

Verkenning extramurale hulpmiddelen



Verkenning extramurale hulpmiddelen

met aanspraak op basis van de zorgverzekeringswet en hulpmiddelen
voor diabetes, incontinentie en stoma als voorbeeld

21 Augustus 2015



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het de Verkenning Hulpmiddelen kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail hulpmiddelen@zonmw.nl of telefoon 070 349 54 78.

Auteurs: Marc van Bijsterveldt, Lisanne Hogema en Cule Cucic
Datum: 21 augustus 2015

ZonMw
Laan van Nieuw Oost-Indië 334
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Tel. 070 349 51 11
Fax 070 349 53 58
www.zonmw.nl
 info@zonmw.nl

Aanbiedingsbrief

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Aan de Directeur-Generaal Volksgezondheid
Mevrouw Drs. A. B.

Onderwerp

Aanbieding Verkenning extramurale hulpmiddelen

Geachte mevrouw B.,

In aansluiting op uw opdracht van 1 mei 2015, bied ik u hierbij met genoegen onze verkenning naar het goed gebruik van extramurale hulpmiddelen aan. In overeenstemming met uw opdracht hebben wij verkend hoe de rol van de verschillende betrokken partijen wordt ingevuld. Ook hebben wij verbeterpunten geïdentificeerd binnen de grenzen van het huidige stelsel.

Graag geef ik u een nadere toelichting op onze rapportage. Onze verkenning is te beschouwen als een eerste stap in de analyse van de huidige (extramurale) hulpmiddelenzorg. We zijn met een open blik het veld ingegaan, om in grote lijnen de situatie te kunnen schetsen zoals de diverse veldpartijen deze waarnemen en ervaren. In onze verkenning hebben we ons voornamelijk gericht op het identificeren van problemen en het schetsen van oplossingsrichtingen daarvoor. In lijn met deze focus ligt de nadruk in onze rapportage vooral op de zaken die minder goed gaan. Daarmee willen we zeker niet de indruk wekken dat er in de hulpmiddelenzorg vooral veel mis is, wel laat de verkenning zien dat er ruimte is voor verbetering. Ook kan ik onderstrepen dat we uit de reacties van betrokkenen bij onze verkenning (gesprekspartners, deelnemers aan de consultatiebijeenkomst en meelezers uit het veld) kunnen opmaken dat vrijwel iedereen zich goed herkent in het geschetste beeld.

Onze rapportage is gebaseerd op verzamelde ervaringen, inschattingen en meningen van verschillende partijen in de hulpmiddelenzorg, die soms wellicht tegenstrijdig overkomen. We hebben de uiteenlopende input van onze gesprekspartners en andere betrokkenen zo evenwichtig mogelijk willen weergeven, zonder oordeel en zo veel mogelijk op basis van het principe van hoor en wederhoor. Nader onderzoek en een onderbouwing met meer data zijn nodig om een scherper beeld te krijgen van de geschetste situatie en de door onze gesprekspartners gesignaleerde knelpunten.

We geven in het rapport bewust alleen oplossingsrichtingen aan, zonder een oordeel te vellen over rollen, verantwoordelijkheden en functioneren van specifieke partijen die betrokken zijn bij hulpmiddelenzorg. Hiervoor is een nadere analyse gewenst. Dat geldt ook voor een meer gedetailleerde uitwerking van acties die in lijn met de geschetste oplossingsrichtingen kunnen worden uitgezet. Bij alle kritische geluiden in het veld, constateren we een breed gedragen wil om de hulpmiddelenzorg in ons land te verbeteren en daaraan vanuit ieders rol een actieve bijdrage te leveren. Het lijkt zinvol om de problemen die in deze verkenning zijn geïdentificeerd met de betrokkenen (plus degenen die zich gaandeweg het proces als belangstellende bij ons hebben gemeld) nader te verdiepen.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur,

Henk J. Smid
directeur

Dankwoord

Deze verkenning is tot stand gekomen dankzij de inbreng van velen die de moeite hebben genomen om met de auteurs te praten, de consultatiebijeenkomst te bezoeken en schriftelijk te reageren op eerdere concepten van deze tekst. Een lijst van alle betrokkenen vindt u in de bijlage. Zonder uitzondering hebben alle gevraagde personen hun medewerking op een of andere manier aan deze verkenning verleend. De door hen verschaft informatie en hun standpunten vormen de ruggengraat van de tekst. We zijn iedereen die betrokken was zeer dankbaar.

Marc van Bijsterveldt, Lisanne Hogema, Cule Cucic

Inhoud

Aanbiedingsbrief	5
Dankwoord.....	6
Afkortingenlijst	8
1. Inleiding.....	11
1.1 Naar maatwerk in hulpmiddelenzorg	11
1.2 Waarom deze verkenning?	12
1.3 Zes dimensies van kwaliteit	13
1.4 Opbrengsten van de verkenning.....	13
1.5 Aanpak.....	14
2. De stand van de hulpmiddelenzorg; een impressie	15
2.1 Inleiding.....	15
2.2 Thema 1: Zorgen over afnemende kwaliteit	15
2.3 Thema 2: Problemen met de verstrekking en begeleiding	17
2.4 Thema 3: Onvoldoende zicht op productkwaliteit	19
2.5 Thema 4: Onduidelijkheden over indicatie en professionele (keuze)begeleiding	20
2.6 Thema 5: De gebruiker staat niet sterk genoeg	21
2.7 Thema 6: Overvleugelen resultaten op korte termijn opbrengsten op lange termijn?.....	22
2.7.3 Nieuw én voortgezet onderzoek	23
3. Hobbels en valkuilen op weg naar functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg	25
3.1 Inleiding.....	25
3.2 Thema 1: Knelpunten in de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg	25
3.3 Thema 2: Knelpunten in de verstrekking en begeleiding	26
3.4 Thema 3: Knelpunten met betrekking tot de productkwaliteit.....	27
3.5 Thema 4: Knelpunten in de positionering en rol van de zorgverlener	27
3.6 Thema 5: Knelpunten rond de (informatie)positie van de gebruiker	28
3.7 Thema 6: Knelpunten in kennis over resultaten en opbrengsten	29
4. Oplossingsrichtingen voor betere hulpmiddelenzorg	31
4.1 Versterking (informatie)positie gebruiker	31
4.2 Versnelde ontwikkeling en implementatie richtlijnen en protocollen	33
4.3 Inzicht in 'return on investment'	36
4.4 Randvoorwaarden voor een gezonde hulpmiddelenmarkt.....	38
5. Conclusies en aanbevelingen.....	39
5.1 Inleiding.....	39
5.2 Leven met een functioneringsprobleem	39
5.3 Conclusies uit de verkenning.....	40
5.4 Aanbevelingen voor een gestructureerde verbetering van de hulpmiddelenzorg	41
5.5 De lijnen bij elkaar	42

Bijlagen

A. Opdrachtbrief VWS	45
B. Wat cijfers over hulpmiddelen	46
C. Betrokkenen bij de verkenning.....	49
D. Leidraad voor de gesprekken	51
E. Gebruikte informatiebronnen.....	54

Afkortingenlijst

Afkorting	Uitleg
CE-markering	Conformité Européenne
Cliq	Classificatie met IQ
DON	Dwarslaesie Organisatie Nederland
DVN	Diabetes Vereniging Nederland
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GMT	Geneesmiddelen en Medische technologie
ISO	Standaard voor de International Standardisation Organisation
ICF	International Classificatie of Functioning, Disability and Health
IVD's	In-vitro diagnostica
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
NEN	Normalisatie en Normen
NFD	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RCT	Randomized controlled trial
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars
TÜV	Technischer Überwachungsverein
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Samenvatting

De afgelopen tijd zijn steeds vaker geluiden te horen dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg onder druk staat. Om de situatie beter in beeld te krijgen en mogelijke oplossingsrichtingen te inventariseren, heeft het ministerie van VWS aan ZonMw gevraagd een verkenning uit te voeren naar de stand van zaken met betrekking tot extramurale (via de Zorgverzekeringswet verzekerde) hulpmiddelenzorg in Nederland.

Deze verkenning signaleert vanuit de dagelijkse praktijk zorgen over de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg, de keuzevrijheid, de productkwaliteit en het toezicht. Het lijkt erop dat de verschillende partijen in het stelsel hun rol in de hulpmiddelenzorg nog niet optimaal invullen. De signalen doen zich voor ondanks het beschikbare instrumentarium van overheidswege, dat de context aangeeft waarbinnen de partijen opereren. Daarbij gaat het onder meer om het toezicht op kwaliteit door de Inspectie van de Gezondheidszorg, duiding van de aanspraak door het Zorginstituut Nederland en toezicht op de markt (en zorgplicht) door de Nederlandse Zorgautoriteit. Ook doen de signalen zich voor ondanks de zorgplicht van de zorgverzekeraars, die enerzijds moeten zorgdragen voor kwalitatief goede zorg en anderzijds waar mogelijk de zorgkosten moeten beheersen.

Vooraf in vergelijking met de geneesmiddelenzorg is er onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar van de meerwaarde van hulpmiddelenzorg en van de daadwerkelijke inzet van hulpmiddelen. Ook ontbreekt het nog goeddeels aan professionele richtlijnen, protocollen en aandacht voor hulpmiddelenzorg in bij- en nascholing. De gebruiker staat niet sterk genoeg en beschikt niet over voldoende onafhankelijke product- en keuze-informatie.

Er is een samenhangend geheel van acties nodig vanuit de vier perspectieven die in deze verkenning als uitgangspunt zijn genomen: de positie van de gebruiker, het functioneren van de markt (inclusief de rol van de zorgverzekeraar), de bijdrage vanuit de wetenschap en de rol van de zorgverlener. Willen we de hulpmiddelenzorg daadwerkelijk verbeteren en het oorspronkelijke ideaal van de functiegerichte aanspraak realiseren, is het nodig om de diverse verbeteracties op structurele wijze aan elkaar te koppelen. Het is van belang te bepalen wat de meest urgente problemen zijn, wat er als eerste moet gebeuren, om de prioriteiten vervolgens op een systematische wijze te kunnen aanpakken. Door initiatieven op het terrein van onderzoek, implementatie en opleiding slim met elkaar te verbinden, wordt het mogelijk de hulpmiddelenzorg gericht te verbeteren.

1. Inleiding

1.1 Naar maatwerk in hulpmiddelenzorg

Hulpmiddelen zijn van wezenlijk belang voor iedereen die ervan afhankelijk is¹. Een hulpmiddel² kan geneeskundige zorg ondersteunen of functiebeperkingen compenseren, waardoor het de zelfredzaamheid in het dagelijks leven bevordert. Een hulpmiddel kan ook een functioneringsprobleem verminderen of opheffen, zodat mensen beter in staat zijn te participeren in het maatschappelijk verkeer en kan zo bijdragen aan een verbeterde kwaliteit van leven. In de gezondheidszorg komen de resultaten (*outcome*) steeds meer centraal te staan. Bereiken we daarmee wat we willen met de inzet van zorgverlening, medicijnen en hulpmiddelen, zowel op individueel als op maatschappelijk niveau? Zeker nu in de grote transities de nadruk meer komt te liggen op zelfredzaamheid, zelfmanagement en zorg dichtbij huis, inclusief de rol van mantelzorg, wordt de inzet van kwalitatief hoogwaardige hulpmiddelenzorg alleen maar relevanter. Hulpmiddelen dienen verschillende doeleinden en komen terug in maatschappelijke domeinen als zorg, participatie en werk.

De omschrijving van een 'hulpmiddel' volgens de ISO9999:2011 (NEN, 2012) is: 'Elk product (inclusief apparaten, uitrusting, instrumenten en computerprogrammatuur), speciaal vervaardigd of algemeen verkrijgbaar, dat wordt gebruikt door of geschikt voor personen met functioneringsproblemen:

- om te participeren
- om functies / anatomische eigenschappen en activiteiten te beschermen, ondersteunen, trainen, meten of vervangen; of
- om stoornissen, beperkingen of participatieproblemen te voorkomen.'

Vanaf 2008 geldt een zogeheten 'functiegerichte aanspraak' op hulpmiddelen³, waarbij het opheffen/verminderen van een stoornis of beperking het uitgangspunt is. De functiegerichte aanspraak vervangt de aanspraak op basis van een limitatieve lijst van hulpmiddelen, die te weinig maatwerk bood. Niet langer is het productaanbod het uitgangspunt, maar staat de individuele zorgvraag centraal. Met de functiegerichte aanspraak wil het kabinet verzekeraars meer vrijheid geven om een adequaat hulpmiddel te vergoeden. Ook moet de functiegerichte aanspraak ruimte creëren voor innovatieve hulpmiddelen, zodat zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de hulpmiddelenzorg kan verbeteren. Veldpartijen zouden er meer regie en beslisruimte door krijgen om de zorg verantwoord in te vullen.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr. 186.

² Hoewel in deze verkenning de focus ligt op enkele medische hulpmiddelen, kiezen we in de tekst voor de bredere ISO-definitie (zie het eerste kader op deze pagina). Dit doen we omdat daarin ook aspecten als zelfredzaamheid en participatie zijn meegenomen. De definitie in de Wet op de medische hulpmiddelen is: '...elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, dat of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap;
- onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces;
- beheersing van de bevruchting, waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.'

³ In de Zvw zijn alle verzekerde prestaties functiegericht omschreven. Daarvoor zijn inhoud, omvang en indicatiegebied van de aanspraak beschreven. Wie de zorg verleent en waar is een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Deze maakt daarover afspraken met de verzekerde in de zorgovereenkomst.

Om aan te sluiten bij de terminologie van de ICF spreken we in deze verkenning van nu af aan over ‘functioneringsproblemen’ en ‘functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg’. Waar we schrijven over de aanspraak en de indicatiestelling, hanteren we de formele termen ‘functiegerichte aanspraak’ en ‘functiegerichte indicatiestelling’. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten er samen voor zorgen dat een verzekerde – binnen de kaders van de regelgeving – toegang heeft tot adequate ‘functiegerichte’ hulpmiddelenzorg. Dat houdt in dat de beperkingen die uit een bepaalde ‘functiestoornis’ voortkomen met passende hulpmiddelen zo goed mogelijk worden gecompenseerd. Deze prestatieplicht heeft als uitgangspunt ‘eenvoudig (goedkoop) waar dit kan en complex (duur) waar dit nodig is’, zoals minister Schippers het op 14 juli 2014 in een brief aan de Kamer formuleerde⁴. De prestatieplicht kan zo voor maatwerk⁵ zorgen, aldus de minister. Om te zorgen dat er gestructureerd vanuit een probleem naar een oplossing wordt gezocht, is functioneringsgericht voorschrijven volgens richtlijnen en protocollen een randvoorwaarde. Maar om deze te maken is een goede (wetenschappelijke) onderbouwing nodig.

Instrumenten voor de implementatie van functiegerichte hulpmiddelenzorg

Om de transitie naar de functiegerichte aanspraak in goede banen te leiden, heeft VWS de ontwikkeling van een richtlijn geïnitieerd. Onder leiding van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de toenmalige CG-Raad – nu Ieder(in) – is in 2010 een basisrichtlijn gepubliceerd. Deze beschrijft (professionele) activiteiten en verantwoordelijkheden die moeten leiden tot de keuze voor een hulpmiddel dat goed aansluit bij het functioneringsprobleem en bij de mogelijkheden en wensen van de gebruiker. De intentie was dat de basisrichtlijn als uitgangspunt zou dienen voor specifieke richtlijnen en protocollen voor verschillende deelgebieden, waarbij veldpartijen zelf verantwoordelijkheid zouden dragen voor ontwikkeling en beheer.

