

Erkenningschema
Branchespecifieke eisen
Orthopedische
Schoentechnische bedrijven

Volgnummer: 4
Geldig per 22 december 2015

Secretariaat SEMH:
Postbus 526
2400 AM Alphen aan den Rijn
tel: 0172 – 414 814
fax: 020 – 524 8118
www.semh.info
e-mail: <mailto:info@semh.info>

Inhoud

1. Inleiding
2. Definities
3. Eisen
 - 3.1 Zorgvraag formuleren
 - 3.2 Zorgplan maken
 - 3.3 Selecteren, uitproberen en beslissen
 - 3.4 Leveren en instrueren
 - 3.5 Gebruiken
 - 3.6 Evaluatie hulpmiddel
 - 3.7 Beleid en organisatie
 - 3.8 Medewerker en deskundigheid
 - 3.9 Fysieke omgeving en materialen
 - 3.10 Diensten door derden
 - 3.11 Documenten
- Bijlagen
 - a. Gedragscode zorgdeskundige
 - b. Overzicht van wetten
 - c. Schema Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg
 - d. Referentielijst
 - e. Lijst van geaccepteerde diploma's

1. Inleiding

Deze branchespecifieke eisen Orthopedische Schoentechnische Bedrijven (OSB) zijn opgesteld in overleg met afgevaardigden van orthopedische schoentechnische bedrijven, zorgverzekeraars en patiënten belangenorganisaties, onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de erkenningsregeling. In situaties waarin de eisen niet voorzien, wordt beslist aan de hand van het Erkenningsreglement.

De branchespecifieke eisen zijn gebaseerd op, en getoetst aan, het erkenningsschema Algemene Eisen van de SEMH. De Algemene Eisen zijn op haar beurt gebaseerd op de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. Deze procesbeschrijving is opgesteld onder leiding van CVZ, met inbreng en ondersteuning vanuit het werkveld. Zij wordt landelijk gedragen door betrokkenen op het gebied van het leveren van medische hulpmiddelen.

Bedrijven die in aanmerking willen komen voor de SEMH OSB-erkenning dienen te voldoen aan deze branchespecifieke eisen OSB. Daar waar een discussie ontstaat, zal worden teruggegrepen naar de Algemene Eisen waar de branchespecifieke eisen op zijn gebaseerd.

De SEMH werkt nog aan het toepassingsgebied van de erkenningsregeling indien het bedrijf niet in zijn geheel is betrokken bij de totale procesbeschrijving hulpmiddelenzorg.

Daar waar niet vermeld, vindt verificatie tijdens de toetsing plaats aan de hand van registraties. Claims moeten worden onderzocht en juist zijn.

2. Definities

Afwijking van de dienstverlening

Er zijn vier soorten afwijkingen:

- a. Klacht: een conform de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) geformuleerde klacht van een cliënt, dan wel een als zodanig formeel geuit bezwaar tegen (het bedrijf en/of het beleid of haar medewerkers door wie dan ook).
- b. Fout: iets wat niet volgens de procedure verloopt. (Vergissing, onjuistheid, afwijken van of handelen in strijd met de procedure).
- c. Ondeskundig handelen: handelen in strijd met gestelde eisen respectievelijk met de gangbare opvattingen voor het leveren van een medisch hulpmiddel.
- d. Ongevallen en bijna-ongevallen: gebeurtenissen of situaties waarbij cliënten, medewerkers of derden psychisch of lichamelijk letsel oplopen dan wel kunnen oplopen.

Cliënt

Eindgebruiker van het hulpmiddel.

Eerste verstrekking

In de volgende gevallen wordt in dit werkdocument een verstrekking gezien als ‘eerste verstrekking’:

- Het door een leverancier voor de eerste keer verstrekken van een specifiek medisch hulpmiddel aan een bepaalde cliënt;
- Het hulpmiddel voldoet niet en er moet een ander hulpmiddel worden verstrekt;
- De zorgvraag is gewijzigd.

Huisbezoek

Een bezoek waarbij de leverancier medische hulpmiddelen aanmeet, aanpast of aflevert en de nazorg geeft bij de cliënt thuis. Het bezoek kan tevens plaatsvinden in een instelling waar de cliënt verblijf houdt of woonachtig is.

Intakegesprek

Tijdstip waarop door de zorgdeskundige in samenspraak met de cliënt en eventueel diens verwijzer wordt vastgesteld in hoeverre een vervolprocedure gewenst is waardoor het noodzakelijk is dat minimaal een cliëntendossier en een zorgplan worden opgemaakt en vastgelegd.

