

IMPRESSIE VAN HET SEMH SEMINAR

Het jaarlijkse SEMH-seminar heeft dit jaar opnieuw als thema de verdere protocollering en het toepassen van richtlijnen in de praktijk. De SEMH gaat nader in op de ontwikkelingen in de markt met betrekking tot dit thema: van product naar zorg.

De SEMH heeft dit jaar de haarwerkbranche een aparte uitnodiging gestuurd. Er is vandaag geen workshop voor deze branche. Dat is ondermeer veroorzaakt door het feit dat voor deze branche nog geen protocol c.q. richtlijn is ontwikkeld. De SEMH is van plan om in het najaar, als de richtlijn voor dit vakgebied is opgesteld, een soortgelijk seminar als vandaag te herhalen voor de HWK-leveranciers.

Vanaf 12.00 uur worden de deelnemers ontvangen met een lunch. Om 13.00 uur start het plenaire gedeelte in de grote zaal.

Dagvoorzitter is de heer Johan Blaazer. Hij heet de aanwezigen welkom en roept de heer René Offers, voorzitter van het bestuur van de SEMH, op het podium.

VERLEDEN, HEDEN EN TOEKOMST VAN DE SEMH

De heer Blaazer feliciteert de heer Offers met het 15-jarig bestaan van de SEMH. De heer Offers geeft aan dat er een team mensen is dat zich binnen de SEMH met de hulpmiddelenzorg bezighoudt. Hij is er van overtuigd dat dit aantal nog zal toenemen.



15 Jaar geleden is gestart met twee erkenningsregelingen: Orthopedische Schoenteknik en Orthopedische Instrumentmakerij. Het initiatief voor de SEMH is gekomen vanuit de toenmalige ziekenfondsen. Deze zochten deskundigen die hulpmiddelen verstrekken vanuit een goede basiskwaliteit. In 2003 zijn door de overheid nieuwe spelregels vastgesteld voor de zorgverzekeringwereld. Geen particuliere en ziekenfonds-verzekerden, maar alle verzekerden een gelijke behandeling. Dit heeft voor verschillen tussen de zorgverzekeraars geleid. Nu wordt duidelijk dat deze verschillen steeds kleiner worden.

De heer Offers geeft aan dat er vanuit de wereld van de hulpmiddelenzorg vragen komen over een verdere differentiatie van bepaalde segmenten. Is het mogelijk dat er een aparte erkenningsregeling komt voor b.v. alleen zolen, confectieschoenen, etc. Hij geeft aan dat de branche de regels opstelt, dit in goede samenwerking met de gebruikers (vertegenwoordigd door de CG-raad), beroepsgroep, zorgverzekeraars, etc. De SEMH is de organisatie die dit faciliteert.

Desgevraagd naar het hoogtepunt in het bestaan van de SEMH antwoordt de heer Offers dat deze uit twee punten bestaat: Allereerst de grote opkomst voor dit seminar, ten tweede de toename van het aantal erkenningsregelingen. Daarnaast worden op de ontwikkelingen binnen de SEMH veel positieve reacties uit het veld ontvangen, maar ook kritiek. Het erkend zijn vraagt om extra administratieve handelingen.



Vanaf 12.00 uur worden de deelnemers ontvangen met een lunch.



Na de lunch vindt het plenaire gedeelte plaats met een interview van de voorzitter van de SEMH en drie prominente sprekers. De zaal is volledig vol.

vervolg blz. 1

De heer Offers onderschrijft die kritiek. Er is sprake van bureaucratie. Maar dat is mede veroorzaakt door het feit dat in deze tijd wordt gevraagd om transparantie, inzicht, etc. Daarnaast erkent de heer Offers dat een toetsing bij een groot bedrijf minder belastend is dan bij een klein bedrijf, omdat dan ook een halve dag 'werkzaamheden' wegvalt.

Gevraagd naar de toekomst deelt de heer Offers mee dat 'groei' geen doel is van de SEMH. Groei wordt gevraagd door de branche en het hulpmiddelenveld. Ook zorgverzekeraars onderzoeken de mogelijkheden van 'deel-' of 'cluster-' erkenning. Naar verwachting zullen op dit gebied de komende drie tot vier jaar belangrijke ontwikkelingen komen. Daarnaast kunnen ontwikkelingen op het gebied van outputmeting worden verwacht. Een klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren maakt deel uit van de erkenningsregeling. Daarnaast vragen zorgverzekeraars om inzicht in de output van de verstrekte hulpmiddelen. Hierover vindt met diverse groeperingen overleg plaats. Randvoorwaarde hierbij is: met zo min mogelijk inspanning een goede en juiste meting.