Nictiz heeft een procesbeschrijving (die als uitgangspunt diende voor de basisrichtlijn) en een classificatie (Cliq) met implementatieplan voor hulpmiddelenzorg ontwikkeld. Bij Vilans is een kennisplein – de Hulpmiddelenwijzer – ondergebracht. De diverse instrumenten sluiten aan bij de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), het terminologiestelsel dat wereldwijd gebruikt wordt om de wensen en mogelijkheden van de gebruiker in beeld te brengen.

1.2 Waarom deze verkenning?

Bij hulpmiddelenzorg gaat het bovenal om de kwaliteit van leven van de gebruikers, hun zelfredzaamheid en participatie in de maatschappij. Hulpmiddelen zijn vaak ook onderdeel van de behandeling, waarin ze het herstel kunnen bevorderen of complicaties en bijwerkingen kunnen voorkomen. Hulpmiddelenzorg vergt een keuze op maat voor iedereen die een hulpmiddel nodig heeft. Een goede indicatie, juiste selectie, betrouwbare levering, heldere instructies voor en hulp bij gebruik; het zijn essentiële elementen om goede zorg rondom hulpmiddelen te leveren. Dat is niet altijd makkelijk in een vrije marktsector, met sterke concurrentie, veel innovatie en uiteenlopende producten, met daarnaast de aanhoudende druk om de maatschappelijke lasten te kunnen beheersen. We hebben het hierbij overigens over meer dan zorgkosten alleen; het gaat ook om de maatschappelijke lasten die voortkomen uit onvoldoende participatie, zelfredzaamheid en zelfmanagement. De afgelopen tijd zijn steeds vaker signalen uit het veld te horen dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg onder druk staat. Er zou te veel op kosten worden gestuurd en te weinig maatwerk worden geleverd.

Uit een onderzoek van het NIVEL⁶ komen al de nodige knelpunten in de implementatie van functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg naar voren. De diverse partijen staan positief tegenover het functioneringsgericht omschrijven van de aanspraak, concludeert het NIVEL, maar de vertaling naar meer

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 805, nr. 29.

⁵ De term ‘maatwerk’ kan mogelijk voor verwarring zorgen, omdat deze binnen de hulpmiddelenzorg vooral gebruikt wordt voor een hulpmiddel dat ambachtelijk wordt gemaakt op basis van individuele specificaties. In deze verkenning bedoelen we met ‘maatwerk’ een adequaat functionerend hulpmiddel dat afgestemd is op het individu en zijn situatie.

⁶ Hofstede, Jolien e.a., ‘Een hulpmiddel via de zorgverzekeraar in 2012 of 2013: Ervaringen van mensen die hulpmiddelen gebruiken en thuiszorgmedewerkers’. NIVEL, Utrecht 2014.

maatwerk in de praktijk vraagt nog de nodige aandacht van alle betrokkenen. Zo worden richtlijnen onvoldoende ontwikkeld en geïmplementeerd, en is er onduidelijkheid wie de regie moet voeren. In de brief die minister Schippers op 14 juli 2014⁷ aan de Tweede Kamer heeft gestuurd, schrijft de minister dat zij de veldpartijen zal vragen hun rol op te pakken om te komen tot adequate hulpmiddelenzorg. Op hun beurt pleiten diverse stakeholders er in deze verkenning voor dat het ministerie van VWS actie onderneemt.

VWS heeft aan ZonMw gevraagd een verkenning uit te voeren naar de stand van zaken met betrekking tot extramurale (verzekerde) hulpmiddelenzorg in Nederland. Deze verkenning beperkt zich tot de aanspraak op hulpmiddelen in het basispakket van de Zvw, zoals omschreven in artikel 2.6 Regeling Hulpmiddelenzorg. Voor de verkenning is de focus gelegd op hulpmiddelen voor patiënten met diabetes, met een stoma en met urine-incontinentie. Alleen voor de drie gekozen voorbeelden is globaal ingegaan op de zorgkosten van de hulpmiddelen. Naar de inschatting van VWS is met name bij deze hulpmiddelen veel verbeterwinst te behalen en kunnen suggesties voor oplossingen in een volgende fase tot voorbeeld strekken voor andere hulpmiddelen. De verkenning is uitgevoerd in het voorjaar van 2015 en beschrijft enkele mogelijke oplossingsrichtingen om de hulpmiddelenzorg te verbeteren.

1.3 Zes dimensies van kwaliteit

Als we het hebben over goede hulpmiddelenzorg, gaat het in feite over kwaliteit van zorg. Volgens de breed geaccepteerde definitie van het Amerikaanse *Institute of Medicine* heeft kwaliteit zes dimensies:

- Patiëntveiligheid: de zorg is veilig; schade door zorg wordt vermeden.
- Klantgerichtheid: de zorg is gericht op service, met uitstekende bejegening en respect voor de patiënt. De patiënt heeft, in overleg met de zorgverlener(s), een beslissende rol bij zijn eigen zorg.
- Effectiviteit: de geleverde zorg is wetenschappelijk bewezen effectief.
- Tijdigheid: de zorg wordt geleverd op het juiste moment, zonder lange, onnodige wachttijden.
- Efficiëntie: zorg die verspilling vermijdt, inclusief verspilling van middelen en voorraden.
- Gelijkheid: iedere patiënt krijgt dezelfde kwaliteit van zorg onder dezelfde condities.

1.4 Opbrengsten van de verkenning

De verkenning moest de volgende resultaten opleveren:

1. Een nadere analyse van de knelpunten, zoals eerder geconstateerd door het NIVEL, die ervoor zorgen dat meer maatwerk ten aanzien van de extramurale hulpmiddelenzorg⁸ voor de patiënt nog onvoldoende tot stand is gekomen.
2. Een beschrijving waar verbeterpunten in de praktijk liggen, hoe deze gerealiseerd kunnen worden en welke rol de verschillende betrokken partijen hierin spelen.
3. Een analyse waarom verbeteringen in de praktijk mogelijk niet tot stand zijn gekomen/komen.

Bij de verkenning is rekening gehouden met alle dimensies van kwaliteit. Dit is in kaart gebracht vanuit vier perspectieven: de rol van de zorgverlener, de positie van de patiënt, de bijdrage van zorgaanbieders, leveranciers en verzekeraars aan het beoogde beleid en de wetenschappelijke onderbouwing van professionele beslissingen, organisatie en beleid.

De verkenning had niet de intentie, noch de middelen, om een gedegen wetenschappelijk studie te zijn die alle bovengenoemde vragen uitputtend zou beantwoorden. De drie hierboven genoemde punten zijn

⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 805, nr. 29

⁸ Medische hulpmiddelen die onderdeel zijn van een ziekenhuisbehandeling of hulpmiddelen die vanuit de Wlz of Wmo worden ingezet, vallen daarmee buiten het bereik van de verkenning.

beantwoord voor zover dit binnen deze verkenning mogelijk was. Er blijven zeker vragen liggen die nadere studie nodig hebben.

1.5 Aanpak

Om hulpmiddelenzorg te belichten is, als eerste stap, gekozen voor een verkenning. Het gaat niet om een wetenschappelijk onderzoek, en onze bevindingen en conclusies zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Het is niet meer en niet minder dan een op logische wijze geordende verzameling van informatie die de auteurs bijeen hebben gebracht vanuit publicaties en gesprekken met mensen uit de hulpmiddelenpraktijk. De beschreven standpunten komen voort uit inschattingen en overwegingen van de auteurs, en de ervaringen en meningen van onze gesprekspartners, de deelnemers aan de bijeenkomst en/of degenen die schriftelijk commentaar hebben geleverd. Behalve bij directe citaten (die we conform onze afspraak met de gesprekspartners hebben gekoppeld aan hun rol in de hulpmiddelenzorg en niet aan hun naam) zijn alle opgenomen beweringen gebaseerd op tenminste twee onafhankelijke bronnen. De verzamelde informatie is gestructureerd in zes probleemgebieden en vier oplossingsrichtingen. Deze zijn tijdens de consultatiebijeenkomst voorgelegd aan een brede groep betrokkenen. Ten slotte is de concepttekst voorgelegd voor schriftelijk commentaar aan 60 personen, waarop we 25 reacties hebben ontvangen.

Resumerend was onze aanpak als volgt:

- Analyse en synthese van beschikbare literatuur en publicaties, inclusief data over gebruik en kosten van de drie groepen hulpmiddelen waar deze verkenning zich op richt (zie de bijlagen voor gebruikte informatiebronnen en een kwantitatieve analyse voor drie groepen hulpmiddelen).
- 28 gesprekken met vertegenwoordigers van sleutelpartijen in de hulpmiddelenzorg. Met 26 mensen is individueel een gesprek gevoerd (persoonlijk of telefonisch). Daarnaast zijn twee groepsgesprekken gehouden. Een van de groepsgesprekken ging over keuze-informatie voor patiënten. Bij dit gesprek zaten Vilans (hulpmiddelenwijzer.nl), NHG (thuisarts.nl) en de NPCF (zorgkaartnederland.nl) om tafel. Het tweede groepsgesprek was bij het NIVEL en ging over mogelijke onderzoeksrichtingen.
- Een consultatiebijeenkomst op 4 juni 2015 om de resultaten van de verkenning voor te leggen aan de betrokkenen.
- Een schriftelijke commentaarronde waarin betrokkenen en geïnteresseerden de mogelijkheid kregen input te leveren op de conceptversie van 15 juni 2015.

De gesprekspartners en overige betrokkenen bij deze verkenning komen uit alle geledingen van de hulpmiddelenzorg: hulpmiddeleengebruikers en patiënten, zorgverleners, producenten en leveranciers, zorgverzekeraars, deskundigen van kennis- en onderzoeksinstituten en vertegenwoordigers van overheidsinstanties. In de bijlagen vindt u een volledige lijst van alle betrokkenen bij deze verkenning.

2. De stand van de hulpmiddelenzorg; een impressie

2.1 Inleiding

In de gesprekken die voor deze verkenning zijn gevoerd, komt één constatering steeds opnieuw naar voren: de idee achter de functiegerichte aanspraak is prachtig, maar de uitvoering kan beter. Het ideaal achter de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen is op bepaalde onderdelen nog geen werkelijkheid. Dit ideaal is kort na de introductie van de aanspraak mooi verwoord in een door alle relevante partijen ondertekende intentieverklaring⁹ voor de – inmiddels mislukte – implementatie van de Cliq-classificatie. Bij hulpmiddelen gaat het nadrukkelijk om zorg, en dus om meer dan het ‘simpelweg’ verstrekken van het hulpmiddel, zo valt uit de intentieverklaring op te maken. De ondertekenaars geven aan te zullen bijdragen aan ‘...het objectief in kaart brengen van de individuele zorgvraag en het programma van eisen met behulp van protocollen en richtlijnen. Hierbij worden het klinische beeld, de persoonskenmerken en de situatie betrokken, onder andere gebruikmakend van het terminologiestelsel ICF.’ De ondertekenaars formuleren vervolgens een aantal duidelijke uitgangspunten voor hun bijdrage:

- Vraaggerichte hulpmiddelenzorg waarbij de gebruiker centraal staat.
- Een beter en completer beeld van de mogelijke oplossingen (op basis van beoogd gebruik van het hulpmiddel in plaats van op basis van technische eigenschappen).
- Toegankelijkheid van productinformatie.
- Transparantie en meer ruimte voor innovaties in de hulpmiddelenbranche.
- Sturing door zorgverzekeraars op vraaggerichtheid en doelmatigheid in de zorginkoop.
- Uniforme evaluatiemogelijkheden.

Tot zover de goede bedoelingen, nu de praktijk.

2.2 Thema 1: Zorgen over afnemende kwaliteit

Wie met gebruikers praat, ontmoet veel sombere inschattingen over de (afnemende) kwaliteit van de hulpmiddelenzorg in ons land. Dat sluit aan bij een van de bevindingen van het NIVEL. Op de vraag van het NIVEL of er bij de keuze van het hulpmiddel maatwerk was geleverd (in die zin dat het hulpmiddel speciaal op de situatie van de respondent werd afgestemd), antwoordde bijvoorbeeld bijna een kwart van de gebruikers dat dit niet het geval was. Deze conclusie lijkt te worden ondersteund door de recente meldactie van de NPCF (zie paragraaf 3.1), met name als het gaat om mensen met een zwaar functioneringsprobleem. Wijziging van regelgeving is één stap, nu moet de uitvoeringspraktijk hierop worden aangepast, aldus het NIVEL in zijn rapport.

2.2.1 Roep om maatwerk

Intussen roeren hulpmiddeleengebruikers zich steeds vaker. Patiëntenorganisaties richten zich tot de (vak)pers¹⁰, bepleiten hun zaak in openbare documenten of interviews¹¹, sturen open brieven naar de politiek¹², zetten meldacties op¹³ en publiceren onderzoeksrapporten¹⁴. Ook worden verhalen van

⁹ Cliq, Classificatie voor hulpmiddelen. Nictiz, Utrecht, december 2008.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld <http://medischcontact.artsennet.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht/149713/NZa-moet-ingrijpen-in-diabetesmarkt.htm> en de reactie van de NZa http://www.nza.nl/1048076/1048155/Brief_aan_Diabetesvereniging_Nederland_van_1_juli_2015.pdf.

¹¹ Zie bijvoorbeeld het ‘Patiëntenprofiel ‘Neurogene aandoeningen’ gewenst voor continentieartikelen’ van BOSK/DON en een bijbehorend interview met DON-voorzitter Jos Dekkers in CC Continentie (januari 2015):

<http://mediqcombicarebladeren.nl/cccontinentiejanuari2015/files/assets/basic-html/page-24.html#>

¹² Zie bijvoorbeeld <http://www.npcf.nl/images/stories/dossier/Hulpmiddelen/Briefhulpmiddelen.pdf>.

ontevreden hulpmiddelengebruikers in de Tweede Kamer naar voren gehaald. De belangrijkste boodschap is steeds: goede hulpmiddelenzorg vergt maatwerk. En voor maatwerk is een zekere mate van keuzevrijheid nodig, plus een adequate begeleiding. Die keuzevrijheid hoeft niet onbeperkt te zijn – alle betrokkenen die aan deze verkenning hebben bijgedragen stellen dat het voor de houdbaarheid zeker goed is om steeds te zoeken naar de gunstigste prijs – maar wel zodanig dat ook echt een passend hulpmiddel beschikbaar komt. Daarvoor zijn vaak duidelijke medische redenen op te voeren, bijvoorbeeld als het gaat om het voorkomen van nierproblemen door goede katheterisatie bij mensen met een dwarslaesie.

Daarnaast zijn er andere argumenten, zoals aansluiten op de wensen en behoeften van de gebruiker. Niet elk hulpmiddel is even goed bruikbaar voor elke patiënt. Denk bijvoorbeeld aan het hanteren van een bloedglucosemeter door mensen die ook artrose hebben. Zij kunnen niet met bepaalde teststripjes overweg, omdat die te klein zijn. Er zijn gebruikers die graag een glucosemeter willen die kan communiceren met hun eigen computer en met die van de zorgverlener, zodat de diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuners makkelijk de gegevens kunnen uploaden in hun systeem, aldus een gesprekspartner in deze verkenning. Of een meter die via de computer informatie van het bloedglucoseverloop in grafieken vertaalt, zodat de insulinedosering weloverwogen aangepast kan worden. Andere mensen willen juist een zo simpel mogelijke meter. Het is echt maatwerk, echter niet elke maat is verzekerde zorg¹⁵.