Levertijd

De toegestane periode die mag liggen tussen de aanmeetdatum en de afleverdatum van het hulpmiddel. Deze periode kan worden verlengd met de periode dat door een leverancier moet worden gewacht op een machtiging van de zorgverzekeraar.

Medewerker

Een persoon die binnen een erkend bedrijf direct werkzaam is in het primaire proces van intake, aanmeten, aanpassen, afleveren en het geven van nazorg van medische hulpmiddelen, alsmede alle overige personen die werkzaam zijn binnen het ondersteunende proces dat het primaire proces faciliteert of het managementproces.

Medisch Hulpmiddel

Elk product (inclusief toestel, uitrusting, instrument, technisch systeem en software), speciaal vervaardigd of algemeen verkrijgbaar, dat stoornissen, beperkingen en participatieproblemen voorkomt, compenseert, bewaakt, lenigt en opheft.

Monitoren

Het gedurende langere tijd op afstand waarnemen en verzamelen van informatie over het hulpmiddel.

Primaire proces

Alle directe activiteiten in het kader van intake, aanmeten, aanpassen, afleveren en het geven van nazorg die zijn gericht op het afleveren van een adequaat medisch hulpmiddel aan de cliënt en het gebruiken daarvan door de cliënt.

Programma van eisen

Het formuleren van het behandeldoel, beoogd functioneren, en verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel in samenspraak met de cliënt en eventueel de verwijzer.

Spreekuurvestiging

Een locatie waar de cliënt zelfstandig wordt ontvangen en waar intake en aanmeten, passen, afleveren en nazorg m.b.t. een medisch hulpmiddel kan plaatsvinden. De spreekuurvestiging is duidelijk herkenbaar (op bijv. de website, naamkaart, routekaart, etc.) als onderdeel van het erkende bedrijf.

Uitbesteden

Het door derden laten maken of laten bewerken van delen van het eindproduct ten behoeve van het eigen fabricageproces. Indien er sprake is van activiteiten in het kader van het primaire proces mag dit uitsluitend gebeuren op basis van een schriftelijke overeenkomst waarin de overeengekomen afspraken volledig zijn vastgelegd.

De leverancier blijft zelf eindverantwoordelijk voor de kwaliteitsborging.

Vestiging

Een locatie waar naast intake, aanmeten, aanpassen, afleveren en nazorg ook de calculatie, planning, productie en correctie van een medisch hulpmiddel kan plaatsvinden. De vestiging is duidelijk herkenbaar als onderdeel van het erkende bedrijf.

Wachttijd

De tijd die ligt tussen het afgesproken tijdstip en het tijdstip waarop een cliënt daadwerkelijk wordt geholpen.

Zorgdeskundige

De persoon die binnen een erkend bedrijf direct werkzaam is in het primaire proces van intake, aanmeten, aanpassen, afleveren en het geven van nazorg van medische hulpmiddelen. De zorgdeskundige voldoet aan de geldende bevoegdheids- en bekwaamheidseisen en past de vigerende kwaliteitsrichtlijnen toe.

Zorgplan

De op één cliënt toegesneden omschrijving van het geheel van benodigde handelingen en activiteiten alsmede het proces dat moet leiden tot de aflevering en het gebruik van een adequaat medisch hulpmiddel. In het zorgplan mogen meer dan één gezondheidskwestie worden behandeld en mag aanpalende dienstverlening door zorgdeskundigen worden vastgelegd.

Orthopedische schoenen type A (OSA)

Naar individuele maten en specificaties vervaardigde orthopedisch schoenen.

Orthopedische schoenen type B (OSB)

In seriestuk ten behoeve van een individuele cliënt vervaardigde orthopedische schoenen welke zijn voorzien van NVOS keurmerk.

Orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen (OVAC)

Naar individuele maten en specificaties vervaardigde orthopedische voorzieningen/aanpassingen aan en in confectieschoenen.

Orthopedische steunzolen (STZ)

Orthopedische voorzieningen aangrijpend op het plantaire deel van de voet, naar individuele maten en specificaties vervaardigd voor gebruik in confectieschoenen of orthopedische schoenen type B.

Orthopedische binnenschoen

Naar individuele maten en specificaties vervaardigde (been)verkortingsbinnenschoenen, aanvullingsbinnenschoenen bij amputatie (prothese) of enkel-voet-orthese.