Op de vraag van de heer Blaazer hoe lang de heer Offers nog voorzitter wil zijn antwoordt deze: 'tot ze me wegsturen...'. De wens van de heer Offers is dat er wettelijke erkenningsregelingen komen voor alle hulpmiddelen die door zorgverzekeraars worden vergoed: gelijke monniken, gelijke kappen.

HET BELEID ACHTER DE VERANDERING VAN HET LEVEREN VAN PRODUCT NAAR HET LEVEREN VAN ZORG

Na een woord van welkom door de dagvoorzitter meldt de heer Cock Vergeer dat Agis een fusie zal aangaan van Achmea. Dat betekent dat deze fusie-organisatie in de toekomst 5 miljoen verzekerden zal hebben.

De heer Vergeer dankt voor de uitnodiging om deze presentatie te mogen houden. Hij deelt mee dat hij sinds kort deel uitmaakt van het

DE INLEIDINGEN

Na de het interview van de heer Offers (voorzitter van de SEMH door de heer Blaazer worden drie inleidingen gegeven.



De heer Vergeer geeft de eerste presentatie, gevolgd door mevrouw Heerkens en de heer Bougie.

bestuur van de SEMH en feliciteert de aanwezigen met de behaalde 15 jaar. Hij geeft aan dat 'de' zorgverzekeraar niet bestaat. Allen hebben hun eigen invulling. In 2003 heeft deregulering er voor gezorgd dat iedere zorgverzekeraar zelf kan bepalen wat onder de aanspraak valt. Dat heeft ertoe geleid dat er zoveel mogelijk protocollen en richtlijnen zijn ontwikkeld. Uitgangspunt hierbij is dat moet worden aangetoond dat duidelijk is wat het hulpmiddel oplost. Hierbij vervullen de zorgverzekeraars een regierol. Aanleiding voor het veranderende beleid is:

1. De afstand verzekerde – verzekeraar. Deze wordt – met grote zorgverzekeraars – steeds groter.
2. Zorgvraag. Verzekerden worden steeds mondiger. Deze weten de weg, gaan zelf op zoek naar zorg, b.v. op internet.
3. Ketenontwikkeling: samenwerking in doelgroepen met als doel: in ketens werken om problemen zo goed en snel mogelijk op te lossen.
4. Diffuus zorgaanbod: uitgegaan wordt van een veelsoortig aanbod, gericht op de verstrekkingen.

De heer Vergeer geeft aan dat Agis als doelstelling heeft om in

stedelijke gebieden specifieke groepen inwoners in de stad helpen gezond te leven en de beste zorg te bieden. Dat kan door:

1. kwalitatief goede en doelmatige zorg voor de klanten; dat houdt in: zorg die geïntegreerd wordt aangeboden door een sterke eerste lijn.
2. In deze eerste lijn werken zorgverleners geïntegreerd samen op de gebieden preventie, welzijn, cure en care t.b.v. de wijkpopulatie.
3. De sterke eerste lijn betekent betere substitutie vanuit de tweede lijn.

Agis is graag bereid te investeren in deze eerstelijns zorg. Uitgangspunt hierbij is dat de klant centraal staat. De zorg wordt georganiseerd rondom de zorgvaag (idealiter als één multidisciplinaire organisatorische eenheid en bij voorkeur onder één dak). De heer Vergeer merkt hierbij op dat dit voor leveranciers van hulpmiddelen moeilijk kan zijn. De afstand tot de cliënt is in dit vakgebied verder van b.v. de afstand van de cliënt tot de huisarts.

Eerstlijnszorg is:

- geïntegreerd
- dicht bij de klant
- wijkgericht
- betaalbaar
- levert aantoonbare bijdrage aan behoud en groei van klanten
- bevordert doelmatigheid van zorg en substitutie vanuit de tweede lijn.

Agis zoekt aanbieders van hulpmiddelen die aan deze verschuiving willen meewerken.

Doelgroepen zijn hierbij betrokken.

Er wordt niet meer gedacht in verstrekkingen, maar in wat te kunnen doen voor b.v. mensen met diabetes, depressie, etc. etc.

Hiervoor zijn pilots gestart.

De nieuwe zorginkoopstrategie van Agis "Handelen in Zorg" omhelst vijf stappen:

- servicekwaliteit
- specifieke afspraken m.b.t. uitkomsten van zorg
- klantervaring
- certificering of gangbare indicatoren
- (bodem-)kwaliteit/verantwoorde zorg

Om betere kwaliteit zichtbaar te maken en betere kwaliteit van zorg te belonen wordt gedifferentieerd in de contractvorm met de leverancier.

Uitgegaan wordt van drie contractvormen. De 'basis' contractvorm gaat uit van:

1. Certificering of gangbare indicatoren
2. toetsing bodemkwaliteit/verantwoorde zorg door IGZ

Bij de 'intensief' contractvorm komt het volgende punt erbij:

1. Klantervaringen (CQ) te weten: outputmeting

De 'preferred' contractvorm is uitgebreid met:

2. uitkomsten van zorg
3. servicekwaliteit.