De keuze voor een bepaald type hulpmiddel is mede afhankelijk van de aard van het specifieke gebruik, al dan niet op bepaalde momenten van de dag; moet je met het hulpmiddel bijvoorbeeld een hele dag kunnen werken, of gebruik je het na je werk tijdens het sporten? Als een gebruiker van absorberend incontinentiemateriaal een dag op stap gaat, moet het uiteraard niet lekken. Maar, zo stelde een van de gesprekspartners, het maakt in dat geval niet uit hoe het eruit ziet. Ga je echter naar de masseur, dan kies je voor die gelegenheid liever een broekje dat eruit ziet als een normale onderbroek. Dus naast de functionaliteit is soms ook het uiterlijk van een product van belang.

2.2.2 De balans tussen kwaliteit en kosten

In de praktijk lijkt dergelijk maatwerk steeds lastiger te worden. Dat is althans de inschatting van met name gebruikers en zorgverleners. Zelfs bij een goed gedocumenteerde aanvraag, aldus een zorgverlener, lukt het vaak niet om een meer geschikt hulpmiddel vergoed te krijgen, terwijl een minstens zo goed gedocumenteerd antwoord van de zorgverzekeraar over een afwijzing meestal uitblijft. Zorgverzekeraars op hun beurt schatten een en ander minder negatief in. Kwaliteit en kosten zijn voor hen onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zeker met het oog op de houdbaarheid van de hulpmiddelenzorg op langere termijn, noemen zij het noodzakelijk te zoeken naar een goede balans tussen kwaliteit en kosten. De bedoeling: de kosten zo veel mogelijk omlaag brengen zonder in te leveren op de kwaliteit en het niveau van de dienstverlening. Verzekeraars noemen de hulpmiddelenmarkt ‘onvolwassen’; lange tijd kon de prijs eenzijdig en weinig transparant worden bepaald door commerciële partijen. Via selectieve inkoop en aanbestedingen zien verzekeraars mogelijkheden om bij te sturen en de kosten omlaag te brengen. Door in contracten met leveranciers duidelijke kwaliteitseisen te stellen – bij voorkeur door meer te eisen dan de CE-markering, en ook ISO- en TÜV-normen te hanteren – kan het kwaliteitsniveau van hulpmiddelen volgens hen worden gewaarborgd.

¹³ Zie bijvoorbeeld http://www.npcf.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=6250:test&catid=1:help-doe-mee&Itemid=5&finished=.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld een in juni 2015 verschenen onderzoek van de Nederlandse Stomavereniging.

¹⁵ Zorginstituut Nederland wijst erop dat gebruikers binnen de wet- en regelgeving aanspraak kunnen maken op zorg (i.c. hulpmiddelen) waar zij redelijkerwijs op aangewezen zijn (artikel 2.1, lid 3 Bzv). Wensen en behoeften van gebruikers gaan dus niet altijd één op één op met wat noodzakelijke zorg is, aldus het Zorginstituut. Een hulpmiddel moet adequaat zijn; goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (vgl. de toelichting bij artikel 2.6 van de Regeling zorgverzekering).

Overigens is naast de kwaliteitsborging van het hulpmiddel zelf ook een effectiviteitstoets nodig, ofwel: voldoet het product aan de stand van wetenschap en praktijk? Waar een zodanige maatstaf ontbreekt, is het onduidelijk wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit komt bij hulpmiddelen regelmatig voor. Door het ontbreken van goede data en evidence op dit vlak, kan de effectiviteitstoets nu vaak niet worden toegepast. Om te kunnen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zullen de betrokken vakgebieden moeten beschikken over een gedegen wetenschappelijke onderbouwing hiervan. Daarmee wordt het ook mogelijk een optimale balans te vinden tussen zes dimensies van kwaliteit die we in paragraaf 1.3 hebben uitgewerkt.

Patiënten en patiëntenorganisaties worden door zorgverzekeraars meestal nog niet betrokken bij de bepaling en de uitvoering van hun kwaliteits- en inkoopbeleid, terwijl veel verzekeraars dit wel als uitgangspunt zeggen te hanteren. In een dialoog tussen gebruikers, zorgverleners en verzekeraar wordt het mogelijk een goede balans te vinden tussen de zes dimensies van kwaliteit. Cruciaal is om hierbij de patiënt centraal te stellen en aan hem te vragen mee te denken over de totstandkoming van de optimale balans tussen bijvoorbeeld effectiviteit, efficiëntie en klantgerichtheid.

2.2.3 Ruimte voor speciale behoeften

Een van de verzekeraars in de verkenning stelde dat de keuzevrijheid in de hulpmiddelenverstrekking misschien minder royaal wordt, maar dat daar wel een betere kwaliteit tegenover komt te staan. Voor de grootste groep gebruikers zouden beperkte keuzemogelijkheden ook geen problemen hoeven op te leveren, zolang er voor speciale behoeften maar ruimte blijft. Belangrijk is dat er voor zowel de keuze, de begeleiding als de evaluatie van het gebruik van een hulpmiddel duidelijke (professionele) normen beschikbaar komen. Daarmee is te voorkomen dat het merk leidend is in het keuzeproces (zie verder paragraaf 2.3.2) en kan een indicatie daadwerkelijk op functionele gronden tot stand komen. Lastig is dat zorgverleners en gebruikers de indicatie en de aanvraagprocedure nu als weinig transparant ervaren. Vooral verzekeraars vinden dat er onvoldoende zicht is op welke middelen er beschikbaar zijn, welke er worden geïndiceerd en ook waarom. Met een beter geprotocolleerde indicatie – ondersteund door digitale ontsluiting van alle relevante informatie rondom hulpmiddelen – wordt niet alleen het keuzeproces helderder, het zou ook meteen een bruikbaar instrument voor monitoring opleveren. Zo'n instrument, zo stelt een verzekeraar, moet zeker geen 'afvinklijstje' zijn. Door het in te zetten in het gesprek met een patiënt, kan het juist de kwaliteit van het keuzeproces – dus de communicatie tussen patiënt en zorgverlener – naar een passend hulpmiddel ondersteunen.

'Wat het beste materiaal is, verschilt per dwarslaesiepatiënt. De een heeft een verstoorde handfunctie, een ander een beperkte rompstabiliteit. Het zijn factoren die mede bepalen welk merk of welke producteigenschappen de voorkeur verdienen. Niet iedereen kan dus af met hetzelfde soort afvoerend slangetje.' - Een hulpmiddelengebruiker

2.3 Thema 2: Problemen met de verstrekking en begeleiding

Zowel gebruikers, zorgverleners als leveranciers – bijvoorbeeld apothekers en medisch speciaalzaken – geven aan dat er steeds minder ruimte overblijft voor het verstrekken van het best passende hulpmiddel. Maatwerk en keuzevrijheid zijn volgens hen in gevaar. Zorgverleners en gebruikers stellen dat zorgverzekeraars vooral op prijs lijken in te kopen, en niet in eerste instantie op kwaliteit. Zorgverzekeraars op hun beurt zeggen dat er de nodige 'lucht' in de hulpmiddelenmarkt zit, waarbij weinig transparantie bestaat over de marges. Via hun inkoopbeleid proberen verzekeraars die lucht 'eruit te drukken', naar hun inschatting een noodzakelijke ingreep om de hulpmiddelenmarkt gezonder – of duurzamer – te maken. Maar volgens andere gesprekspartners lijkt het erop dat de zaak 'door de bodem' begint te zakken. De inkoopstrategie van zorgverzekeraars wordt door sommigen gezien als een grote bedreiging voor het voortbestaan van leveranciers. Termen als 'wurgcontract' en uitdrukkingen als 'slikken of stikken' kleuren hun inschatting van de marktsituatie, die zij als uiterst penibel omschrijven. Veel

leveranciers lijken ‘met de rug tegen de muur’ te staan, zoals een van de gesprekspartners in deze verkenning het uitdrukte. Daar staat tegenover dat zorgverzekeraars stellen dat er jarenlang veel geld is verdiend, terwijl de werkelijke meerwaarde in termen van kwaliteit van zorg niet erg duidelijk is. Houdbaarheid en toegankelijkheid van de hulpmiddelenzorg zouden gebaat zijn bij een correctie van de markt.

Waar de gesprekspartners in deze verkenning allemaal aangeven dat het ontwikkelen van kostenbewustzijn bij gebruikers én zorgverleners belangrijk is – juist ook met het oog op houdbare hulpmiddelenzorg in de toekomst – stellen zij net zo scherp dat de keuze uiteindelijk niet uitsluitend op grond van de prijs moet plaatsvinden. Niet iedereen is het er mee eens dat de zaak ‘door de bodem’ dreigt te zakken. Gesprekspartners uit de hoek van de zorgverzekeraars zien de huidige situatie vooral als een transitiefase, waarin ook enkele noodzakelijke marktcorrecties plaatsvinden.

2.3.1 Dagprijzen en de kwaliteit van zorg

Een heet hangijzer is de dagprijsystematiek die enkele verzekeraars inzetten, onder meer voor absorberend continentiemateriaal. De dagprijs is een door de zorgverzekeraar vastgestelde maximumvergoeding, waarvoor de leverancier een passend hulpmiddel moet leveren. De gehanteerde dagprijzen zijn soms gekoppeld aan categorieën (patiëntprofielen) en gebaseerd op een gemiddeld gebruik per categorie, waarbij de leverancier van hulpmiddelen tekent voor het risico. Het indelen in categorieën maakt de bewegingsvrijheid van de verstrekker beperkter, zo signaleren sommigen. Het leidt volgens hen weg van maatwerk. Met dagprijzen wentelen zorgverzekeraars het verzekeringsrisico als het ware af op de leveranciers, wanneer dezen moeten tekenen voor een dagprijs bij elke categorie en de bijbehorende productgroep. Zoals een van de leveranciers het formuleert: ‘Dus óf je doet het onder de kostprijs, óf je probeert het ergens anders te compenseren. In alle gevallen is de kwaliteit in het geding.’ De leverancier moet zijn totale bedrijfsvoering financieren vanuit de marge op het product. Er is geen aparte vergoeding voor de dienstverleningscomponent, zoals bij huisartsenzorg of de farmacie in de apotheek het geval is. Het is dus zoeken naar ruimte om te kunnen blijven leveren (bijvoorbeeld door een goedkoper product te leveren of de service te ‘verschralen’). Volgens enkele gesprekspartners onttrekt de zorgverzekeraar zich in de huidige situatie aan de plicht zich te verdiepen in de afweging tussen prijs, kwaliteit en functionele noodzaak van de betreffende hulpmiddelen.

De dagprijs is volgens veel gesprekspartners amper toereikend om materiaal te verstrekken, laat staan om de beoogde begeleiding van de gebruiker voldoende te kunnen vormgeven. Daarnaast is het niet duidelijk welk percentage besteed wordt aan hulpmiddelenzorg en welk percentage naar het hulpmiddel gaat. Volgens enkele gesprekspartners worden leveranciers zo een soort veredelde postorderbedrijven, terwijl gebruikers van hulpmiddelen vaak blijvend advies nodig hebben van voldoende gekwalificeerde zorgverleners, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen. Dat vergt volgens zorgverleners in deze verkenning in elk geval meer dan één ‘telefonische intake’. Zijn er nieuwe producten op de markt? Bestaan er gewijzigde inzichten over veilig gebruik? Of is bijvoorbeeld iets in het lichaam zelf veranderd, waardoor de patiënt voortaan beter af is met een ander product? Om dergelijke vragen goed te kunnen bespreken met de gebruiker, is een persoonlijk contact vaak noodzakelijk, bepleiten zorgverleners. Overigens constateren ook zorgverzekeraars dat na een indicatie het gebruik van een hulpmiddel vaak amper – of weinig systematisch – door de betrokken zorgverleners wordt geëvalueerd.

2.3.2 Kiezen op een ondoorzichtige markt

Op papier ziet het inkoopbeleid er vaak mooi uit en lijkt de kwaliteit goed gewaarborgd, zo schetsen enkelen de situatie. Maar als het tarief met tientallen procenten omlaag gaat, vrezende enkele leveranciers dat het ergens gaat wringen. Uiteindelijk is volgens hen de patiënt vaak het kind van de rekening als de prijsdruk toeneemt. Andermaal wijzen met name zorgverzekeraars op het weinig transparante karakter van de hulpmiddelenmarkt. Ze karakteriseren het gangbare keuzeprocess in termen van ‘merkgericht voorschrijven’ door zorgverleners en leveranciers en spreken over ‘commercieel geweld’ door de

producenten, dat het keuzeprocess vertroebelt. Keuze en beschikbaarheid worden beïnvloed door marketingacties van fabrikanten, geven enkele gesprekspartners aan. Fabrikanten voorzien bijvoorbeeld ziekenhuizen van gratis materialen, die vervolgens bijna als vanzelf door zorgverleners worden voorgesteld als hét passende hulpmiddel.

Grote zorgorganisaties (en ziekenhuizen) beperken de keuze zelf ook, door bepaalde hulpmiddelen tegen een gereduceerde prijs in bulkhoeveelheden aan te schaffen. Door gezamenlijk in te kopen, creëren ziekenhuizen een machtspositie ten opzichte van leveranciers. Daar geldt dat de kwaliteit van zorg ondergeschikt kan raken aan de logistiek van een instelling. Zorgverleners plaatsen hierbij een relativerende kanttekening. De geschetste situatie geldt wellicht in de klinische setting, aldus een van hen, maar een ziekenhuis kan ook niet alles in huis hebben en moet dus ergens een keuze maken. Het kan misgaan bij de overstap naar de thuissituatie. Een goed opgeleide én goed geïnformeerde zorgverlener kan juist dan met de patiënt samen bekijken welk hulpmiddel in zijn of haar situatie het beste past, en dat zou heel goed een ander merk of een ander type hulpmiddel kunnen zijn. Om vervolgens een goede evaluatie van het gebruik te garanderen, is het noodzakelijk om ook wijkverpleegkundigen en thuiszorgmedewerkers goed te scholen op het gebied van functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg. Net als de gespecialiseerde verpleegkundigen moeten zij een breed overzicht hebben van wat er beschikbaar is, en adequaat kunnen signaleren (en eventueel verwijzen) als er gaandeweg wat mis gaat in het gebruik. Op al deze terreinen – transparantie, inzicht in de inkoop, plus een goede indicatie, begeleiding en evaluatie van het gebruik – is nog een wereld te winnen, zo stellen zorgverleners.

'Ik zit met mijn continentieproblemen in categorie 4 van de 7. Voor die categorie is een dagprijs van 1 euro 50 vastgesteld. Daarvan worden mijn continentiematerialen betaald, maar ook de begeleiding. Dat kan natuurlijk niet uit. Dus komt er een onervaren meisje van de apotheek langs met een checklist. Het heet 'geprotocolleerd werken', maar het is een afvinklijstje dat vanzelf naar het goedkoopste materiaal leidt.'
- Een hulpmiddelengebruiker

2.4 Thema 3: Onvoldoende zicht op productkwaliteit

Enkele gesprekspartners wijzen op de risico's van een onvoldoende scherpe toets op de productkwaliteit van hulpmiddelen. Op papier is die toets er wel, want elk product moet een CE-markering hebben voordat het wordt toegelaten op de Nederlandse hulpmiddelenmarkt. Maar deze markering zegt alleen iets over de veiligheid van een product en weinig over bruikbaarheid en effectiviteit. Ook is de toets soms letterlijk 'van papier'; de markering kan overal in Europa worden aangevraagd op basis van papieren informatie van de producent¹⁶. Er vindt geen effectiviteitstoets plaats in de praktijk, zoals dat met geneesmiddelen gebeurt. Dit is wel essentieel om de effectiviteit van hulpmiddelen te kunnen duiden en de kwaliteit van hulpmiddelen te waarborgen. Op Europees niveau wordt er veel samengewerkt tussen de lidstaten met betrekking tot de regelgeving rondom markttoelating. De handhavingsmogelijkheden per lidstaat verschillen echter.