Voorlopig orthopedische schoenen (VLOS)

Omwille van de pasvorm en eventueel specifieke functionaliteit naar individuele maten en specificaties vervaardigde schoenen met een zeer korte levertijd. Ter bevordering van de mobilisatie/genezing en ter bescherming van zeer kwetsbare voeten na operatie of ziekbed. Het betreft (veelal) interim hulpmiddelen, vooruitlopend op reguliere orthopedische schoenen.

Allergeenvrije schoenen

Speciale confectieschoenen voor mensen die allergisch zijn voor bepaalde looistoffen.

Verbandschoenen

Zachte confectieschoenen bedoeld voor mensen die huiddefecten, huidulcera, sensibiliteits- en circulatiestoornissen aan hun voet(en) hebben. Deze schoenen zijn ook geschikt tijdens de herstelperiode na gedeeltelijke amputaties, traumatische beschadigingen of operaties aan een voet.

Confectieschoenen

Schoenen die in 'massa' worden geproduceerd en derhalve uit voorraad leverbaar zijn.

NVOS-voetschoenprotocol¹⁾ of inhoudelijk vergelijkbaar protocol (NVOS-VSP)

Protocol voor de behandeling van voet- en loopp Problemen middels schoentechnische hulpmiddelen.

3. Eisen

Bij een eerste verstrekking of bij een herhalingsverstrekking bij een gewijzigde zorgvraag (indien van invloed op de functionaliteit van het hulpmiddel) zijn de eisen uit de paragrafen 3.1 t/m 3.6 van toepassing.

Bij een herhalingsverstrekking met ongewijzigde zorgvraag zijn de volgende eisen niet van toepassing: 3.1. en 3.2.

3.1 Zorgvraag formuleren

	Aspect	Eis	Verificatie
3.1.1	Intakegesprek	<ol style="list-style-type: none">a. Indien er een medische noodzaak is om op heel korte termijn een intakegesprek te hebben, dan dient het intakegesprek voor een eerste verstrekking binnen 5 werkdagen na het verzoek daartoe te kunnen worden gemaakt.b. Zonder medische noodzaak om op heel korte termijn een intakegesprek te hebben, geldt een termijn van 10 werkdagen.	
3.1.2	Zorgvraag formuleren	<ol style="list-style-type: none">a. De zorgvraag moet conform het NVOS-voetschoenprotocol worden geformuleerd, resulterend in de vastlegging van de functionaliteitsdiagnose en –prognose.b. De zorgdeskundige dient aan cliënt adequate informatie te verschaffen.	NVOS-VSP

3.2 Zorgplan maken

	Aspect	Eis	Verificatie
3.2.1	Zorgplan maken	Er moet een zorgplan zijn dat de volgende onderdelen bevat:	
	a. Bepalen oplossingsrichting	<ol style="list-style-type: none">a. Behandeldoel vaststellenb. Beoogd functioneren formuleren.c. Nagaan of cliënt op de hoogte is van financiële consequenties en hierin begeleiden.	NVOS-VSP
	b. Programma van eisen opstellen	<ol style="list-style-type: none">a. Vertalen cliëntkenmerken naar productkenmerken.b. Voorlichting geven aan cliënt over voor- en nadelen van bepaalde productkenmerken.c. Toestemming van cliënt verkrijgen voor programma van eisen.	NVOS-VSP
3.2.2	Zorgdeskundige	De cliënt dient – indien mogelijk – tijdens de primaire processen door dezelfde medewerker, of team van medewerkers, geholpen te worden.	

3.3 Selecteren, uitproberen en beslissen

	Aspect	Eis	Verificatie
3.3.1	Selectie hulpmiddel	Het bedrijf dient aan te kunnen tonen dat het juiste hulpmiddel is gekozen, waarbij rekening is gehouden met de beschikbare opties en het opgestelde zorgplan.	NVOS-VSP

3.4 Leveren en instrueren

	Aspect	Eis	Verificatie
3.4.1	Controle vóór aflevering	De punten van het programma van eisen, zoals verwoord in het zorgplan, moeten worden gecontroleerd.	
3.4.2	Levertijden	De maximale levertijden per type hulpmiddel zijn: OSA: volwassenen: 12 weken kinderen (t/m. 16 jr.): 10 weken OSB: 6 weken OVAC: 2 weken STZ: 2 weken VLOS: 2 weken Verbandschoenen: 1 week Noodreparatie: 1 dag Minimaal 75 % van de leveringen moet aantoonbaar d.m.v. een rapportage van het bedrijf aan de eis voldoen.	
3.4.3	Eindcontrole tijdens aflevering	De punten van het programma van eisen, zoals verwoord in het zorgplan, moeten worden gecontroleerd.	
3.4.4	Instructies	Het bedrijf dient aan te kunnen tonen dat het schriftelijke instructies heeft gegeven.	