De klant komt in het inkoopproces minimaal drie keer aan bod. Dat geldt ook voor de aanbieders van hulpmiddelenzorg. De heer Vergeer toont twee voorbeelden van verzorgingsmiddelen. In het oude systeem werd gekeken naar de prijs, het kortingspercentage, het beheersinstrument. Er was geen differentiatie en zorgthema's

ontbraken. Het nieuwe contracteren van b.v. incontinentie-, stoma- en diabetesmaterialen gaat uit van:

- inzoomen op product/productgroep
- onderhoud/garantie/service
- logistiek
- zorg- en dienstverlening
- kwaliteitscriteria
- prijsopbouw: deze bestaat uit 2 componenten: product en zorg-dienstverlening.

Het nieuwe contracteren op het gebied van ademondersteuning (denk aan apparatuur voor zuurstof, vernevelen, uitzuigen en CPAP) omvat:

- ontwikkeling van visie op longzorg (in samenwerking met onder meer het Astmafonds)
- logistiek
- zorg- en dienstverlening
- kwaliteitscriteria
- prijsopbouw (dagvergoeding en offerteronde)

Agisverzekerden die ademondersteuning nodig hebben kunnen vanaf 1 juli 2010 terecht bij 1 aanspreekpunt voor zowel de hulpmiddelen als de daarbij behorende verpleegkundige ondersteuning.

De dagvoorzitter dankt de heer Vergeer voor zijn presentatie. Hij wijst er op dat aan het eind van middag er gelegenheid is om verder op deze presentatie in te gaan.

BASISRICHTLIJN HULPMIDDELENZORG

De heer Blaazer heet mevrouw Yvonne Heerkens van harte welkom. Hij geeft aan dat zij wel 'de moeder van alle classificaties' wordt genoemd.

Mevrouw Heerkens meldt dat Nederland op het gebied van protocollen voorop loopt. Ze gaat kort in op het doel van haar presentatie: aanleiding voor de ontwikkeling van de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (BRL), gehanteerde werkwijze, opbouw voor en plannen met de BRL. In Nederland doen jaarlijks miljoenen mensen een beroep op hulpmiddelen. De groei op dit gebied is sterker dan gemiddeld.

Per jaar wordt 2,5 miljard euro (exclusief AWBZ) uitgegeven aan hulpmiddelen. De stelselwijzigingen in de gezondheidszorg geven aan dat functioneringsproblemen van de cliënt bepalend zijn voor het recht op en de keuze van de oplossing van het probleem.

Minister Klink heeft in december 2008 bevestigd dat iedereen recht heeft op de meest adequate functionerende oplossing. De minister en een deel van de 2^e kamer hebben aangedrongen op ontwikkelingen van een uniform indicatieproces en protocollen. Het indicatieproces staat beschreven in de procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. Deze is in 2005 ontwikkeld door de volgende betrokkenen: CG-raad, Vilans, NovaMundo, BRT-advies.

Financierder is VWS, penvoerder is CG-raad. Doel van de BRL is het ontwikkelen van een raamwerk dat later voor specifieke doelgroepen of hulpmiddelenklassen kan worden ingevuld en dat is te gebruiken voor alle soorten hulpmiddelen, ongeacht de wijze van financiering. Uitgangspunt van de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg is:

- alle relevante partijen worden betrokken
- de BRL volgt de stappen van de procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg
- de BRL beschrijft de activiteiten van zowel de cliënt als de zorgdeskundige
- de BRL geeft aan welke gegevens kunnen worden vastgelegd met ICF en Cliq
- de BRL biedt voldoende aanknopingspunten om te functioneren in een ICT-omgeving.

Mevrouw Heerkens toont de schematisch vormgegeven procesbeschrijving, die bestaat uit de volgende stappen:

Stap 1: probleem signaleren (arts/zorgverzekeraar)

Stap 2: zorgvraag formuleren (leverancier in overleg met cliënt)
Zorgplan maken

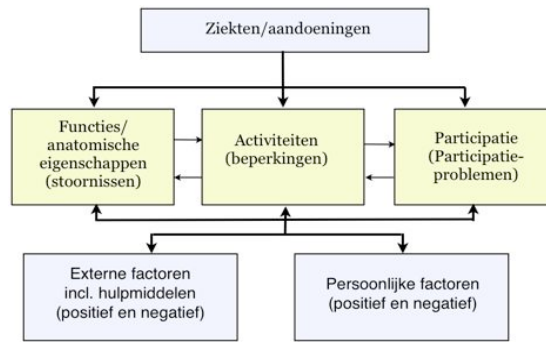
Stap 3: a. bepalen oplossingsrichting (leverancier in overleg met cliënt)

b. opstellen programma van

eisen/zorgplan maken (leverancier in overleg met cliënt)
 Stap 4 selecteren, uitproberen en beslissen (leverancier in overleg met cliënt)
 Stap 5: leveren en instrueren (leverancier in overleg met cliënt)
 Stap 6: gebruiken (cliënt in overleg met leverancier)
 Stap 7: evalueren (leverancier in overleg met cliënt).