Als het gaat om toegelaten hulpmiddelen (met CE-markering) houdt de IGZ vanuit het programma Medische technologie toezicht op basis van de Wet op de medische hulpmiddelen, het Besluit medische hulpmiddelen en de Richtlijn 93/42/EEG. Volgens een toelichting van de IGZ besteedt deze wetgeving niet alleen aandacht aan de rol en verantwoordelijkheden van de fabrikant¹⁷, maar ook aan die van de

¹⁶ De IGZ wijst erop dat het Europees wetgevend systeem innovatie niet wil afremmen en mede daarom uitgaat van een relatief laagdrempelige markttoelating, in combinatie met de verplichting voor fabrikanten om hun producten adequaat te monitoren ná de markttoelating. Medische hulpmiddelen vallen onder Europese wetgeving, in Nederland vertaald in de Wet op de medische hulpmiddelen en het Besluit medische hulpmiddelen.

¹⁷ Op dit moment vinden er met name inspecties plaats bij (Nederlandse) fabrikanten van IVD's en van medische hulpmiddelen klasse I. Deze laatstgenoemde fabrikanten melden zich aan bij het CIBG, en alleen wanneer de producten een meetfunctie hebben of steriel in de handel worden gebracht, is hierbij een Notified Body betrokken. Dit jaar worden er ongeveer 200 inspecties uitgevoerd. De inspectie controleert of de fabrikant voldoet aan de eisen die de wet- en regelgeving stelt. Wanneer dit niet het geval

wederverkoper en de toepasser van een medisch hulpmiddel. Er is dus zeker aandacht voor de keten die een medisch hulpmiddel doorloopt, van ontwikkeling tot toepassing, aldus de IGZ.

2.4.1 Twijfels over toets op kwaliteit

Zeker nu de prijsdruk toeneemt, lijkt de drempel lager voor het verstrekken van hulpmiddelen die minder van kwaliteit zijn (en mogelijk ook onveilig voor de gebruiker, in elk geval zonder goede begeleiding en instructie). Zo worden al glucosemeters verstrekt waarvan niet goed bekend is wat de foutmarges zijn, signaleren patiëntenorganisaties. Uit aanbestedingen voor glucosemeters door verzekeraars komt soms een product als winnaar uit de bus waarvan de kwaliteit nog niet goed bekend is, aldus een van de gesprekspartners in de verkenning. De prijs is enorm gedrukt en leveranciers benaderen patiënten steeds vaker om aan hen goedkopere meters te slijten. Die hoeven niet per se slechter te zijn, zo zeggen patiëntenvertegenwoordigers, maar een duidelijke kwaliteitstoets ontbreekt. Verzekeraars stellen steeds striktere kwaliteitseisen aan de producten, maar eenheid is er nog niet¹⁸. Sommige verzekeraars nemen overigens wel duidelijk het voortouw, bijvoorbeeld door het hanteren van ISO- en TÜVRheinland Nederland-normen naast de CE-markering. Verzekeraars zien in dit soort beleid – dat nu in het geval van diabetesmateriaal ook uitvoerig met de betreffende patiëntenvereniging en de beroepsorganisaties wordt besproken – een goed drukmiddel om productkwaliteit te realiseren.

2.4.2 De macht van de gebruiker

Gebruikers kunnen zelf ook een rol spelen in de bewaking van de kwaliteit van producten, zoals dat in de consumentenmarkt aan de orde is. Toen een incontinentiematerialenfabrikant een veel gebruikt product verving door een nieuwe variant, regende het op het forum van lotgenotengroep Incoclub klachten over lekkages en ander ongemak. Binnen *no time* was het nieuwe product weer van de markt. Een dergelijke correctie is weliswaar een prima kwaliteitsmechanisme, het lijkt niet voldoende voor het garanderen van de effectiviteit van hulpmiddelen. Van verschillende kanten is in deze verkenning benadrukt dat daar veel strenger op zou moeten worden toegezien.

'Laatst was er een patiënt die ineens een andere glucosemeter kreeg. Hij werd erdoor verrast en kreeg ook geen goede instructies. Hij zag een bepaald getal in het scherm aan voor de hoeveelheid insuline die hij moest gebruiken. Helemaal fout, bleek al snel. Zijn behandelaars zijn twee weken bezig geweest om hem weer goed in te stellen.' - Een patiëntenorganisatie

2.5 Thema 4: Onduidelijkheden over indicatie en professionele (keuze)begeleiding

Een van de grootste manco's in de huidige hulpmiddelenzorg, is het nog altijd goeddeels ontbreken van professionele richtlijnen en protocollen voor de hulpmiddelenzorg. Er is inmiddels een evidence-based richtlijn én een protocol hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma, maar in het veld bestaan nog twijfels over de bruikbaarheid van deze documenten in de dagelijkse praktijk. De richtlijn is volgens sommigen te gedetailleerd uitgewerkt en het vergt nog een praktijktoets om deze daadwerkelijk te kunnen implementeren. De bijbehorende protocollen worden nog onvoldoende scherp en doelgericht ontwikkeld. Toch is de formulering van de basisrichtlijn een belangrijke stap, omdat zo in elk geval de inzet van stomahulpmiddelen in een breder zorgkader is gebracht als onderdeel van het behandeltraject. Dat geeft

is, volgt handhaving in de vorm van een officiële waarschuwing of boete. Naast inspecties rond medische hulpmiddelen klasse I, voert de inspectie ook bezoeken uit bij fabrikanten van hogere risicoklassen medische hulpmiddelen (klasse IIa, IIb en III). Daarnaast houdt de inspectie (in samenwerking met andere lidstaten) toezicht op Notified Body's.

¹⁸ Het valt buiten de scope van deze verkenning om hier dieper op in te gaan. Hoe komen deze kwaliteitseisen tot stand? Gebeurt dat volgens een bepaalde systematiek? En in welke mate is er eenheid tussen eisen van verschillende verzekeraars? De beantwoording van dergelijke vragen verdient nader onderzoek.

de zorgverlener – met name de gespecialiseerde verpleegkundige – een duidelijker positie in de begeleiding van patiënten. En in de processen die leiden tot een keuze voor het best passende hulpmiddel.

2.5.1 Indicatie gezamenlijk vormgeven

Waar richtlijnen en bijpassende protocollen ontbreken, is te weinig ‘tegenmacht’ om bepaalde prijsmechanismen goed onderbouwd te compenseren vanuit overwegingen van kwaliteit. Het ontbreekt gebruikers en zorgverleners dan immers aan goede argumenten om het beleid van verzekeraars te toetsen. Een van de gesprekspartners van een patiëntenorganisatie stelde dat de zorgverzekeraar in principe fungeert als een zaakwaarnemer van de hulpmiddele gebruiker. Volgens hem mag van de verzekeraar verwacht worden dat hij een goede kwaliteit voor een scherpe prijs inkoopt. Veel gebruikers zien eerder ‘hun’ zorgverlener als zaakwaarnemer, anderen weer verwachten deze rol van de producent of leverancier van het hulpmiddel. Er zou veel te winnen zijn met een sterkere onderlinge afstemming en een structurele samenwerking aan goede zorg, aldus deze gesprekspartner. Vanuit de verzekeringswereld wordt zijn inschatting beaamd. Volgens hen is het probleem niet opgelost als de keuze voor een hulpmiddel uitsluitend in de behandelkamer gemaakt zou worden, zoals sommigen bepleiten. Juist vanwege het gebrek aan transparantie in de markt en de marketingstrategieën van fabrikanten is het risico dan te groot dat commerciële belangen keuzes bepalen. De zorgverlener kan een duidelijke adviesrol hebben, mits die onafhankelijk wordt ingevuld, met de verzekeraars.

2.5.2 Van protocol naar ‘afvinklijstje’

Nu professionele standaarden goeddeels ontbreken, maken veel zorgverzekeraars en leveranciers hun eigen protocollen. Dat is funest voor een goede indicatie, zo stelt een gesprekspartner van een beroepsorganisatie vast, en patiënten snappen het niet meer. ‘Je ziet het al bij medische speciaalzaken; die hebben allemaal hun eigen lijstjes,’ aldus deze zorgverlener. Onduidelijke richtlijnen verworden dan al snel tot ‘afvinklijstjes’ die amper nog aansluiten bij de bedoeling van functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg.

Onderstaande quote van een zorgverlener gaat over onduidelijkheden over indicatie en professionele (keuze)begeleiding en laat zien dat problemen binnen de hulpmiddelenzorg te maken kunnen hebben met de bredere organisatie van de zorg, in dit geval de organisatie binnen ziekenhuizen en een onvoldoende aansluiting met de zorg thuis.

‘Door bezuinigingen wordt de begeleiding minder. Een gebruiker kreeg in zijn ziekenhuis een paar dagen geen contact met een stomaverpleegkundige. Uiteindelijk belde hij maar de leverancier van zijn materiaal, maar die kon hem op afstand niet adequaat adviseren. Deze meneer had twee dagen niet durven eten en drinken vanwege zijn stomaproblemen...’ - Een zorgverlener

2.6 Thema 5: De gebruiker staat niet sterk genoeg

De mondigheid van gebruikers verschilt in de praktijk sterk. Een patiëntengroep als mensen met een dwarslaesie is goed georganiseerd en heeft ook veel ervaring met ingewikkelde keuzeprocessen als het gaat om hulpmiddelen. Hoewel veel stomapatiënten vanuit hun ervaring in de medische wereld ook vaak een wat steviger positie in dit proces hebben, geldt – net als voor de diabeteszorg en voor gebruikers van incontinentiemateriaal – dat velen van hen toch over relatief weinig gezondheidsvaardigheden¹⁹

¹⁹ Gezondheidsvaardigheden zijn ‘de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.’ Zie: <http://www.gezondheidsvaardigheden.nl>,

beschikken. Ook zitten er naar verhouding veel kwetsbare ouderen tussen gebruikers van de hulpmiddelen die in deze verkenning centraal staan. Bij deze groepen is de mondigheid gemiddeld een stuk minder. Voor een goede, intensieve begeleiding door onafhankelijke zorgverleners om hen te ondersteunen, is volgens velen echter te weinig ruimte gezien de budgettaire beperkingen waarmee de hulpmiddelenzorg momenteel te maken heeft. Bovendien is de positie van de patiënt onvoldoende stevig verankerd in richtlijn- en protocolontwikkeling en in beleidsvorming rond inkoop en verstrekking van hulpmiddelen.

2.6.1 Onvoldoende toegankelijke en begrijpelijke informatie

De informatiebehoefte van gebruikers verschilt sterk. Een deel van hen wil alles tot in detail zelf uitzoeken. Anderen worden juist gek van alle informatie, zoals een zorgverlener het uitdrukte. Die groep moet je volgens haar de informatie in porties geven. Maatwerk dus. Begeleiding is volgens deze zorgverlener cruciaal, want de gebruiker moet wel goed geïnformeerd zijn om aan zelfmanagement te kunnen doen. Volgens veel gesprekspartners ontbreekt het daarnaast aan goede ondersteuning van gebruikers in de vorm van toegankelijke productinformatie en bruikbare keuzehulpen. De Hulpmiddelenwijzer wordt door velen weliswaar als een belangrijk initiatief gezien, de praktische bruikbaarheid ervan is naar hun idee toch nog onvoldoende doorontwikkeld. In de praktijk wordt de Hulpmiddelenwijzer weinig geraadpleegd. In de meldactie van de NPCF noemde slechts 1 procent deze website als informatiebron. Nu weten mensen vaak niet wat er bestaat en zijn ze te veel afhankelijk van de (soms gekleurde) adviezen van zorgverleners of leveranciers of het preferentiebeleid van hun zorgverzekeraar. Sommigen missen in instrumenten als de Hulpmiddelenwijzer bijvoorbeeld reviews van gebruikers, een mooi middel om informatiepositie van gebruikers te versterken. Mensen hebben – net als bij veel andere keuzes in hun leven – vaak maar een paar heel concrete vragen: wat kost het mij, waar kan ik terecht, wat is de kwaliteit van het gebodene en wat zijn de ervaringen van andere gebruikers? De antwoorden op dergelijke vragen zijn nu nog lastig te vinden.

2.6.2 Emancipatie van gebruikers

Deels is de versteviging van de positie van hulpmiddelegebruikers een kwestie van emancipatie. Een gesprekspartner van een patiëntenorganisatie constateert dat veel mensen hun ongemakken wegstoppen, omdat het over persoonlijke en soms zelfs intieme zaken gaat. Maar, zo vroeg hij zich af, hoe kun je verwachten dat de samenleving blijft bieden wat je nodig hebt als je niet zegt waar je mee te kampen hebt? Gebruikers zullen volgens deze gesprekspartner veel meer 'uit de kast' moeten komen om zo hun positie als het ware te kunnen opeisen.

'De wereld van de patiëntenorganisaties is te veel versnipperd. Voor een goede belangenbehartiging zou een bundeling veel effectiever zijn. Een zorgverzekeraar kan nu eenmaal niet met vele tientallen organisaties om de tafel gaan.' - Een patiëntenorganisatie

2.7 Thema 6: Overvleugelen resultaten op korte termijn opbrengsten op lange termijn?

Mede door de grote nadruk op prijs, zo constateren vrijwel alle gesprekspartners in deze verkenning, komen de mogelijke langetermijngevolgen van besparingen op korte termijn amper in beeld. De uitdrukking *penny wise, pound foolish* is in veel gesprekken teruggekomen. Zeker bij grote aantallen zijn met kleine prijsverschillen vrij forse resultaten te boeken. Maar het gevoel bestaat dat een deel van deze besparingen zich elders (of later) wrekt in noodzakelijke zorg die voortkomt uit het gebruik van een onvoldoende passend hulpmiddel. Of uit het verkeerd gebruiken van een passend hulpmiddel, bijvoorbeeld omdat er te weinig tijd is voor goede instructie en begeleiding. De inkoop van hulpmiddelen wordt misschien goedkoper, maar over de hele linie kan het weleens anders uitpakken, zo vrezen sommigen.

2.7.1 Onvoldoende data beschikbaar

Een probleem is dat we erg weinig weten over het werkelijke gebruik van hulpmiddelen in verband met functioneringsproblemen. Het beleid baseert zich op de GIP-data (zie ook bijlage B), maar die data gaan alleen over het gebruik van materialen aangeleverd door zorgverzekeraars, stelde een gesprekspartner vast. Dus ook door anderen dan mensen met functioneringsproblemen. Als voorbeeld noemde deze gesprekspartner het gebruik van stomamateriaal bij kinderen met fistels. Dit maakt het moeilijk om goed in beeld te krijgen hoeveel stomapatiënten er zijn en hoe de functiegerichte aanspraak bij die groep uitpakt. Een ander probleem is dat het voor zorgverzekeraars lastig is om te bepalen welk hulpmiddel nu wel of niet onder verzekerde zorg zou moeten vallen. Er is amper evidence voorhanden of een hulpmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals de Zvw voorschrijft.