3.5. Gebruiken

	Aspect	Eis	Verificatie
3.5.1.	Training	Voor de branchespecifieke eisen OSB is deze eis niet van toepassing.	
3.5.2	Nazorg	Het bedrijf houdt de voorziening binnen de gebruiksduur conform programma van eisen adequaat. De cliënt kan, rekeninghoudend met de ernst van eventuele problemen bij het gebruik, een controleafspraak maken gevolgd door het spoedig herstellen van de voorziening.	
3.5.3	Monitoren ervaringen met gebruik	Het bedrijf kan, rekeninghoudend met de ernst van eventuele problemen bij het gebruik, een controleafspraak maken, gevolgd door het spoedig realiseren van een eventuele aanpassing van het hulpmiddel.	

3.6 Evaluatie hulpmiddel

	Aspect	Eis	Verificatie
3.6.1	Evaluatie van het hulpmiddel.	Het effect van het hulpmiddel moet geëvalueerd worden. Indien dit in relatie tot het behandeldoel en beoogd functioneren niet met elkaar matcht dienen de activiteiten uit de paragrafen 3.2 t/m 3.5 opnieuw te worden uitgevoerd.	

3.7 Beleid en organisatie

	Aspect	Eis	Verificatie
3.7.1	Organisatie-overzicht	Het bedrijf heeft een overzicht van vestigingen en spreekuurvestigingen. Deze eis geldt ook voor een éénmanszaak en/of een bedrijf met één vestiging.	
3.7.2	Jaarlijkse borging kwaliteit	Het bedrijf evalueert jaarlijks de kwaliteit van dienstverlening op basis van gestelde kwaliteitsdoelstellingen: Het bedrijf stelt 1x per jaar meetbare kwaliteitsdoelstellingen aan de hand van evaluatie van de kwaliteit. De doelstellingen worden vertaald naar meetbare grootheden en verwerkt in de activiteiten van de organisatie.	
3.7.3	Continue borging kwaliteit	De kwaliteit van de dienstverlening dient continue te worden geborgd. Activiteiten ter verbetering in de kwaliteit van het product en de dienstverlening dienen te worden geëvalueerd.	
3.7.4	Klachten-behandeling	<ul style="list-style-type: none"> a. Er dient een geïmplementeerde klachtenprocedure te zijn, waarin onder meer de NAW- gegevens van de klachtencommissie en de geschillencommissie zijn opgenomen. b. Er dient binnen 5 werkdagen te worden gereageerd op een klacht. c. De procedure dient aan de klagende cliënt gemeld te worden, inclusief de te verwachten termijn waarbinnen de klacht afgehandeld wordt. 	Procedure inzage
3.7.5	Kwaliteit dienstverlening	De kwaliteit van de geleverde hulpmiddelen en bijbehorende dienstverlening wordt in ieder geval 1 keer per twee jaar gemeten door middel van een klanttevredenheidsonderzoek.	
3.7.6	Procesbeheer	Het bedrijf moet kunnen aantonen dat het proces van dienstverlening, productie en inkoop beheerst wordt.	Fysieke aanwezigheid hulpmiddel
3.7.7	Ingangscontrole	Het bedrijf dient aan te kunnen geven hoe men weet dat een levering overeenkomt met een bestelling.	

3.8 Medewerker en deskundigheid

	Aspect	Eis	Verificatie
3.8.1.	Deskundigheid medewerker	De levering van het hulpmiddel en de behandeling van de cliënt wordt gedaan door een deskundig medewerker. De medewerkers die zich bezighouden met het primaire proces dienen de gedragscode zorgdeskundige (bijlage a) te hebben ondertekend. De in de bijlage e vermelde diploma's zijn geaccepteerd om te mogen functioneren als zorgdeskundige.	(Kopieën van) diploma's en relevante ervaring
3.8.2.	Ervaringseis	Iedere zorgdeskundige dient minimaal 7 cliënten per week in de behandelkamer te behandelen.	
3.8.3	Bij- en nascholing	De deskundigheid van de medewerkers wordt op peil gehouden door bij- en nascholing. Iedere zorgdeskundige dient ten minste 1x per jaar een vakgerelateerde bijscholingscursus te volgen.	
3.8.4	Opleidingsplan	Een overzicht met alle zorgdeskundigen in opleiding (i.o.), waarin per zorgdeskundige i.o. staat aangegeven welke studieonderdelen in het afgelopen studiejaar zijn gedaan en welke studieonderdelen in het komend studiejaar zullen worden gedaan.	
3.8.5	Medewerkers-overzicht	Het bedrijf zorgt voor een medewerkers overzicht, waarin de namen van de medewerkers (waaronder directie) zijn opgenomen, met hun opleidingsgegevens en hun functie binnen het bedrijf.	(Kopieën van relevante) diploma's dienen in het bedrijf aanwezig te zijn.
3.8.6	Functie-beschrijvingen	Van de medewerkers die zich bezighouden met het primaire proces zijn functiebeschrijvingen aanwezig.	