Mevrouw Heerkens gaat nader in op de achterliggende classificaties. Op dit moment is dat ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Dit is een internationaal orgaan dat classificaties voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie en externe factoren en participatie ontwikkelt. Het ICF-schema gaat uit van drie perspectieven van het functioneren (zie figuur 1). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de Cliq classificatie. Cliq en ISO 9999 en een toevoeging (o.a. ICF). Cliq is een geschikt instrument om de PRIU (Product Related Intended Use) van het hulpmiddel te spiegelen aan de Human Related Intended Use (HRIU). De Cliq classificatie bestaat uit 16 modules. Mevrouw Heerkens gaat in op de werkwijze m.b.t. de totstandkoming van de BRL. Er is een brede (30 personen) werkgroep samengesteld. Er zijn interviews gehouden met alle belanghebbenden. De bestaande richtlijnen/protocollen zijn geïnventariseerd, evenals de internationale standaarden en bruikbare generieke meetinstrumenten. Vervolgens toont mevrouw Heerkens de opbouw van BRL (zie figuur 2)

Een activiteit is een handeling (fysiek of mentaal) die leidt tot een beslissing en/of gegevens genereert. Het is een iteratief proces. (kwalificatie van een proces dat bij herhaling een aantal bewerkingen uitvoert totdat aan een gestelde



Figuur 1 Het ICF-schema

voorwaarde wordt voldaan).

Kolom 1: de activiteiten van de cliënt zelf/het cliëntsysteem
 Kolom 2: activiteiten van de zorgdeskundige
 Kolom 3: detaillering van activiteiten van de zorgdeskundige
 Kolom 4: Bronnen/instrumenten die worden gebruikt, b.v. meetinstrumenten (BRL generieke instrumenten)
 Kolom 5: beslissingen genomen door cliënt en/of zorgdeskundige
 Kolom 6: gegeneerde gegevens voor het zorgdossier
 Kolom 7: de uitkomst voor de cliënt
 Kolom 8: vragen/discussie/opmerkingen.
 Mevrouw Heerkens toont 2 voorbeelden waarin bovengenoemde kolommen zijn ingevuld.

Vervolgens laat mevrouw Heerkens zien dat er, voordat tot een keuze voor een hulpmiddel kan worden overgegaan, er door de cliënt 87 activiteiten zijn genomen, door de zorgdeskundige 84. Tevens toont ze aan dat er in de fase tot de juiste keuze voor een hulpmiddel 52 beslissingen zijn genomen (door cliënt en/of zorgdeskundige). Centraal in de Basisrichtlijn is de vertaling van dat wat de voorziening mogelijk moet maken of moet doen in de ogen van de gebruiker (HRIU) in een programma van eisen aan het hulpmiddel geformuleerd in termen van dat wat de gebruiker van de voorziening mag of kan verwachten

(PRIU) met eventueel aanvullende eisen. Tweede centrale punt is op basis van het programma van eisen een keuze maken voor een bepaald hulpmiddel en deze te bestellen, aan te passen of te (laten) maken.

Human Related Intended Use (HRIU) is uniek voor iedere

gebruiker en geeft aan wat het hulpmiddel, bereideneerd vanuit beoogd functioneren, mogelijk moet maken of moet doen in de ogen van de gebruiker. Product Related Intended Use (PRIU) is een productkenmerk waarmee de fabrikant aangeeft wat de gebruiker van het product kan en mag verwachten. PRIU is dus een kenmerk met een wettelijke status.

De soorten productkenmerken worden als volgt onderscheiden:

1. functionaliteit hulpmiddel, onderverdeeld in:
 - activiteiten (indirect participatie) waarvoor/waarbij het hulpmiddel kan worden gebruikt dan wel die m.b.t. hulpmiddel worden getraind of gemeten
 - functies en anatomische eigenschappen die door het hulpmiddel worden ondersteund, beschermd of vervangen dan wel m.b.t. het hulpmiddel worden getraind of gemeten.
2. technische capaciteiten (bepalen haalbaarheid functionaliteit)
3. gebruiksvriendelijkheid en comfort hulpmiddel
4. uiterlijke kenmerken hulpmiddel (geen invloed op functionaliteit)
5. overige kenmerken.