2.7.2 Maatschappelijke opbrengsten niet duidelijk

De kosten en baten van hulpmiddelenzorg op lange termijn zijn onbekend. En wat is bijvoorbeeld de toegevoegde waarde op terreinen als (arbeids)participatie, zelfredzaamheid en zelfmanagement? Meer ruimte voor echte hulpmiddelenzorg – die dus verder reikt dan het efficiënt verstrekken van een hulpmiddel²⁰ – zal zich waarschijnlijk op die domeinen zowel letterlijk als figuurlijk uitbetalen, zo stellen enkele gesprekspartners vast. We zouden een meer integrale kijk op hulpmiddelenzorg moeten ontwikkelen, waarin we ook kijken naar de kwaliteit van leven van mensen met beperkingen, zo luidt hun pleidooi. Een voorbeeld is dat pubers hun diabetes zo veel mogelijk onzichtbaar willen houden. Zij meten hun bloedglucose alleen als ze kunnen beschikken over hulpmiddelen waarmee je dat zo onopvallend mogelijk kan doen. Het voorbeeld laat zien hoe belangrijk het is zeggenschap te houden over je eigen leven én de keuzes die je maakt.

Hoe dergelijke opbrengsten op de lange termijn er in kwantitatieve én kwalitatieve termen kunnen uitzien, is op dit moment nog niet goed hard te maken. Het is nog niet duidelijk hoe we de kosten en baten van persoonlijke keuzes, voorkeuren en wensen – die vaak over een langere termijn spelen – kunnen verenigen met een budgettair verstandige omgang met de directe kosten van een hulpmiddel. Op dit moment lijkt de keuze voor (financiële) resultaten op korte termijn steeds meer vóór te gaan op keuzes voor kwaliteit in brede zin. Het blikveld wordt nog verder beperkt doordat er vrijwel geen zicht is op het werkelijke (functioneringsgericht) gebruik van hulpmiddelen. Een adequate *health technology assessment* zou daarbij behulpzaam kunnen zijn, menen enkele gesprekspartners. Daarin worden immers niet alleen de effecten maar ook kostenaspecten integraal meegenomen.

2.7.3 Nieuw én voortgezet onderzoek

Zeker gezien de snelle technologische ontwikkelingen, moet onderzoek zich ook richten op nieuwe toepassingen, zowel rond de inzet van bestaande technologie voor nieuw doeleinden als rond nieuwe producten. Bij de presentatie van het advies 'Consumenten-eHealth' op 21 april 2015²¹, stelde RVZ-voorzitter Pauline Meurs dat het ministerie van VWS moet onderzoeken welke apps en elektronische apparaten voor de gezondheidszorg in het basispakket moeten worden opgenomen²².

²⁰ Zie de zes dimensies van kwaliteit in paragraaf 1.3 en de breed gedeelde uitgangspunten voor goede hulpmiddelenzorg in paragraaf 2.1.

²¹ Zie <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/consumenten-ehealth>.

²² 'Veiliger en goedkoper: spreekuur via de iPad', in de Volkskrant, 21 april 2015, interview door Gerard Reijn.

Als ze niet in het basispakket vallen, dreigen die nieuwe hulpmiddelen buiten bereik te blijven voor zwakkere groepen als armen en ouderen. Het kan gaan om meetapparatuur zoals weegschalen of bloedwaardemeters, maar ook om apparaten als tablets. Om de vinger aan de pols te houden is bovendien een structurele monitoring van hulpmiddelengebruik (inclusief de ervaren knelpunten daarin) van belang, zoals het NIVEL bepleit in zijn rapport.

'Doelmatige diabeteszorg gaat niet alleen over bloedglucose meten en hoeveel strips je daarvoor nodig hebt. Het gaat er ook om dat de patiënt de meter goed gebruikt. Die meter is onderdeel van de therapie, en niet alleen maar een hulpmiddel. Je hebt het dus ook over educatie, over zelfmanagement, over leven met je aandoening.' - Een zorgverlener

3. Hobbels en valkuilen op weg naar functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg

3.1 Inleiding

In zijn praktijkevaluatie heeft het NIVEL zijn panels gevraagd naar ervaringen met hulpmiddelen. Ook heeft de NPCF recent een meldingsactie rondom hulpmiddelen²³ afgerond waarop meer dan 9.000 gebruikers hebben gereageerd. Uit beide initiatieven komen enkele duidelijke knelpunten naar voren, die ook in deze verkenning worden bevestigd. Het NIVEL-rapport meldt dat veel gebruikers telkens opnieuw allerlei informatie over hun functioneringsprobleem op tafel moeten leggen en dat de aanvraagprocedure vaak erg ingewikkeld is. Ook beklagen gebruikers zich over een beperkte keuze in leveranciers en in type hulpmiddelen. Voor sommige gebruikers speelt daarbij het probleem van een te hoge eigen bijdrage of andere financiële beperkingen. De meeste gesprekspartners in deze verkenning herkennen de knelpunten die het NIVEL noemt. Hieronder ordenen we een selectie van de knelpunten²⁴ uit de gesprekken aan de hand van de zes hoofdthema's die in het vorige hoofdstuk naar voren zijn gekomen.

3.2 Thema 1: Knelpunten in de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg

- Er is onvoldoende overeenstemming over de optimale balans tussen maatwerk en een werkbaar (en houdbaar) systeem. Keuzevrijheid is belangrijk, maar de bomen hoeven ook weer niet tot in de hemel te groeien. Een groot probleem is het gebrek aan transparantie, welbeschouwd op alle deelterreinen van de hulpmiddelenmarkt. Niemand heeft goed zicht op de manier waarop keuzes 'gedicteerd' worden, of dat nu door de verzekeraar, de producent of leverancier of de zorgverlener gebeurt. En er is onvoldoende transparantie over kosten, marges en opbrengsten of toegevoegde waarde voor het functioneren van de gebruiker.
- Zorgverzekeraars zetten druk op de markt. Dat is ook hun rol. Maar volgens sommige gesprekspartners in deze verkenning worden zij niet gecontroleerd op de naleving van hun zorgplicht²⁵. Patiëntenorganisaties weten dat er in de hulpmiddelenzorg klachten bestaan over de kwaliteit van de zorg. Ook is bekend dat verzekerden daarmee naar hun verzekeraar bellen. Maar deze klachten 'blijven hangen' bij de zorgverzekeraar. Probleem is dat slechts een klein deel van de geschillen het Zorginstituut bereikt. Navraag leert dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) in de eerste helft van 2015 twaalf keer een advies van het Zorginstituut heeft gevraagd over uiteenlopende extramurale hulpmiddelen in de Zvw.
- Juridisch gezien staat de gebruiker vrij stevig, maar in de praktijk komt dit steeds minder tot uiting. Op basis van de wet heeft de gebruiker een goede kans om gelijk te krijgen bij problemen. Maar de juridische route is niet de meest gewenste om kwaliteit van zorg af te dwingen.
- Er zijn signalen dat de zorgverzekeraar te veel op de stoel van de behandelaar gaat zitten. Bijvoorbeeld door specifieke normen vast te stellen hoe vaak bepaalde hulpmiddelen (of onderdelen daarvan) moeten worden vervangen. Door het ontbreken van wetenschappelijke evidence kunnen verzekeraars deze normen niet goed onderbouwen. Verzekeraars zijn bij het vaststellen van eigen normen overigens wel verplicht om een mogelijkheid te bieden daarvan af te wijken als het noodzakelijk is. Tussen verzekeraars en gebruikers ontstaan dan wel eens verschillen van mening over wat dan 'noodzakelijk' is.

²³ In deze meldactie ging het niet alleen om extramurale hulpmiddelen in de Zvw, maar ook om hulpmiddelen in de Wmo.

²⁴ De volgorde van de genoemde knelpunten is willekeurig en geeft geen volgorde van belang aan. In een eventueel vervolg op deze verkenning zullen prioriteiten gesteld moeten worden.

²⁵ De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars op grond van signalen uit het veld. Tot de zomer 2015 ontving de NZA weinig tot geen signalen over de hulpmiddelenmarkt, dat is nu aan het veranderen.

- Verzekeraars constateren dat er na een indicatie het gebruik van een hulpmiddel vaak amper – of weinig systematisch – door de betrokken zorgverleners wordt geëvalueerd. Dat betekent dat het bij eenmaal ingezette hulpmiddelenzorg vaak onduidelijk is of het eenmaal ingezette hulpmiddel ook daadwerkelijk bijdraagt aan een beter functioneren en daarmee aan de kwaliteit van leven. Laat staan dat onderzocht wordt of een ander hulpmiddel misschien beter past bij het beoogde doel en het behandelplan dus moet worden aangepast.
- Er is een spanningsveld tussen een functiegerichte indicatiestelling en doelmatigheid. Vanuit het functioneren gezien is het doelmatig als een hulpmiddel de gebruiker helpt om in het dagelijks leven uit de voeten te kunnen (functies, activiteiten, participatie). Als financier vertaalt de zorgverzekeraar de term 'doelmatig' echter eerder in financiële termen (lees: de kosten van het product). 'Vraaggerichte zorg' en 'maatwerk' zijn volgens sommigen onvoldoende ingebed in de denk- en handelwijze van de zorgverzekeraar.
- Er zijn onvoldoende mogelijkheden voor gebruikers (of de bestaande mogelijkheden zijn onvoldoende bij hen bekend) om klachten en andere signalen af te geven over de kwaliteit, effectiviteit en veiligheid van hulpmiddelen en/of de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg (de zorgplicht van de verzekeraar).
- Patiëntenorganisaties spelen geen rol bij het inkoopbeleid van zorgverzekeraars, terwijl zij dé belanghebbende partij in de hulpmiddelenzorg zijn. Ze hebben echter geen gelijkwaardige positie.

'Stomazorg is meer dan een zak op iemands buikplakken. Kwaliteit van zorg gaat ook over zelfmanagement bijvoorbeeld. Dan is het essentieel de patiënt allereerst te zien als mens, dus niet alleen als gebruiker van een hulpmiddel.' - Een hulpmiddelengebruiker

3.3 Thema 2: Knelpunten in de verstrekking en begeleiding

- De keuze voor een hulpmiddel wordt mede beïnvloed door marketingstrategieën van producenten en leveranciers. Zij 'sturen' de keuze soms door gratis leveringen aan bijvoorbeeld ziekenhuizen. Of door potentiële gebruikers rechtstreeks te benaderen via stands op congressen waar ook patiënten komen. Dat betekent niet dat informatie van fabrikanten en leveranciers per definitie te wantrouwen is; relevante productinformatie bestaat naar de aard van de producten immers deels uit commerciële informatie. Wel is het belangrijk om een goede balans te vinden tussen het beschikbaar stellen van deze productinformatie en onafhankelijke beslisinformatie.
- De forse belangen in de hulpmiddelenmarkt belemmeren een onafhankelijke indicatie. Een autonome indicatie kan alleen als de gewenste functionaliteiten van het hulpmiddel beschreven worden en deze beschrijving 'merkgebonden' is.
- Zorgverleners hebben onvoldoende invloed op zowel de keuze voor een hulpmiddel als op de vaststelling hoeveel een bepaalde gebruiker ervan nodig heeft. Ook is er onvoldoende tijd voor individuele evaluaties van het gebruik (door zorgverlener en gebruiker samen).
- Niet alle betrokken zorgverleners bij hulpmiddelenzorg zijn voldoende gekwalificeerd om gebruikers voldoende te begeleiden en het hulpmiddel effectief te evalueren op zijn 'werkzaamheid'.
- Er bestaat onvoldoende evenwicht in de markt. De verzekeraarsmarkt wordt beheerst door een kleine groep grote spelers, maar hetzelfde geldt aan de kant van de producenten. Bij een beter evenwicht zou een dynamiek ontstaan die tot betere kwaliteit kan leiden. Nu die dynamiek ontbreekt, is er volgens sommigen eerder sprake van een dictaat dan van vrije onderhandeling.
- De markt is te weinig transparant, zowel op het gebied van de kwaliteit als de prijsstelling. Gebruikers en zorgverleners hebben amper zicht op de wijze waarop hulpmiddelenzorg wordt gecontracteerd. Laat staan dat ze er invloed op kunnen uitoefenen. Er is te weinig overleg tussen de verschillende betrokken partijen die de hulpmiddelenzorg moeten vormgeven.
- Door het inkoopbeleid van veel zorgverzekeraars wordt de zorgplicht voor adequate hulpmiddelen (het verzekeringsrisico) doorgeschoven naar de leverancier. De prikkel om goed te kijken naar het best passende hulpmiddel voor de gebruiker is daarentegen te zwak. Het inkoopbeleid laat niet altijd ruimte voor gepersonaliseerde zorg (maatwerk).
- Het prijsmechanisme lijkt sterker te zijn dan het kwaliteitsmechanisme.

'Gebruikers krijgen van hun leverancier vaak te horen: de verzekeraar vergoedt uw hulpmiddel niet meer! Maar dat is gewoon niet waar. De leverancier heeft een contract getekend en wil zo min mogelijk risico lopen. Hij dwingt op deze manier de niet goed geïnformeerde gebruikers om over te stappen naar een goedkoper hulpmiddel.' - Een patiëntenorganisatie

3.4 Thema 3: Knelpunten met betrekking tot de productkwaliteit

- De producten uit goedkoper producerende landen hoeven niet per se slecht te zijn, maar de kwaliteit van hulpmiddelen wordt niet systematisch onderzocht in de praktijk. De markttoelatingsprocedure met de CE-markering richt zich vooral op de veiligheid maar zegt weinig over de kwaliteit, bruikbaarheid of effectiviteit van een hulpmiddel. Meer inzicht daarin is noodzakelijk.
- Het ontbreekt aan generiek geformuleerde kwaliteitscriteria. Het is ondoenlijk om voor elk hulpmiddel zowel de productkwaliteit als de kwaliteit van het verstrekingsproces te omschrijven. Wel zijn algemene minimumnormen aan te geven. Ook zouden partijen meer kunnen doen om de kwaliteit van hulpmiddelenzorg te evalueren.
- De prijsdruk op de markt lijkt innovatie af te remmen. Ook als het gaat om zinvolle toepassingen, met name informatietechnologische functionaliteiten van hulpmiddelen (bijvoorbeeld in de diabeteszorg). Jonge, innovatieve bedrijven krijgen nog maar moeilijk toegang tot de markt, zeker als de lat bij inkooptrajecten alsmaar hoger komt te liggen.
- Er bestaat onduidelijkheid over de registratie van 'bijwerkingen' of andere gebruiksrisico's van hulpmiddelen²⁶. Voor bijwerkingen van geneesmiddelen is er het Lareb, maar een dergelijk eenduidig registratiepunt ontbreekt in de hulpmiddelenzorg. Ook is het toezicht op veiligheid en kwaliteit onvoldoende zichtbaar.