3.9 Fysieke omgeving en materialen

	Aspect	Eis	Verificatie
3.9.1	Bereikbaarheid t.b.v. de cliënt	<p>a. Bij een vestiging/spreekuurvestiging dient voldoende parkeergelegenheid te zijn.</p> <p>b. Bij een vestiging/spreekuurvestiging dient een invalidenparkeerplaats aanwezig te zijn.</p> <p>c. De vestiging/spreekuurvestiging dient de mogelijkheid te bieden om met een rolstoel in de behandelkamer te komen.</p> <p>d. De vestiging dient voor iedere cliënt toegankelijk te zijn of men beschikt over de mogelijkheid zich te melden om toegang tot het pand te krijgen.</p> <p>e. De vestigingen dienen minimaal 3 dagen per week open te zijn, met uitzondering van vakantieperiodes. Indien het bedrijf meer dan 5 aaneengesloten werkdagen (exclusief weekend en nationale feestdagen) is gesloten, dient een waarnemende OSB-zorgdeskundige te zijn geregeld.</p> <p>f. Bij beperkte telefonische bereikbaarheid tijdens de openingstijden (minimaal 8 uur per dag) van de vestiging dient een antwoordapparaat met inspreekmogelijkheid actief te zijn. Het antwoordapparaat dient op werkdagen binnen 24 uur te worden afgeluisterd.</p> <p>g. Buiten de openingstijden van de vestiging of als de vestiging is gesloten dient een antwoordapparaat melding te doen van de openingstijden, de periode van geplande afwezigheid en indien van toepassing de bereikbaarheid van de waarnemende OSB-zorgdeskundige.</p>	e. A.d.h.v. een schriftelijke overeenkomst met erkende waarnemer.
3.9.2	Huisbezoek	Het bedrijf biedt - in ieder geval indien dit noodzakelijk is volgens de medische indicatie van de verwijzer – de mogelijkheid tot huisbezoek.	

3.9.3	Inrichtingseisen t.b.v. de cliënt	<p>a. Men dient zorg te dragen voor een veilige omgeving.</p> <p>b. Het bedrijf dient te beschikken over een adequate opslagruimte, waar de goederen kunnen worden opgeslagen conform de voorschriften welke voor de producten worden vereist door de fabrikant en/of (inter)nationale normen.</p> <p>Op iedere (spreekuur)vestiging moeten aanwezig zijn:</p> <p>a. Een rolstoeltoegankelijk toilet, inclusief persoonlijk alarm.</p> <p>b. Een privacy biedende ruimte voor het beoordelen van het looppatroon, met een lengte van minimaal 4 meter en een breedte van minimaal 1,20 meter en met voldoende vasthoudmogelijkheden.</p>	
3.9.4	Behandelkamer t.b.v. de cliënt	<p>Iedere vestiging dient een privacy biedende behandelruimte te hebben. Deze ruimte dient aan de volgende eisen te voldoen:</p> <p>a. Rolstoeltoegankelijk te zijn.</p> <p>b. Bezet/onbezet signalering te hebben</p> <p>c. Voorzieningen voor hygiënisch reinigen te hebben.</p> <p>d. Over vasthoudmogelijkheden te beschikken.</p>	
3.9.5	Ontvangstruimte t.b.v. de cliënt	<p>Er dient een ontvangstruimte of wachtkamer te zijn. Deze ruimte dient:</p> <p>a. Geschikt te zijn voor het aantal te verwachten bezoekers, met als norm 2 zitplaatsen per behandelkamer.</p> <p>b. Netjes en ordelijk te zijn.</p> <p>c. Faciliteiten te hebben voor het aanbieden van minimaal koffie, thee en water.</p> <p>d. Lectuur beschikbaar te hebben.</p> <p>e. De klachtenprocedure op een toegankelijke plaats te tonen.</p>	
3.9.6	Maken van afspraken	<p>Op iedere vestiging/spreekuurvestiging dienen afspraken c.q. vervolgsafspraken gemaakt te kunnen worden.</p>	
3.9.7	Hygiëne t.b.v. cliënt	<p>De gedragscode inclusief de hygiëneregels dient te zijn ondertekend door de zorgdeskundige.</p>	
3.9.8.	Materialen en voorraad	<p>Voor de branchespecifieke eisen OSB is deze eis niet van toepassing.</p>	

