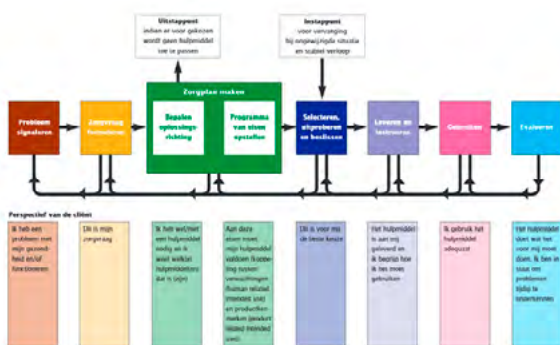
Eén van de belangrijkste waarborgen m.b.t. kwaliteit van de hulpmiddelenzorg gaat over het zogenaamde '*functioneringsgericht voorschrijven*'. Dit houdt in dat bij de keuze van een hulpmiddel rekening gehouden wordt met de problemen in het functioneren van de verzekerde. Zijn of haar perspectief en leefomstandigheden staan centraal. Het 'Generieke Kwaliteitskader' gaat uit van de drie perspectieven uit de International Classification of Functioning, Disability and Health 5 (ICF5) om het functioneren van mensen te beschrijven:

- De stoornissen van de cliënt: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.
- De beperkingen van de cliënt: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van bepaalde activiteiten zoals zitten, schoonmaken of boodschappen doen.
- De participatieproblemen van de cliënt: problemen in deelname aan het maatschappelijk leven, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, interacties en relaties.

De zorgprofessional benoemt samen met de cliënt wat hij of zij wil, kan en mag en wat hij of zij van het hulpmiddel verwacht. Vervolgens maken zij de koppeling met wat het hulpmiddel kan bieden. Zo ontstaat de beste match tussen de behoefte/vraag en wat er verkrijgbaar is aan hulpmiddelen.



SAMENWERKING HULPMIDDELENZORG



Een groot deel van de uitvoering vindt plaats in de relatie tussen zorgprofessional en gebruiker ('cliënt'). In die relatie gaat het om informeren, adviseren, aanmeten, instrueren, begeleiden van het gebruik, etc. Bovenstaand schema (bron: Nictiz) laat de verschillende stappen zien in het zorgproces. Om de goede hulpmiddelen te koppelen aan de behoefte van de gebruiker is het belangrijk dat de zorgverzekeraars ervoor zorgen dat zij voldoende én de juiste hulpmiddelen inkopen, zodat voor verzekerden ook de juiste hulpmiddelen beschikbaar zijn. Verzekeraars vertalen de afspraken uit het 'Generiek Kwaliteitskader' en bijbehorende modules naar hun inkoopdocumenten en contracten met zorgaanbieders en leveranciers.

De samenwerking in de hulpmiddelenzorg is gebaat bij continue verbeteren. Daarom is evalueren op diverse 'niveaus' van belang:

- Modules: elke modules kent specifieke afspraken en betrokken partijen. Het is belangrijk met elkaar te bespreken hoe het gaat. Wat werkt goed in praktijk; waar worden knelpunten ervaren en hoe komt dat?
- Generiek kwaliteitskader: ook de meer algemene en bovenliggende afspraken vragen zo nu en dan aandacht. Dat kan 'licht onderhoud' zijn maar soms is ook een meer stevige 'revisie' nodig.
- Uitkomsten: bereiken we met de samenwerking in de hulpmiddelenzorg de juiste uitkomsten voor gebruikers? Uiteindelijk is dát het doel van deze samenwerking. De samenwerkende partijen hebben afgesproken te gaan onderzoeken of een 'Monitor hulpmiddelenzorg' een bruikbaar instrument is om geregeld in beeld te brengen welke impact er nou daadwerkelijk gerealiseerd wordt, zowel voor gebruikers individueel, maar ook op systeemniveau.
- Samenwerken: ook het samenwerken zelf vraagt onderhoud. Het hebben van een structuur, het opschrijven van spelregels voor de samenwerking...het is goed hier met enige regelmaat bij stil te staan. Houden we ons aan de gemaakte afspraken? Past de structuur die we bedacht hebben nog bij wat we willen bereiken?



UITVOERINGSPRAKTIJK EVALUEREN