'Als er een fout geneesmiddel op de markt is, kan elke patiënt snel gelokaliseerd worden en kan het middel worden teruggehaald. Bij hulpmiddelen is er geen volgsysteem²⁷. De kwaliteitsmonitoring is niet georganiseerd.' - Een beroepsorganisatie

3.5 Thema 4: Knelpunten in de positionering en rol van de zorgverlener

- Er is een breed gedragen basisrichtlijn, maar de specifieke uitwerking in protocollen per hulpmiddelsoort komt maar niet van de grond. Ook komen hulpmiddelen in de bestaande zorgstandaarden en professionele richtlijnen vrijwel nergens expliciet ter sprake. De ontwikkeling van richtlijnen en protocollen voor hulpmiddelenzorg komt niet vanzelf van de grond. De beroepsgroepen zijn aan zet om multidisciplinaire consensus te bereiken, maar hebben naar eigen zeggen vaak te weinig procedurele kennis, geld en menskracht om het proces daadkrachtig op te pakken. Koepels van zorgverleners betrokken bij hulpmiddelenzorg (zoals V&VN) hebben vaak een zeer beperkte infrastructuur en beschikken over weinig financiële en personele middelen.
- Binnen ontwikkelprocessen van richtlijnen en protocollen is onvoldoende aandacht voor goede implementatiestrategieën. Ook ontbreekt het soms aan consensus onder zorgverleners, waardoor richtlijnen niet altijd breed worden gedragen en consequent worden gevolgd.

²⁶ De IGZ krijgt ongeveer 3.500 meldingen over hulpmiddelen op jaarbasis. Het gaat zowel om incidenten als om bijna-incidenten (dus als er iets mis had kunnen gaan). Deze (verplichte) meldingen komen van fabrikanten door heel Europa. Het gaat meestal niet om meldingen van klasse I producten (zoals stoma- en incontinentiemateriaal). Een zeer klein gedeelte van de meldingen komt van burgers, aldus de IGZ in een toelichting. Hiervoor is een apart meldformulier beschikbaar via de website van de IGZ. Deze meldingen komen binnen bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ).

²⁷ Er zijn overigens wel instrumenten beschikbaar, zoals het 'Stappenplan implementatie GS1-traceerbaarheid – ziekenhuizen'. Volgens een van onze gesprekspartners wordt dit instrument al wel gebruikt, maar moet het nog verder worden uitgewerkt om ook goed bruikbaar te zijn voor de hulpmiddelenzorg.

- Veel zorgverleners in de hulpmiddelenzorg staan nog niet sterk genoeg in hun schoenen. Daardoor kunnen ze niet alleen onvoldoende hun positie binnen de hulpmiddelenzorg bepleiten, ze merken ook dat ze onvoldoende onderlegd zijn om kritisch hun positie te bepalen tegenover marketingstrategieën van producenten. Het advies van een continentieverpleegkundige die een één-op-één relatie heeft met een gebruiker van incontinentiehulpmiddelen wordt vaak *overruled* door een aan de leverancier verbonden (telefonische) intake.
- Adequate hulpmiddelenzorg vergt een hoog kwalificatieniveau, met name van de betrokken gespecialiseerde verpleegkundigen. Bij voorkeur functioneren de beoogde zorgverleners op hbo-niveau. Specifieke opleidingen voor stomazorg, continenzorg en diabeteszorg hebben inmiddels ook een hbo-variant. Deze zijn echter nog niet allemaal gecertificeerd. Sommige gespecialiseerde verpleegkundigen hebben een masteropleiding gedaan, maar hbo- en masteropgeleide zorgverleners zijn nog in de minderheid.
- Bij hulpmiddelenzorg spelen niet alleen de gespecialiseerde verpleegkundigen een rol. Ook de paramedische beroepsgroepen, waaronder ergotherapeuten, fysiotherapeuten en logopedisten en de praktijkondersteuners uit de eerste lijn, zijn belangrijk. Het kwalificatieniveau van de laatstgenoemde beroepsgroep, vaak een mbo-4 uitstroomrichting, is volgens een van de gesprekspartners uit een beroepsorganisatie niet voldoende voor een goede ondersteuning van gebruikers van hulpmiddelen.
- Hulpmiddelenzorg vergt een goede overdracht (bijvoorbeeld tussen ziekenhuis en thuiszorg, verzorgingshuis of gemeente) en een integrale dossiervoering. Daarvan is nog geen sprake.

'De administratieve last is erg hoog. Een protocol is al snel te gedetailleerd. Wil je een protocol implementeren, dan moet het goed aansluiten bij de dagelijkse praktijk. Dan pas is het een zinvol instrument.' - Een zorgverlener

3.6 Thema 5: Knelpunten rond de (informatie)positie van de gebruiker

- Er zijn enkele keuzehulpen en informatiebronnen beschikbaar, maar de functionaliteit en actualiteit laat nog te wensen over. Ook ontbreekt het aan tools voor zelfmanagement, waarin het gebruik van hulpmiddelen een vanzelfsprekende plaats zou moeten hebben.
- Er is geen onafhankelijke, objectieve 'catalogus' van alle hulpmiddelen zoals dat bij geneesmiddelen wel het geval is met het Farmacotherapeutisch Kompas²⁸.
- Zonder goede zorgstandaarden en professionele richtlijnen is het moeilijk om goede keuzehulpen te maken.
- De gebruiker praat nog te weinig mee over de vormgeving van functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg.
- De gebruiker heeft onvoldoende kennis van zijn recht. In de polis staat: u heeft aanspraak op een passend hulpmiddel. Maar door verschillende interpretaties van zorgverzekeraars van de aanspraak, verdwaalt de patiënt in het oerwoud van polissen, zoals een van onze gesprekspartners het uitdrukt. Bovendien verschuilen zich in de contracten van zorgverzekeraars met de aanbieders feitelijke beperkingen. Deze hoeven niet noodzakelijkerwijs te leiden tot het niet kunnen bieden van een passend hulpmiddel. Het is echter niet duidelijk hoe vaak zorgverzekeraars in de praktijk uitzonderingen maken om mensen met speciale wensen of behoeften van een passend hulpmiddel te voorzien.
- De gebruiker heeft vaak onvoldoende zicht op houdbaarheidsproblemen in de zorg. In het keuzeproces voor het beste hulpmiddel, ontbreekt het ze aan goede informatie over de optimale verhouding tussen prijs en kwaliteit. De duurste oplossing is niet per definitie ook de beste; dat besef zou beter kunnen doordringen bij een deel van de gebruikers.

²⁸ In een brief aan de Tweede Kamer (11 februari 2015) schrijft Zorgverzekeraars Nederland: 'In veel gevallen ontbreekt een goede functionele omschrijving van het product. Met een onafhankelijke, functionele omschrijving zijn producten veel beter vergelijkbaar en wordt het voor iedereen inzichtelijk voor welke functionele aanspraak in de Zorgverzekeringswet het hulpmiddel geschikt is.'

'We hebben het over shared decision making. Daarvoor is goede informatie belangrijk. Veel mensen halen hun informatie van internet, maar die is vaak niet onafhankelijk of niet volledig. Voor een goed beeld is interactie nodig, bijvoorbeeld in communicatie met een gespecialiseerde zorgverlener.' - Een zorgverlener

3.7 Thema 6: Knelpunten in kennis over resultaten en opbrengsten

- Er is onvoldoende zicht op aard, omvang en karakteristieken van specifieke gebruikersgroepen. De beschikbare databases (bijvoorbeeld GIP) geven een onvolledig beeld (de data betreffen vooral de materialen, niet de gebruikers).
- Er is te weinig bekend over het effect van hulpmiddelen op bepaalde gezondheidsmaten (bijvoorbeeld het aantal hypo's bij mensen met diabetes). Daardoor ontbreekt een breder beeld van de (kosten)effectiviteit van hulpmiddeleengebruik. En andersom is het niet duidelijk wat de eventuele schade is (ook in financiële zin) van suboptimaal hulpmiddeleengebruik (verspilling).
- Het ontbreekt aan integrale kosten-batenanalyses rond de inzet van hulpmiddelen, waardoor de maatschappelijke baten en de 'return on investment' van goede hulpmiddelenzorg buiten beeld blijven.
- Het is onduidelijk wat de effectiviteit is van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Daardoor is niet bekend wat hun beleid oplevert in termen van compensatie van functioneringsproblemen, gezondheidswinst en kwaliteit van leven. Ook blijven potentiële besparingen op andere zorgkosten buiten beeld, zoals die voor verzorging en verpleging.
- Van innovaties is niet bekend in hoeverre ze (in potentie) bijdragen aan het compenseren van functioneringsproblemen. Hebben ze meerwaarde ten opzichte van de gebruikelijke zorg? Het is moeilijk vast te stellen of bepaalde innovaties onderdeel zouden moeten worden van het verzekerde pakket.
- Er liggen nog veel vragen open. Hoe ervaren patiënten de zorg en wat zijn hun keuzemogelijkheden? Wat voor soorten *outcome* zijn gewenst en hoe meet je die? Hoe stellen we vast wat hulpmiddelenzorg bijdraagt aan (arbeids)participatie, zelfmanagement en zelfredzaamheid?
- Meer onderzoek naar effectiviteit van de hulpmiddelenzorg is nodig. Het systematisch betrekken van kennis en ervaringen uit de praktijk is daarbij belangrijk. Daarvoor is een randomized controlled trial (RCT) mogelijk niet altijd de meest geschikte methode. Andere (aanvullende) onderzoeksmethoden en -strategieën kunnen nodig zijn om bewijs te verzamelen over de effectiviteit van hulpmiddelenzorg. Alleen is de onderzoeksinfrastructuur binnen de hulpmiddelensector niet sterk. Het zoeken naar de best bruikbare methoden, het versterken van de onderzoeksinfrastructuur en het van daaruit opzetten van effectiviteitsonderzoek vergen een gestructureerde en systematische aanpak.

'Mensen met een beperking moeten al zo veel inleveren. Voor hun maatschappelijke participatie is zelfbeschikking over eventuele hulpmiddelen onmisbaar. Ook voor dat soort opbrengsten moeten we oog hebben.' - Een patiëntenorganisatie

4. Oplossingsrichtingen voor betere hulpmiddelenzorg

Tijdens de consultatiebijeenkomst op 4 juni 2015 zijn de bevindingen uit de verkenning op hoofdlijnen gepresenteerd. Als voorzet voor de discussie zijn aansluitend vier aandachtsgebieden benoemd waar verbeteracties mogelijk zijn. Deze aandachtsgebieden komen voort uit de zes hoofdthema's van de besproken knelpunten. In dit hoofdstuk vatten we samen welke oplossingsrichtingen de betrokkenen in de verkenning zien op deze vier aandachtsgebieden. De eerste drie hoofdthema's – 1) knelpunten met betrekking tot de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg, 2) knelpunten met betrekking tot de verstrekking en begeleiding en 3) knelpunten met betrekking tot de productkwaliteit – zijn in dit hoofdstuk samengevoegd tot één oplossingsrichting: randvoorwaarden voor een gezonde hulpmiddelenmarkt (zie paragraaf 4.4). De overige hoofdthema's werken we uit in de paragrafen 4.1, 4.2 en 4.3.

4.1 Versterking (informatie)positie gebruiker

Uit de verkenning komt naar voren dat het belangrijk is de (informatie)positie van de hulpmiddelegebruiker te versterken. Zo kan de gebruiker een echte stem krijgen in beslissingen rond keuze én gebruik van hulpmiddelen. Niet alleen in zijn eigen persoonlijke geval, maar ook op het niveau van beleid en praktijk van hulpmiddelenzorg. De discussie over dit aandachtsgebied startte met twee hoofdvragen:

- Wat is nodig om de hulpmiddelegebruiker te voorzien van onafhankelijke (keuze)informatie?
- Wat is nodig om de positie van de hulpmiddelegebruiker te versterken in het beleid rond verstrekking en inkoop?

Volgens de deelnemers aan de verkenning hebben beide punten met elkaar te maken. Door de gebruiker te voorzien van onafhankelijke informatie, kan hij geholpen worden bij het maken van een goede keuze voor de meest adequate oplossing voor zijn functioneringsprobleem. Vanuit een goed geïnformeerde positie kan de gebruiker bovendien bijdragen aan het beleid én aan een praktijk die het functioneren van de gebruiker daadwerkelijk centraal stelt.

4.1.1 Toegankelijke (onafhankelijke) informatie

Een sterkere positie van de gebruiker begint bij toegankelijke en onafhankelijke (keuze)informatie. De bestaande informatiebronnen moeten doorontwikkeld en beter vindbaar worden. Bovendien zouden gebruikers er meer informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod moeten kunnen vinden. Het is zinvol om informatiebronnen als de Hulpmiddelenwijzer te koppelen aan andere betrouwbare bronnen, zoals www.kiesbeter.nl of www.zorginzicht.nl (Zorginstituut Nederland), www.zorgkaartnederland.nl (NPCF) en www.thuisarts.nl (NHG). Cruciaal onderdeel van onafhankelijke gebruikersvoorlichting is ook informatie over kosten. Vanuit een versterkt kostenbewustzijn kunnen gebruikers beter afgewogen keuzes maken én zinnvoller bijdragen aan het beleid.

4.1.2 Empowerment onderdeel van richtlijnen

Voor gedeelde besluitvorming is het niet voldoende de gebruiker te voorzien van onafhankelijke informatie. Er is ook een duidelijke rol weggelegd voor de zorgverlener, die vaardigheden moet hebben om het (keuze)gesprek met de gebruiker effectief te kunnen voeren (gezamenlijke besluitvorming, vaak ook *shared decision making* genoemd). Kwalitatief goede zorg wordt mogelijk als de door de cliënt gewenste kwaliteit van bestaan het uitgangspunt is in de relatie tussen de cliënt en de ondersteuner/zorgverlener. Zo kunnen zorgverlener en gebruiker adequaat onderzoeken wat de gewenste kwaliteit van leven is en hoe zorg – inclusief hulpmiddelenzorg – daaraan kan bijdragen. Onmisbaar instrument voor de ondersteuning van zo'n 'goed gesprek' zijn een persoonlijk zorg- en leefplan en praktische keuzehulp, gebaseerd op professionele kwaliteitsstandaarden.

4.1.3 Serieuze bijdrage aan het beleid

Een sterkere positie van de gebruiker moet ook merkbaar worden aan de spreekwoordelijke onderhandelingstafels. Door patiëntenparticipatie handen en voeten te geven in de beleidsvorming rond inkoop en verstrekking, krijgen gebruikers een serieuze stem in de vormgeving van functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg. Een patiëntenorganisatie als de Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) heeft daarmee goede ervaringen opgedaan, door al in een vroeg stadium met zorgverzekeraars om de tafel te zitten. Maar zij missen nog node een structurele erkenning als partij bij het inkoopbeleid, naast zorgverzekeraars en leveranciers/producenten. De stomavereniging wordt ook gevraagd om mee te denken in beleid. Zij merken dat er wel naar ze wordt geluisterd, maar dat die input vaak niet wordt opgenomen in het beleid. In welke mate dit gedaan wordt verschilt per zorgverzekeraar.

Deze aanbeveling vanuit de verkenning ondersteunt overigens de voornemens van het kabinet om de invloed van verzekerden op verzekeraars te vergroten. In haar Kamerbrief 'Kwaliteit loont' van 6 februari 2015 schrijft minister Schippers: 'De vertegenwoordiging van verzekerden krijgt de bevoegdheid om invloed uit te oefenen op het algemene beleid en de algemene gang van zaken alsook op het inkoopbeleid van de verzekeraar. Daardoor komt in het inkoopbeleid het belang van de patiënt meer centraal te staan.'

Als instrument dat de empowerment van patiënten kan ondersteunen is in de verkenning het Participatiekompas (www.participatiekompas.nl) genoemd, dat de weg wijst naar kennis en ervaringen over patiëntenparticipatie in onderzoek, beleid en kwaliteit van zorg. Deelnemers aan de consultatiebijeenkomst onderstrepen dat het belangrijk is patiëntenorganisaties voldoende te faciliteren om deel te nemen aan beleidsvorming. De verdere inrichting daarvan kan worden uitgewerkt als onderdeel van een gestructureerde aanpak van de verbetering van de hulpmiddelenzorg.