3.10 DIENSTEN DOOR DERDEN

	Aspect	Eis	Verificatie
3.10.1	Uitbesteding	<p>De activiteiten van het primair proces die worden uitbesteed dienen te voldoen aan de eisen van dit erkenningschema. Dit geldt dus voor zowel de uitbestede activiteiten, de plaats waar deze activiteiten worden uitgevoerd, als de uitvoerende zorgdeskundigen.</p> <p>Aan de uitbesteding dient een overeenkomst ten grondslag te liggen waarin alle relevante eisen van dit erkenningschema of voortvloeiend uit dit erkenningschema zijn opgenomen.</p>	Conform relevante paragrafen
3.10.2	Leveranciersbeoordeling	Het bedrijf dient relevante criteria te hebben vastgelegd voor de leveranciers en deze minimaal jaarlijks te beoordelen.	

3.11 DOCUMENTEN

	Aspect	Eis	Verificatie
3.11.1	Documentenbeheer	<ol style="list-style-type: none">Er dient een verantwoordelijke te zijn voor het beheer van documenten.Er dient een geïmplementeerde procedure te zijn voor de back-up van de computerbestanden met cliënt gerelateerde gegevens.Cliënt gerelateerde gegevens dienen niet voor derden toegankelijk te zijn conform de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).	Fysiek of digitaal
3.11.2	Voorlichting bij intake	<p>De cliënt dient op elke vestiging voorlichting te krijgen over:</p> <ol style="list-style-type: none">Openingstijden.Telefoonnummers.Vakanties, dit alleen in verband met afspraken.Relevante gegevens van een eventuele waarnemer.Klachtenprocedure.Aanwezigheid van een onafhankelijke Klachtencommissie en de SEMH Geschillencommissie.De eis dat bij op vaste tijd gemaakte afspraken, er sprake is van maximaal 20 minuten wachttijd.De hulpmiddelen die door het bedrijf kunnen worden geleverd.De mogelijkheid tot huisbezoek.De SEMH erkenningsregeling.Patiënten belangenorganisaties.	Digitale voorlichting dient, indien gewenst, ook fysiek aanwezig te zijn.

3.11.3	Product-gerelateerde voorlichting	<p>De volgende voorlichting dient op een voor de cliënt toegankelijke plaats beschikbaar te zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. De gebruiksmogelijkheden van het hulpmiddel, waarbij ingegaan wordt op: <ol style="list-style-type: none"> i. de eigenschappen van het product; ii. de toepassingen van het product; iii. de mogelijke voor- en nadelen van het product; iv. de negatieve effecten bij toepassing. b. Het behandeltraject, inclusief het tijdspad (tijd tot aflevering = levertijd). c. De kosten voor de gebruiker die gemoeid zijn met de levering en het gebruik van een bepaald hulpmiddel en de kosten die gemoeid zijn met het behandeltraject. d. De aanvraag-/machtigingsprocedure en de eventuele consequenties voor het behandeltraject. e. De gewenningsperiode/ indraaginstructie. f. Gebruiksaanwijzing: aan- en uittrekken en onderhouden van het hulpmiddel. g. De garantietermijnen. h. De gemiddelde gebruiksduur van het hulpmiddel. i. Hoe de cliënt dient te handelen bij negatieve effecten op bovengenoemde aspecten. 	Digitale voorlichting dient, indien gewenst, ook fysiek aanwezig te zijn
3.11.4	Documentatie	Ter ondersteuning van de medewerkers die actief zijn in het primaire proces zijn relevante en actuele naslagwerken en literatuur (digitaal), zoals de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg, beschikbaar.	
3.11.5	Cliëntendossier	<p>De volgende gegevens dienen vastgelegd te worden in het dossier:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Zorgvraaggegevens. b. Functionaliteitsdiagnose. c. Selectie hulpmiddel, inclusief motivatie. d. Contactregistraties, zowel van afspraken als van telefoongesprekken, inclusief de naam van de medewerker/zorgverlener. e. Locatie en data waar intake, passen, afleveren en controles hebben plaatsgevonden. f. Maatgegevens (indien relevant). g. Omschrijving hulpmiddel met specifiek gebruikte halffabricaten. h. Klachtenregistratie. 	Dossiergegevens kunnen fysiek en/of digitaal zijn vastgelegd
3.11.6	Overdracht dossier	Een kopie van het cliëntendossier of gedeeltes daarvan wordt indien gewenst bij wijziging van leverancier meegegeven aan cliënt.	
3.11.7	Vertrouwelijkheid	De dossiers dienen op zorgvuldige wijze behandeld en opgeslagen te worden, met inachtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens.	