In de processen richtlijn en protocollen wordt ICF gebruikt inzake het beschrijven van:

- huidig functioneren van de cliënt
- functionaliteitsdiagnose
- doel van de behandeling

1. Activiteiten CL	2. Activiteiten ZD	3. Detaillering activiteiten ZD	4. Bronnen/ Instrumenten	5. Beslissing CL en/of ZD	6. Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	7. Uitkomst voor CL	8. Vragen/discussie/opmerkingen
--------------------	--------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------------	---	---------------------	---------------------------------

Figuur 2. De opbouw van BRL

- HRIU (human related intended use)
 - Behaalde doelen
- Cliq wordt gebruikt voor het beschrijven van:
- PRIS (product related intended use).

Tenslotte meldt mevrouw Heerkens wat de toekomstplannen zijn:

- Leggen van bestaande protocollen/richtlijnen naast de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (dit doet de heer Bougie)
- Ontwikkelen van vier richtlijnen/ protocollen als 'testcase' voor de hanteerbaarheid van de in fase 1 ontwikkelde basisrichtlijn.
- Ontwikkelen van een ICT-tool, gekoppeld aan een doorontwikkeling van de matrix. Opstellen beheerplan voor de basisrichtlijn en voor de van de basisrichtlijn afgeleide richtlijnen/ protocollen.

De dagvoorzitter dankt mevrouw Heerkens voor de presentatie en geeft aan dat de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg 'legaal' te downloaden is.

OVERZICHT BESTAANDE PROTOCOLLEN EN DE TOEPASSING VAN DEZE PROTOCOLLEN IN DE PASKAMER

De heer Blaazer heet de heer Bougie van harte welkom en feliciteert hem met bij benoeming tot ridder. Deze onderscheiding heeft hij mede ontvangen gezien zijn inzet en activiteiten op beroepsmatig gebied. De heer Bougie geeft desgevraagd aan dat Nederland wat betreft kennis en visie inzake de techniek van de hulpmiddelenzorg voorop loopt in de wereld. Dit is door de heer Vreeswijk perfect vertaald in de politieke wereld. Hij ziet dat een groot aantal fabrikanten innoveert. Dat zal zeker over enkele jaren merkbaar zijn. De heer Bougie feliciteert op zijn beurt de SEMH met het 15-jarig bestaan.

De titel van de presentatie van de heer Bougie is: 'de impact van een protocol voor hulpmiddelenzorg op de paskamer werkzaamheden'.

De heer Bougie gaat in op de marktwerking van de hulpmiddelenzorg. De aanbieder

van hulpmiddelenzorg zorgt voor het product en de dienstverlening. In 2011 wordt sprake van ketenzorg m.b.t. chronische aandoeningen. De huisarts c.q. eerstelijns zorg is onderdeel van deelcontracten met zorgverzekeraars en klanten. Naar verwachting zal de doelgroep die hulpmiddelen gebruikt in de toekomst verdrievoudigd zijn. Dat gaat hand in hand met de versterking van de positie van de consument en aanvullende private polissen. De heer Bougie gaat kort in op de relevante wetgeving m.b.t. medische hulpmiddelen. In de zorgverzekeringswet is sprake van hulpmiddelen in het kader van DBC (waarbij de arts leidend is) en hulpmiddelen voor langdurig gebruik. Bij deze laatste groep kunnen de hulpmiddelen als volgt worden aangemerkt:

- functiegerichte zorg (ICF)
 - adequaat functionerende oplossing inclusief training en instructie
 - indicatiestelling eenmalig zolang de situatie gelijk blijft.
- Bij de invulling van de bovengenoemde wetgeving heeft de zorgverzekeraar een regierol (gemeente voor WMO).

Implementatie van de wet gebeurt in de zorgverzekeringspolis (of – bij WMO – via een gemeentelijke verordening). De burger kiest jaarlijks een zorgverzekeraar, polisvoorwaarden en een tarief. De zorgverzekeraar besteedt de uitvoering van de hulpmiddelenzorg uit aan particuliere leveranciers, inclusief indicatiestelling, advisering, reparatie, vernieuwing, etc.

De heer Bougie stelt dat protocollen in het nieuwe bestel opgenomen en genoemd zullen worden in de polis van zorgverzekeraars. Het protocol bewaakt het hele proces: van probleemstelling tot levering van het product. Het is tevens een ijkpunt voor noodzakelijke en gewenste deskundigheid. Daarnaast refereert het protocol aan relevante externe kaders.

voorbeeld voor de wereld van de hulpmiddelen.

Relevant voor de SEMH zijn de protocollen die al zijn opgesteld:

- schoenen (NVOS, NPi)
- beenprothese (PPP/VRA)
- orthese (AMC/Noppe/POM/Roessingh; (diverse initiatieven, die hopelijk snel leiden tot 1 protocol voor de hele branche)
- armprothesen i.o. (VRA, PPP)
- TEK (therapeutisch elastische kousen), (CVZ Kompas)
- Mammacare (zorgplan); mevrouw Annema.