4.1.4 Een duidelijke plek voor klachten en ervaringen

Het ontbreekt nog aan een goed vindbare plek om slecht functionerende hulpmiddelen, ervaringen met hulpmiddelen en problemen met de aanspraak te melden. De Hulpmiddelenwijzer biedt weliswaar een mogelijkheid ervaringen te delen en op de site van de IGZ is een klachtenformulier beschikbaar, maar deze mogelijkheden worden niet optimaal benut door gebruikers en andere direct betrokkenen bij hulpmiddelenzorg²⁹.

De aanbeveling vanuit de verkenning om een goede klachtmogelijkheid te bieden, sluit aan bij het voornemen van de minister om een laagdrempelig klachtenloket te creëren voor klachten over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. In de hierboven genoemde brief 'Kwaliteit loont' schrijft minister Schippers dat ze 'het bestaande loket bij de NZa waar mogelijke overtredingen kunnen worden gemeld klantvriendelijker [zal] maken en uitbreiden. Op basis van deze signalen kan de NZa eerder besluiten om het gedrag van een bepaalde zorgaanbieder of verzekeraars nader te onderzoeken.' Deelnemers aan deze verkenning doen de suggestie om informatiesites gericht op zorgverleners en gebruikers (zoals de Hulpmiddelenwijzer) interactief te maken, inclusief ruimte voor klachten en ervaringen plus betere links naar de sites van IGZ, Zorginstituut Nederland en NZa om deze informatie adequaat door te leiden. De precieze uitwerking kan bij uitstek een plek krijgen in een gestructureerd vervolgtraject.

²⁹ Op de site van de pakketscan van het Zorginstituut Nederland (www.pakketscan.nl) is de pakketscan diabetes te vinden. Daar kunnen mensen ook hun ervaringen delen.

4.2 Versnelde ontwikkeling en implementatie richtlijnen en protocollen³⁰

De discussie over het tweede aandachtsgebied voor verbetering werd geopend met de volgende twee vragen:

- Hoe verbeteren we professionele begeleiding in hulpmiddelenzorg?
- Hoe faciliteren we de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en protocollen?

Volgens de deelnemers aan de verkenning heeft een versnelde ontwikkeling van professionele richtlijnen en protocollen een hoge prioriteit. Niet alleen is het noodzakelijk om het keuze- en indicatieproces werkelijk functioneringsgericht te maken en zo maatwerk te kunnen leveren. Ook is de beoogde versnelling en implementatie een cruciale voorwaarde om de professionele kwaliteit van hulpmiddelenzorg te borgen.

4.2.1 Hulpmiddelenzorg vergt ‘denken in de keten’

Alle deelnemers in de verkenning zien dat kostenbeheersing noodzakelijk is om goede hulpmiddelenzorg ook in de toekomst te kunnen blijven garanderen. Maar doordat het ontbreekt aan een integrale kijk op hulpmiddelenzorg – de keten is niet goed in beeld – dreigt kostenbeheersing de belangrijkste sturende factor te worden, terwijl het goedkoopste hulpmiddel niet altijd het voordeligste is. Hulpmiddelengebruik moet worden beschouwd in het kader van een integraal keuzeproces waarin het functioneren van de gebruiker centraal staat. En in de evaluatie van het gebruik moet voortdurend oog blijven voor de bijdrage van het hulpmiddel aan ditzelfde functioneren. Het idee: de gebruiker die de meest passende zorg krijgt, ‘kost’ uiteindelijk het minst. Deze aspecten moeten onderdeel zijn van professionele richtlijnen en protocollen. Zorglevering in een keten vraagt om een goede communicatie en beschikbaarheid van (relevante) informatie voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt. Een integraal (persoonlijk) dossier zou daarbij behulpzaam zijn. Ook gaat het om de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, waarbij rekening moet worden gehouden met het toetsingskader van het Zorginstituut (zie verder paragraaf 4.2.4).

Bij veel vormen van hulpmiddelenzorg is het belangrijk dat de gebruiker weet dat het hout snijdt als hij zich laat adviseren. De zorgverlener moet op zijn beurt onderscheid leren maken op basis van het *stepped care*-principe. Dus eerst zoeken naar een (para)medische oplossing van een functioneringsprobleem, en die eventueel structureel compenseren door een hulpmiddel als er geen (para)medisch antwoord is. Een goede richtlijn en een daarop gebaseerd protocol leidt zo tot een onderbouwing waarom gekozen wordt voor een bepaalde doelmatige oplossing van een functioneringsprobleem.

4.2.2 Duidelijkheid over de regierol in indicatie en begeleiding

In de praktijk van de hulpmiddelenzorg geschiedt de indicatiestelling voor een groot deel van de hulpmiddelen niet door een arts. In veel gevallen voeren gespecialiseerde verpleegkundigen de gesprekken over het bestpassende hulpmiddel, maar de leverancier zet vaak de beslissende stap in het keuzeproces. Daarbij worden de keuzes mede bepaald door de marges in het contract met de zorgverzekeraar. In de verkenning zijn twijfels geuit of het indicatieproces daarmee niet te ‘commercieel’ wordt. Of dat er een minimale indicatievariant ontstaat, waarin de keuze tot stand komt na een telefonische intake door de leverancier. Enkele deelnemers aan de verkenning pleiten ervoor dat de regie bij de gebruiker ligt, in overleg met de gespecialiseerd verpleegkundige. Het welbevinden van de gebruiker zou centraal moeten staan. Om de onafhankelijkheid en professionaliteit van het keuzeproces te

³⁰ In de gesprekken die voor de verkenning zijn gevoerd, werden termen als standaarden, richtlijnen en protocollen naast elkaar gebruikt. Sommige gesprekspartners wezen op het belang van eenduidigheid in terminologie. In de ‘Leidraad voor kwaliteitsstandaarden, versie 1’ van 8 december 2014 schrijft Zorginstituut Nederland: ‘Van oudsher beschrijven richtlijnen vooral de inhoud van de zorg [...]. Een zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van het gehele spectrum van zorgverlening en de daarbij behorende organisatorische aspecten, met name vanuit het oog van de zorggebruiker. [...] Producten die de toepassing van de kwaliteitsstandaard kunnen bevorderen zijn [onder meer] protocollen [...]’

waarborgen, zouden de voorwaarden precies omschreven moeten worden in een professionele standaard.

Er klinkt een sterk pleidooi voor de gespecialiseerde verpleegkundige als regisseur in de keuze, begeleiding en evaluatie van het gebruik van een hulpmiddel. In de professionele normen moet dan wel duidelijk omschreven staan hoe een gekwalificeerde zorgverlener indiceert, registreert en monitort. De gespecialiseerde verpleegkundige als regisseur zou ook baat hebben bij informatie-uitwisseling. Enkele deelnemers aan de verkenning stellen dat het er niet zozeer om gaat een specifieke professie of persoon aan te wijzen als regisseur. Hulpmiddelenzorg is teamwerk, dus het is vooral cruciaal om het volledige proces goed in beeld te hebben en dit vast te leggen in breed gedragen standaarden. Onderlinge communicatie afstemming zijn dan ook essentiële elementen van de beoogde richtlijnen en protocollen. Nader onderzoek is nodig om vast te kunnen stellen waar in verschillende vormen van hulpmiddelenzorg de regie zou kunnen liggen en onder welke voorwaarden.

4.2.3 Gebruikersparticipatie in richtlijnontwikkeling

Er is amper geld om richtlijnen en protocollen te maken en vacatie voor betrokkenen zorgverleners te betalen, laat staan om gebruikers te compenseren voor hun bijdrage. Dit wordt bevestigd door de ervaringen van het NEN. In de commissies die werken aan normen voor hulpmiddelen zijn patiëntenorganisaties nog weinig vertegenwoordigd, terwijl een goede terugkoppeling vanuit de gebruikersgroep juist essentieel is, aldus het NEN. Dat geldt ook voor hun bijdrage aan de ontwikkeling van professionele richtlijnen en protocollen. Andere deelnemers aan de verkenning onderschrijven dit pleidooi, maar geven daarbij aan dat patiëntenorganisaties dan wel gefaciliteerd moeten worden om hun deelname serieus te kunnen invullen. Zoals het NPCF het formuleert: ‘Je moet niet afhankelijk zijn van gunsten van meer kapitaalkrachtige deelnemers in het proces van richtlijnontwikkeling.’ Vanuit beroepsorganisaties wordt daaraan toegevoegd dat dit ook geldt voor de inbreng van zorgverleners, die hun werk voor hun organisatie veelal ook puur op vrijwillige basis doen.

4.2.4 Toetsingskader voor richtlijnen en protocollen

Zorginstituut Nederland kent een zogeheten Toetsingskader, een instrument om kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten te toetsen. De kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten die voor de toets slagen, komen terecht in het Kwaliteitsregister. Voor ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden is er een leidraad (Aqua³¹). Standaarden die volgens deze leidraad zijn ontwikkeld zouden aan het Toetsingskader moeten voldoen. Belangrijk is wel dat aanmelding tripartiet wordt gedaan, dus door zorgverleners, zorgverzekeraars en patiënten gezamenlijk. Bovendien is het een verplichting om van de richtlijn een patiëntenversie te maken. Instrumenten die niet slagen voor de toets of niet door drie partijen worden gedragen, komen niet in het Kwaliteitsregister, maar kunnen wel opgenomen worden in de Kwaliteitsbibliotheek van het Zorginstituut Nederland.

Deelnemers aan de verkenning onderschrijven het belang om beide mogelijkheden veel meer te benutten en zo de ontwikkeling van richtlijnen voor hulpmiddelenzorg te versnellen. Een goed voorbeeld van een intensieve samenwerking is de ontwikkeling van een protocol hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma. Daarin neemt Achmea het voortouw om in overleg met V&VN, de patiëntenorganisaties en de leveranciers van hulpmiddelen de gewenste werkwijze rond hulpmiddelen in protocollen te vertalen. Daarnaast koppelt ZonMw een extra impuls om de richtlijn voor stressincontinentie te herzien (en te voorzien van een keuzehulp voor incontinentiemateriaal) aan een doelmatigheidsonderzoek rondom bekkenbodematjes.

³¹ Zie www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/rubrieken/kwaliteit/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden-aqua-versie1-08122014/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden-aqua-versie1-08122014/Leidraad+voor+kwaliteitsstandaarden-Aqua-versie1-08122014.pdf

4.2.5 Gestructureerde stimulering van richtlijn- en protocolontwikkeling

Door alle deelnemers aan de verkenning is het genoemd: de versnelde ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor hulpmiddelenzorg is van groot belang. Richtlijnen beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren; ze helpen zorgverleners in hun advisering over passende zorg en vormen een uitgangspunt voor de gezamenlijke besluitvorming over het hulpmiddel dat vervolgens verstrekt wordt. Het pleidooi sluit aan bij wat de minister eerder schreef over afspraken met de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen: 'V&VN [zal] met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars – conform de uitgangspunten die het Kwaliteitsinstituut hanteert – richtlijnen voor het verpleegkundig en verzorgend handelen [ontwikkelen], waarbij ook kritisch wordt gekeken naar bestaande richtlijnen. De nieuwe richtlijnen moeten ondersteunend zijn aan de andere manier van werken, waarbij de nadruk ligt op kwaliteit van leven en welzijn.'³²

Inmiddels is voor de ontwikkeling van landelijke kwaliteitsstandaarden voor verpleegkundig en verzorgend handelen geld beschikbaar gesteld in een speciale programmalijn Kwaliteitsstandaarden binnen het ZonMw-programma Kwaliteit van Zorg³³. Het ministerie van VWS heeft voor 2015 een bedrag van 350 duizend euro vrijgemaakt en is voornemens om vanaf 2016 jaarlijks 1 miljoen euro structureel beschikbaar te stellen voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden op het gebied van verpleging en verzorging. Met deze subsidie wordt een basisinfrastructuur opgezet, waardoor met relatief beperkte middelen een impuls gegeven kan worden aan gerichte ontwikkeling van richtlijnen en protocollen rondom hulpmiddelen.

4.2.6 Implementatie, inclusief aandacht voor opleiding

De verantwoordelijkheid voor doorontwikkeling en beheer van richtlijnen en protocollen ligt in beginsel bij veldpartijen zelf. Waar het proces van ontwikkeling en implementatie vastloopt, kan de overheid dit faciliteren (zoals met de in de vorige paragraaf genoemde stimulans binnen het ZonMw-programma Kwaliteit van Zorg). Ook kan de overheid actie op dit terrein afdwingen, bijvoorbeeld via het Zorginstituut Nederland. In elk geval lijkt een systematische en gestructureerde aanpak noodzakelijk om de hulpmiddelenzorg ook op dit terrein een impuls te geven.

Wat betreft de implementatie is in deze verkenning de suggestie gedaan te werken met kwartiermakers. Zij kunnen met doorzettingsmacht bijdragen aan een model waarin richtlijnontwikkeling beter aansluit bij de praktijk. In een gestructureerd implementatieproces kan dan duidelijk worden wat wel en niet werkt. De regierol voor doorontwikkeling en beheer van richtlijnen en protocollen moet volgens enkele deelnemers aan de verkenning duidelijk worden belegd. Daarvoor is onder meer Zorginstituut Nederland genoemd.

Een effectieve implementatie vergt ook een gedegen na- en bijscholing van alle betrokken zorgverleners (inclusief bijvoorbeeld huisartsen). Bovendien zou hulpmiddelenzorg in de basisopleidingen in de zorg een betere plek moeten krijgen. De ontwikkelingen rond hulpmiddelenzorg gaan erg snel en niet iedereen hoeft alles van alles te weten, zo stelde een van de gesprekspartners in de verkenning. Belangrijk is wel dat gespecialiseerde verpleegkundigen goed op de hoogte zijn van wat er in hun branche speelt. Daarnaast gaat het om een andere manier van denken: hoe kijk je naar individuele oplossingen bij een functioneringsprobleem van jouw patiënt of cliënt?

Een goed voorbeeld van een gedegen en omvattend protocol is het recent ontwikkelde protocol voor de hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma. Deelnemers aan de verkenning zijn het erover eens dat geïnvesteerd moet worden in de implementatie van het instrument. Dat onderstreept de vaststelling dat we er niet zijn met de ontwikkeling van een richtlijn. Zonder een goede implementatiestrategie komt er van

³² Uit bijlage 1 bij brief VWS 355051-119080-HLZ, pagina 5 punt 3.3.

³³ Addendum Ontwikkeling van Kwaliteitsstandaarden bij Programma Kwaliteit van Zorg: Versnellen, verbreden, vernieuwen.

de daadwerkelijke inzet ervan niets terecht. Op dit moment wordt gewerkt aan het digitaliseren van de betreffende richtlijn, een belangrijke stap voor de implementatie. Maar ook dat is niet voldoende. In de verkenning kwam naar voren dat implementatie een goede begeleiding vergt van specialistisch verpleegkundigen, maar ook een structurele en systematisch opgezette betrokkenheid van zowel verpleegkundigen als patiënten bij het ontwikkelen van richtlijnen/protocollen. Iedereen heeft in dit proces zijn eigen rol.