Gedragcode zorgdeskundige

Hierbij verklaart ondergetekende zich te houden aan de gedragscode zoals hieronder vermeld.

De medewerker is zich bewust van het belang van zijn/haar functie in het maatschappelijk verkeer. Iedere medewerker oefent deze functie naar eer en geweten en betrouwbaar, deskundig en onafhankelijk van anderen uit en streeft naar kwaliteit in zijn/haar dienstverlening.

De medewerker behandelt informatie over cliënten vertrouwelijk. De persoonlijke gegevens worden zorgvuldig administratief verwerkt conform de Wet bescherming persoonsgegevens.

De medewerker geeft relevante informatie aan cliënten.

De medewerker schept een realistisch beeld van wat de cliënt van het hulpmiddel en de behandeling kan verwachten.

De medewerker denkt mee, toont belangstelling en respect, bijvoorbeeld bij verwerkingsproblemen.

De medewerker heeft oog voor problemen van de verschillende cliëntengroepen.

De medewerker neemt de hygiëneregels in acht. De hygiëneregels staan beschreven in de paragrafen 1.4 t/m 1.7, 2.1, 2.2, 2.4.2, 4.1, 5 en 18.1 van Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra³⁾.

Datum en plaats

Naam

Handtekening

Overzicht van wetten

Zie voor de actuele versie van de hieronder genoemde wetten op: www.wetten.nl

Wet bescherming persoonsgegevens

De belangrijkste regels voor het vastleggen en gebruiken van persoonsgegevens zijn vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Deze wet is op 23 november 1999 unaniem door de Tweede Kamer aangenomen en op 3 juli 2000 door de Eerste Kamer aanvaard. De wet is op 1 september 2001 van kracht geworden.

De Wbp heeft betrekking op alle gebruik - 'verwerkingen' - van persoonsgegevens, van het verzamelen ervan tot en met het vernietigen van persoonsgegevens.

Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft een Handleiding voor verwerkers van persoonsgegevens uitgebracht (zie http://www.cbweb.nl/indexen/ind_wetten_wbp.stm).

Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Volgens deze wet dient een zorgaanbieder een klacht in behandeling te nemen. In eerste instantie dient de zorgaanbieder er alles aan te doen om de klacht op te lossen. Lukt dit niet dan dient de cliënt de mogelijkheid te hebben om de klacht te melden bij een klachtencommissie.

De klachtencommissie moet bestaan uit ten minste drie leden, waaronder een externe voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de leverancier. Verder mag aan de behandeling van de klacht niet worden deelgenomen door een persoon op wiens gedraging de klacht rechtstreeks betrekking heeft. De commissie moet verder een klachtenreglement hebben en jaarlijks rapporteren aan de Inspectie voor de Volksgezondheid.

De klachtencommissie kan een klacht gegrond of ongegrond verklaren.