Vervolgens gaat de heer Bougie in op de aspecten die aan de orde komen in de paskamer of tijdens het adviesgesprek (deze aspecten komen in alle hierboven genoemde protocollen voor):

- klant (historie als hulpmiddelengebruiker)
- verwijzing: DBC (arts) of Hulpmiddelenzorg (polisrechten)
- contract (aangegane verplichtingen zorgleverancier)
- reparatie/wijziging of herhalingsvoorziening
- vertalen hulpvragen (probleem van cliënt) in zorgvraag (probleem waarover afstemming is)
- pakket van eisen en oplossingsrichting.
- maatneming en maat/confectie check
- kiezen confectieproduct en componenten uit marktaanbod of eigen maakwijzen bij eigen maatwerk
- kosten geadviseerde oplossing versus clusterprijs.

De heer Bougie adviseert om de hierboven genoemde aspecten uit te breiden met:

- NAW
- Verzekeraar, behandelaar
- Cliëntenarchief/dossier met daarin opgenomen:

- Aandoening, functioneringsprobleem
- Vorige en huidige hulpmiddel (welk, ervaring, reparaties)
- Overige hulpmiddelen.

Het is in Nederland per wet geregeld dat men recht heeft op een ten allen tijde functionerend hulpmiddel (herhalingsvoorziening). Bij erkende indicatie wordt een nieuw hulpmiddel verstrekt als het oude is versleten en aan vervanging toe is. Ook wordt een nieuw hulpmiddel

verstrekt als er een betere oplossing op de markt is (technische innovatie). Dit moet de leverancier aan de cliënt melden. Nieuwe indicatiestelling is ook aan de orde bij verandering in stoornissen, functies en anatomische eigenschappen, gewenste activiteiten en leefstijl, persoonlijke omstandigheden, omgeving-omstandigheden en groei (kind).

Nadrukkelijk wijst de heer Bougie er op dat de leverancier verantwoordelijk is voor de hulpmiddelenzorg. Wel is het zo dat bij een Diagnose Behandeling Combinatie de arts de regie heeft. Zorgverzekeraars worden creatiever en zullen de wettelijke rechten van cliënten gaan vertalen in een polis met de volgende mogelijkheden:

- natura polis en restitutie polis
- verstrekking in natura of in bruikleen
- procedure en rechten bij 1^e – en herhalingsvoorziening (vastgelegd in een reglement)
- indicatiestelling
- mate van vrijheid van leverancierskeuze
- vergoeding/maximum vergoeding/eigen bijdrage.

Zorgverzekeraars zullen toenemend polissen differentiëren naar doelgroepen. Bij toekomstige pakket-indikking worden aanvullende verzekeringen nog belangrijker. Dit houdt nog meer differentiatie in.

Leveranciers zullen op de hoogte moeten zijn van het contract dat de cliënt heeft met de zorgverzekeraar en wat daarin is vastgelegd. Maakt de ondersteuning tijdens het gebruik onderdeel uit van de verzekering? Hoe te handelen bij reparatie en vervangen?

In de vertaling van hulpvraag naar zorgvraag moeten leveranciers weten welk protocol gevolgd moet worden, welke proces stappen uit dit protocol moeten worden doorlopen, welke kennis en ervaring nodig is, formuleren indicatiestelling en functionaliteitsdiagnose en uiteindelijk met de cliënt een go/no go beslissing nemen over de gezamenlijk geformuleerde

zorgvraag.

Van uitermate groot belang is de maat nemen. Deze maten en andere gegevens van de cliënt moeten worden afgezet tegen het dan aanwezige confectie aanbod. Maatwerk komt in aanmerking als confectie niet past of de ernst van de aandoening te groot is. Ook bij intensief gebruik en grootte van de belasting komt maatwerk in aanmerking. Kortom: maat mag als confectie niet kan.

Bij de keuze van de oplossing moet rekening worden gehouden met het marktaanbod, de mogelijkheid om op basis van bekende maak wijzen en materialen zelf maatwerk te maken. Ook moet rekening worden gehouden met de aanwezige kennis en ervaring, preferred suppliers (met welke fabrikant kan de leverancier het makkelijkst zaken doen), voorraad c.q. verkrijgbaarheid en kosten (in relatie tot cluster prijs/tarief). De heer Bougie geeft nogmaals aan dat een protocol veel kansen biedt voor leveranciers. Het is van groot belang dat de paskamer medewerker goede faciliteiten heeft om conform het protocol te werken. Software is hierbij een belangrijk hulpmiddel.

Desgevraagd door de dagvoorzitter geeft de heer Bougie aan dat de bureaucratie gaat verdwijnen uit de wet- en regelgeving. De leverancier moet registreren waarom voor juist dit hulpmiddel gekozen is. Daarbij kunnen, in tegenstelling voorheen, andere hulpmiddelen worden ingezet.