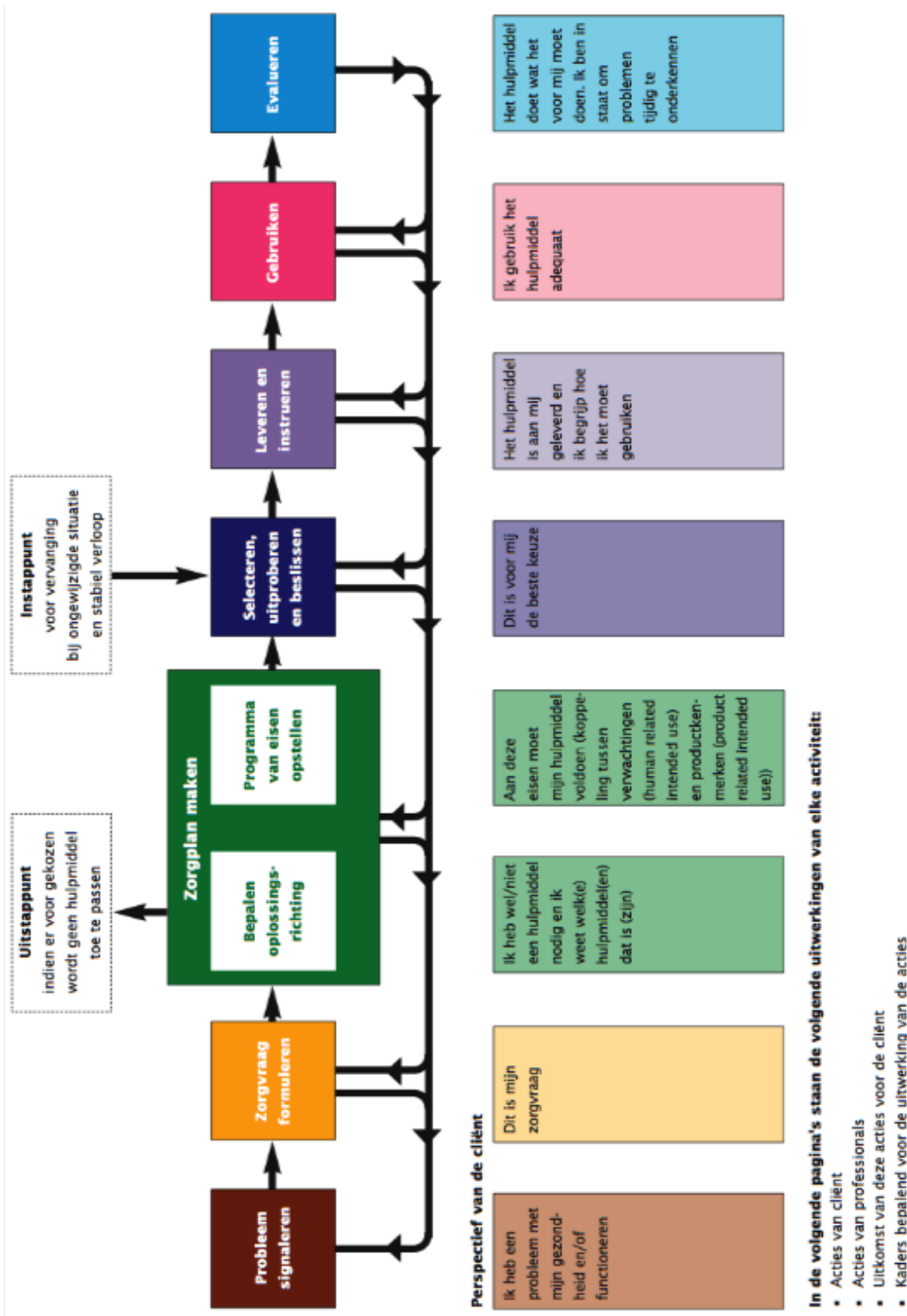
De volledige tekst van de wet kunt u downloaden vanaf:

http://www.hulp.gids.nl/wetten/wet_klachtrecht_tekst.htm.

Deze wet is gewijzigd bij de Wetten van 26 september 1996, Stb. 478, 6 december 2001, Stb. 581 en 584, 9 juli 2004, Stb. 455, 7 april 2005, Stb. 216 jo 217, 6 oktober 2005, Stb. 525, en 17 november 2005, Stb. 617.

Schema Procesbeschrijving Hulpmiddelzorg

Bijlage c



Referentielijst

1) NVOS-voetschoenprotocol

Heerkens, Y. F., Beers, C. B. N., Jansen, R., Verwaard, R., Elferink, F. H. M., Bougie, T., & Postema, K. (2010). Ontwikkeling van protocollen voet-/schoenvoorziening voor orthopedisch schoentechnische bedrijven en orthopedisch schoentechnici bij cliënten die zijn verwezen. Amersfoort: NPï -Nederlands Paramedisch Instituut

2) Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg

Kosteloos te bestellen bij Nictiz of te downloaden via cliq@nictiz.nl

3) Hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen en woonzorgcentra

Versie Augustus 2012 – met wijzigingen d.d. april 2014, te downloaden via de site van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid: www.lchv.nl

Lijst van geaccepteerde diploma's

De meest actuele lijst van geaccepteerde diploma's kunt u vinden op:
<http://www.nvos-orthobanda.nl/pages/557/Opleidingen/Lijst-diplomas.html>