Om 14.30 uur is er pauze. Tijdens deze pauze is het mogelijk demonstraties van software leveranciers te bekijken. Na de pauze worden vier workshops gegeven met de volgende titels:

Workshop 1: 'de richtlijn orthopedische schoen techniek in de praktijk' door de heer R. Verwaard.

Workshop 2: 'het cliëntendossier en de TEK, een stap vooruit' door mevrouw I. Sissingh

Workshop 3: 'orthese behandeling van de onderste extremiteit bij

cerebrale parese' door de heer K. Noppe.

Workshop 4: 'het mammacare zorgplan in de paskamer' door mevrouw J. Annema.

Om 16.15 uur volgt weer een plenaire zitting waarbij alle inleiders en workshop leiders aanspreekbaar zullen zijn.



Mevrouw J. Annema



De heer K. Noppe



Mevrouw I. Sissingh



De heer R. Verwaard

Plenaire discussie

De heer Noppe heeft het seminar helaas al moeten verlaten. De overige inleiders en workshopleiders nemen plaats op het podium. Uitgangspunt bij de plenaire zitting is: wat wil ik nog weten en/of wat wil ik nog kwijt. Desgevraagd door de dagvoorzitter laten de inleiders weten dat ze het een prettige en leerzame dag hebben gevonden. Het is duidelijk dat er nog stappen moeten worden genomen. Dat geldt voor alle disciplines. Een positief gevoel m.b.t. de ontwikkelingen overheerst.

Aan de heer Bougie wordt de vraag gesteld of kan worden verwacht dat het leveren van TEK in de toekomst onderdeel gaat uitmaken van het DBC of b.v. Ketenzorg. De heer Bougie legt uit dat DBC (Diagnose Behandel Combinatie) een financiering systeem is. De arts vraagt aan de zorgverzekeraar een akkoord voor de betreffende behandelingen die deel uitmaken van het DBC. Het kan dus gebeuren dat b.v. bij een ingreep die gedaan moet worden de arts TEK voorschrijft. Deze wordt dan gefinancierd uit het betreffende DBC.

Ketenzorg is een vanuit de politiek ontwikkeld systeem. Het houdt in dat voor chronisch zieken en chronische aandoeningen 1 aanspreekpunt wordt benoemd, b.v. de huisarts. Deze sluit met de zorgverzekeraar een contract af voor het totale pakket zorg voor de chronisch zieke en/of gehandicapte. De huisarts sluit dan 'deel'-contracten af met diverse aanbieders van zorg, b.v. fysiotherapeuten en uiteraard ook leveranciers van medische hulpmiddelen. Als blijkt dat iemand levenslang therapeutisch elastische kousen zal moeten gebruiken, dat wordt hiervoor door de

zorgverzekeraar een contract afgesloten. Daar kan de huisarts, als afsluiter van deel contracten, tussen zitten. De levering blijft uiteraard gebeuren door de leverancier.

Naar aanleiding van de presentatie van de heer Vergeer wordt de vraag gesteld wie de gedifferentieerde contracten, zoals nu door Agis gepresenteerd, zal opstarten. De heer Vergeer meldt dat Agis hiermee bezig is; wellicht zullen andere zorgverzekeraars volgen. Jaarlijks worden keuzes gemaakt welke hulpmiddelen geschikt zijn voor differentiatie. Op dit moment wordt met NVOS overlegd. De branche geeft de input. Naar verwachting zal tussen nu en 2 jaar een besluit worden genomen over differentiatie.

Vanuit de zaal wordt gemeld dat de zorg onder druk komt te staan als de leverancier van hulpmiddelen onderaannemer wordt van de huisarts. Wat weet een huisarts bijvoorbeeld van TEK? De heer Offers merkt op dat gedacht moet worden aan een samenwerkingsverband zoals dat wordt gedaan in extramurale teams. Clustering van diverse disciplines met eigen kennis en kwaliteit die gezamenlijk een behandelingsmethode afspreken. Op grond daarvan wordt geleverd. De heer Vergeer vult aan dat hier sprake is van twee discussies. DBC wordt voornamelijk gehanteerd in het ziekenhuis. Denk b.v. aan een operatie waarna tijdelijk een kous wordt voorgeschreven. Ten tweede is sprake van functionele bekostiging van ketens die niet per definitie van de huisarts uitgaan. Agis heeft een voorkeur voor zorggroepen waar participanten mede-eigenaar zijn. De som der delen is meer dan het individu. Het is dus niet zo dat bij ketens altijd de huisarts het

aanspreekpunt zal zijn. Verwacht wordt dat er in de toekomst veel meer initiatieven m.b.t. de ketenzorg zullen worden ontwikkeld.

Vanuit de zaal wordt gevraagd of verwacht mag worden dat de zorg beter wordt als de kwaliteit van de zorg wordt getoetst aan de hand van protocollen.

Mevrouw Heerkens geeft aan dat de Basis richtlijn generieke meet momenten bevat. Daarnaast is het uiteraard mogelijk om zelf extra meet momenten in te passen. De heer Bougie vult aan dat in het protocol beenprothese gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst die oorspronkelijk is ontwikkeld in Engeland. Het is de bedoeling dat de gebruiker het formulier samen van de leverancier invult. De leverancier heeft zo inzicht in de uitkomst en kan hier actie op nemen.

De vraag wordt gesteld of dit objectief is. Mevrouw Heerkens merkt op dat meetinstrumenten zo opgezet kunnen worden dat ze, afhankelijk wat voor informatie men wil krijgen, de effecten van levering kunnen meten.

De heer Offers vult aan dat de SEMH met de zorgverzekeraars, de CG-raad, branches, leveranciers, etc. nagaat of het mogelijk is om een systeem op te zetten voor output meting. Dat is dus geen klanttevredenheidsonderzoek (dit doen de SEMH-erkende leveranciers al) maar een (extern) onderzoek dat inzicht geeft in de kwaliteit van leveringen en dienstverlening van erkende leveranciers.

Mevrouw Heerkens geeft nogmaals aan dat protocollen richtsnoeren zijn. Zie het als een recept: als je een ingrediënt niet in huis hebt kun je ter plekke besluiten iets anders te gebruiken.

Met betrekking tot de protocollen



wordt vanuit de zaal opgemerkt dat de angst bestaat dat de zorgverzekeraars in de toekomst bij leveranciers van medische hulpmiddelen gaan controleren wat deze in de dossiers van de cliënten genoteerd hebben. Dat geeft een ongemakkelijk gevoel. De leverancier van medische hulpmiddelen heeft de kennis om keuzes te maken voor het juiste hulpmiddel. Mevrouw Annema geeft aan dat deze angst niet nodig is. Als de protocollen worden gebruikt is het duidelijk waarom een leverancier afwijkt van b.v. confectie. Dat is dan immers geregistreerd. Daar kan dus nooit een probleem uit voort komen. De heer Vergeer is het hier helemaal mee eens. De zorgverzekeraars hebben geen behoefte om dossiers te controleren. Die angst is dus niet terecht. Zorgverzekeraars gaan er van uit dat toetsing plaats moet vinden door de certificerende instelling. Als die constateert dat altijd een goede, gemotiveerde keuze voor het hulpmiddel is gedaan, is dat akkoord. Gebruik van een protocol geeft een oplossing die past in de relatie van de cliënt met de zorgverlener.

Desgevraagd bevestigt de heer Vergeer dat compressie zorg zal worden ondergebracht in een contract inzake wond behandeling. Dat betekent dat er integrale afspraken moeten worden gemaakt. Als een cliënt een wond heeft dan wordt niet alleen de leverancier van TEK ingeschakeld, maar uiteraard ook een wond specialist. De heer Vergeer beaamt dat preventie zeer belangrijk is. Hij roept de leveranciers op om actie te nemen dat het eerder inzetten van TEK wordt opgenomen in richtlijnen en protocollen.

De dagvoorzitter sluit af met een oneliner per inleider:
Mevrouw Annema: 'we hebben vandaag van elkaar geleerd'.
De heer Verwaard: 'inspirerende middag, goed om ook te horen van andere disciplines'
Mevrouw Sissingh: 'goed gevoel, veel collega's gezien, bijgepraat'
De heer Vergeer: 'leerzaam, goed.

Hoop dat de angst/koudwatervrees is weggenomen. Het is goed om met elkaar hierover te blijven praten'.
De heer Offers: 1^e: al een aantal jaren zelfde thema op seminar.
Verbazing dat er nog steeds ruis is over extra werkzaamheden. 2^e: de SEMH moet niet te ver vooruit lopen. De bedrijven moeten de ontwikkelingen implementeren.
Voortgaan op de ingeslagen weg'.
De heer Bougie: 'geëngageerd publiek. De SEMH gaat uit van het beste voor de leveranciers'
Mevrouw Heerkens: 'Er is een kloof tussen theorie en praktijk. De leverancier moet zelf altijd beslissingen nemen. Dat komt de meerwaarde van protocollen beter in zicht.'

De dagvoorzitter wijst op het belang van het invullen van de vragenlijst m.b.t. de accreditatie punten en de enquêteformulieren. Hij dankt – onder overhandiging van een doosje wijn – de inleiders en workshop leiders voor hun inbreng aan deze middag. Om 17.15 uur wordt de bijeenkomst gesloten, waarna voor liefhebbers wordt deelgenomen aan de borrel.

De gebruikte sheets bij de inleidingen en de workshops zijn elders gepubliceerd op de website van de SEMH:
www.semh.info, seminar 2010.