4.3 Inzicht in ‘return on investment’

Volgens veel gesprekspartners in de verkenning is een beter inzicht in de ‘return on investment’ cruciaal. Als we meer weten over de (maatschappelijke) kosteneffectiviteit van goede hulpmiddelenzorg, kunnen we het door veel gesprekspartners gesignaleerde kortetermijndenken omzetten in echt kwaliteitsbeleid. De discussie tijdens de consultatiebijeenkomst over dit aandachtsgebieden startte met drie hoofdvragen:

- Hoe meten we de (maatschappelijke) doelmatigheid van hulpmiddelenzorg?
- Hoe onderzoeken we de meerwaarde van innovaties; zijn ze nodig voor functioneren en vormen ze een verbetering ten opzichte van bestaande middelen en zorg?
- ...en hoe de meerwaarde van breed ingeburgerde zorg; gebruiken we ingeburgerde middelen gepast (zorgevaluatie)? En moeten we alles vergoeden?

4.3.1 Meer (doelmatigheids)onderzoek nodig

Over de doelmatigheid van hulpmiddelen bestaan veel aannames, maar we beschikken over erg weinig gegevens uit onderzoek om deze te onderbouwen. Ook is effectiviteitsonderzoek nodig, ofwel: voldoet het product aan de stand van wetenschap en praktijk? Zoals we in paragraaf 2.2.2 al schreven, kan deze effectiviteitstoets nu niet altijd worden gedaan door het ontbreken van goede data en evidence. Deelnemers aan de verkenning signaleren dat het ontbreekt aan voldoende financiële middelen om dergelijk onderzoek op te zetten, bijvoorbeeld naar de vraag welk hulpmiddel het meest doelmatig is in het compenseren van een functioneringsprobleem. Vergelijkend productonderzoek loopt stuk op de financiering. Daarnaast klinkt een roep om het faciliteren van onderzoek waarin innovaties kunnen worden vergeleken met de bestaande hulpmiddelen. Met de uitkomsten van dergelijk onderzoek kan de zorgverzekeraar beter afwegingen maken over vergoedingen. Een probleem is dat de criteria voor doelmatigheidsonderzoek in het gelijknamige ZonMw-programma mogelijk te stringent zijn voor het bepleite hulpmiddelenonderzoek.

Naast onderzoek naar hulpmiddelen, pleiten enkele gesprekspartners in de verkenning ook voor effectiviteitsonderzoek naar de inzet van de zorgverzekeraars. Leveren hun inspanningen op dit dossier betere zorg op in termen van beter functioneren? En hoe verhoudt de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg zich ten opzichte van de totale integrale zorgkosten (kosten-batenanalyse)?

4.3.2 Meten van maatschappelijke opbrengsten

In het verlengde van die laatste vraag ligt de kwestie van de maatschappelijke meeropbrengsten van goede hulpmiddelenzorg. Ook daarover bestaan veel veronderstellingen, maar hoe zit het nu precies met de invloed van hulpmiddelen op domeinen buiten de zorg, zoals zelfredzaamheid, (arbeids)participatie en deelname aan het maatschappelijk verkeer? Voor een goede beoordeling van de doelmatigheid van hulpmiddelenzorg is het niet voldoende om alleen de opbrengsten in medische termen te onderzoeken, vinden veel deelnemers aan de verkenning. De ‘return on investment’ zou volgens hen moeten worden afgezet tegen de ICF-criteria; de International Classification of Functioning, Disability and Health. In dit verband wijzen enkele gesprekspartners erop dat onderzoek zich ook zou moeten richten op de rol van de gemeenten, juist in het kader van hun verantwoordelijkheid op terreinen als participatie en zelfredzaamheid.

4.3.3 Verstandig innoveren op basis van de vraag

Innovatie in de hulpmiddelenzorg is vaak sterk ‘technologie-gedreven’, zo geven enkele gesprekspartners in deze verkenning aan. Voor een optimale functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg (die ook houdbaar blijft) zouden innovatieve ontwikkelingen volgens hen eerder vraaggestuurd dan aanbodgestuurd moeten plaatsvinden. Ook de beoordeling van de doelmatigheid en bruikbaarheid van innovaties zou dus eerder moeten gebeuren langs de lijnen van de functionaliteit en de toegevoegde waarde van een (nieuw) hulpmiddel. Enkele deelnemers aan de verkenning signaleren dat de zogeheten Topsector Life Sciences & Health (waarin gestreefd wordt naar samenwerking tussen bedrijven, onderzoekers en de overheid) in het kader van vernieuwing op het terrein van hulpmiddelenzorg een grotere rol zou kunnen spelen. In dit verband wijzen we ook op de voorzet voor een kennisagenda die de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) recent presenteerde rond e-health³⁴. Volgens de RVZ roept de opkomst van e-health en vervlechting met reguliere zorg vragen op die verder onderzocht zouden moeten worden. Aandachtspunten zijn onder andere mogelijkheden voor uitkomstbepaling, ethische aspecten, kwaliteitswaarborgen en toezicht. Op Europees niveau is op dit terrein al de werkgroep AAATE actief (www.aaate.net/about).

4.3.4 Op zoek naar nieuwe onderzoeksdesigns

Voor onderzoek naar de effectiviteit van hulpmiddelen is de klassieke RCT vaak niet geschikt of bruikbaar. Soms is het ethisch gezien niet verantwoord, als al uit eerder vergelijkbaar onderzoek of in de praktijk gebleken is dat de inzet van een hulpmiddel positief bijdraagt aan het functioneren. Ook is een RCT niet altijd aangewezen wanneer random toewijzing moeilijk is, bijvoorbeeld als respondenten sterke voorkeuren hebben voor een specifiek hulpmiddel, of als er teveel tijd ligt tussen de randomisatie en het kunnen meten van de uitkomst. Tevens is (dubbel)blind onderzoek bij hulpmiddelen veelal niet haalbaar. Afhankelijk van de specifieke onderzoeksvraag is het zinvol te kiezen voor een methode die de vraagstelling beantwoordt én die voldoet aan de validiteitseisen waar het bewijs om vraagt.

Het is belangrijk om te zoeken naar aanvullende onderzoeksdesigns die het beste passen bij hulpmiddelenzorg. Op dat terrein zijn er in de wetenschap interessante ontwikkelingen, zo stellen enkele deelnemers aan de verkenning. Te denken valt bijvoorbeeld aan methodieken als *service design* en *action research*. Daarmee kunnen integrale processen worden onderzocht, inclusief de waardeketen en aspecten als de beleving van gebruikers. Een andere suggestie is om enkele illustratieve casussen uitgebreid te volgen, om zo nauwkeurig te kunnen beschrijven wat zich gedurende het gehele proces – van functioneringsprobleem en indicatie tot en met evaluatie – afspeelt en welke stakeholders daarin welke cruciale rol spelen. Hoe beleven alle betrokken partijen het proces? En zijn daaruit meer algemene lessen te trekken over optimale hulpmiddelenzorg?

Om het totale proces van de hulpmiddelenzorg in kaart te brengen zijn ook nieuwe methoden nodig. Bij ZonMw is een kennissynthese uitgezet over alternatieven voor RCT's. Dit heeft geleid tot het rapport ‘Alternatieven voor randomized controlled trials in onderzoek naar effectiviteit van interventies’ (Dutch Cochrane Centre, 2013). Dit rapport geeft een beschrijvend overzicht van onderzoeksmethodieken en de bijbehorende consequenties voor de interne en externe validiteit. ZonMw zet dit traject over RCT's en ‘methodenpluriformiteit’ de komende tijd voort.

In een snel groeiende markt van medische technologie en een steeds grotere druk op maatschappelijke lasten, zal de behoefte aan passende methoden alleen maar groter worden. De Wereldgezondheidsorganisatie WHO ziet hulpmiddelenzorg als een wereldwijd vraagstuk, met urgente thema's als de mogelijke noodzaak een basisaanbod aan hulpmiddelenzorg samen te stellen en de vraag wat er overal goed moet zijn geregeld om een minimum aan kwaliteit te garanderen.

³⁴ Zie <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/consumenten-ehealth>.

4.4 Randvoorwaarden voor een gezonde hulpmiddelenmarkt

Het laatste aandachtsgebied voor verbetering van de hulpmiddelenzorg is tijdens de consultatiebijeenkomst besproken aan de hand van de volgende hoofdvragen

- Welke verbeteringen zijn noodzakelijke in markttoelating en de handhaving van de zorgplicht?
- Hoe komen we tot een duurzamere relatie tussen gebruiker, zorgverlener, leverancier en zorgverzekeraar?

4.4.1 Een duidelijker rol van de overheid

Diverse gesprekspartners hebben de wens uitgesproken om meer afstemming en coördinatie tussen overheidsorganen te zien. Daarbij dient ook de vraag beantwoord te worden naar de specifieke rol van de overheid in dezen. De hulpmiddelenmarkt is een vrije, en voor een belangrijk deel ook sterk commerciële markt. Los van de vraag welke marges er zijn om een dergelijke markt vanuit de overheid te sturen, constateert een aantal gesprekspartners dat door het gebrek aan afstemming en coördinatie tussen overheidsorganen een gecoördineerde actie op het gebied van stringenter toezicht of gericht ingrijpen in de markt niet van de grond komt. Zij geven aan dat de overheid eerst helder zou moeten krijgen welke rol zij wil én kan spelen in het functioneren van de hulpmiddelenmarkt en/of het mede bepalen van de randvoorwaarden.

4.4.2 Streven naar grotere transparantie

Een duidelijk breed gedragen wens bij alle betrokkenen bij hulpmiddelenzorg is in één woord samen te vatten: transparantie. Deze wens heeft allereerst betrekking op de roep om meer inbreng van de gebruiker. Die heeft daarvoor onafhankelijke informatie nodig plus inzicht in beschikbare hulpmiddelen en de kosten die ermee zijn gemoeid. Het moet ook helder worden hoe zorgverleners worden voorgelicht over hulpmiddelen (inclusief als voorlichting verpakte marketingstrategieën). En er is veel meer transparantie nodig over de manier waarop zorgverzekeraars aanbesteden en contracteren. Het zou volgens sommigen een goede zaak zijn als zorgverzekeraars zich zouden aansluiten bij de Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH). Op dit moment zijn ze dat niet, terwijl zorgverzekeraars wel in toenemende mate medische hulpmiddelen inkopen.

Met name uit de hoek van leveranciers en fabrikanten klinkt een roep om ‘spelregels’ voor de aanbesteding en om de inzet op meerjarenafspraken voor de contracten. Zorgverzekeraars op hun beurt pleiten voor actie om een groter kostenbewustzijn te creëren; dit is volgens hen een cruciale voorwaarde om hulpmiddelenzorg ook in de toekomst überhaupt verzekeraar te houden. Ten slotte is er een grote behoefte aan ruimte in contracten om met uitzonderingsgevallen of specifieke behoeften om te kunnen gaan. Zoals een van de gesprekspartners het uitdrukte: *one size fits nobody*.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

‘Hulpmiddelenzorg moet beter.’ Zo luidde de titel van de presentatie die Marcel van Raaij, directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie van VWS, tijdens de consultatiebijeenkomst voor deze verkenning hield. Welbeschouwd is het de kortst mogelijk geformuleerde conclusie van deze verkenning naar de stand van zaken in de extramurale hulpmiddelenzorg in Nederland.

Bij hulpmiddelen gaat het over forse getallen. Er zijn in totaal zo’n 2,2 miljoen gebruikers van een medisch hulpmiddel en aan extramurale hulpmiddelen besteden we via de Zorgverzekeringswet ongeveer 1,4 miljard euro per jaar. VWS noemt het belang van hulpmiddelen groot. Ze kunnen de kwaliteit van leven verbeteren en ondersteunen de zelfredzaamheid en participatie van de gebruiker. Bovendien zijn hulpmiddelen onmisbaar om de groeiende vraag naar zorg op te kunnen vangen met ‘minder handen aan het bed’. Dat belang neemt alleen maar verder toe. Niet alleen vanwege demografische en epidemiologische ontwikkelingen, maar ook vanwege een andere aanpak in de zorg. We zijn op weg naar meer samenhang tussen zorg, behandeling en verpleging. Er vindt een verschuiving plaats naar de eerste lijn. Mensen blijven langer zelfstandig wonen, onder meer met de inzet van domotica en zorg op afstand. En we gaan naar een sturing op resultaten. Om met hulpmiddelenzorg aan dit alles te kunnen bijdragen, is meer vraagsturing nodig. En er is meer maatwerk mogelijk. Volgens VWS biedt het systeem daarvoor ruimte, maar kan de uitvoering beter. De uitdaging is om met alle betrokkenen te zoeken naar antwoorden op de vraag wat er moet gebeuren en waarom? En wie doet wat, en wanneer? En vooral – in de woorden van Van Raaij: ‘Wat gaat u doen?’

5.2 Leven met een functioneringsprobleem

Op deze plek keren we even terug bij de hulpmiddele gebruiker, om wie het in deze verkenning immers allemaal te doen is. In drie verhalen³⁵ schetsen we kort hun situatie, hun beleving en de ideeën die zij hebben als het gaat om het beter maken van de hulpmiddelenzorg. En een deel van de problemen wordt inmiddels ook al opgepakt.

‘Ik wist zelf niet goed wat normaal was’

Vijf jaar geleden kreeg ik de diagnose dikkedarmkanker. Na veel onderzoek, chemo en een bestraling was er nog één redmiddel: een operatie. Heftig, want ik zou een stoma krijgen, voor de rest van mijn leven... Hoewel mijn bestaan er heel anders uit zou gaan zien, was de keuze snel gemaakt. Na de operatie hebben mijn oncoloog en de stomaverpleegkundige mij stomamateriaal aangemeten. Het viel tegen hoe lastig het was passend materiaal te vinden. Mijn stomaverpleegkundige heeft me geleerd hoe ik het moest gebruiken. Toen ik weer thuis was, ging het aardig goed met verschonen en verwisselen. Achteraf gezien zat het allemaal niet comfortabel, maar ik dacht toen dat het normaal was. Na een paar weken kreeg ik huidproblemen. Er ontstond zelfs een infectie. Dat had enorme invloed op mijn zelfvertrouwen. Ik had de puf niet meer om nog naar buiten te gaan. In het ziekenhuis bleek dat het stoma niet op de goede plek gezet was. En ik had toch een ander hulpmiddel nodig.

Ik heb uit eigen ervaring geleerd dat het allemaal heel precies luistert. En bij mij is het dus niet goed gegaan. Het vervelendste vond ik dat ik zelf niet goed wist wat normaal was. En dat mijn huisarts het probleem niet goed herkende. Ik ben blij dat de Nederlandse Stomavereniging en de V&VN nu een

³⁵ De drie casusbeschrijvingen zijn samengesteld op basis van diverse ervaringen en persoonlijke verhalen die we tijdens de verkenning hebben gehoord van onze gesprekspartners.

module stomazorg gaan ontwikkelen. Zo krijgen mensen als ik, de naasten én hulpverleners meer duidelijkheid over de kwaliteit van stomazorg. En hoe die georganiseerd is.

'Ik wil zelf de touwtjes in handen houden'

Ik heb drie kinderen: een zoon van zes en een tweeling van drie. Ik ben dolgelukkig met ze, alleen ben ik sinds mijn laatste bevalling incontinent geworden. Met name als ik hoest of zware spullen til is het lastig. En ook bij het sporten. Stressincontinentie heet het. Ik vind het vervelend dat ik mijn jongste dochters niet meer goed kan optillen. Maar het gênantste is wel dat ik een halve kamer vol met luiers heb staan, omdat mijn apotheker alleen nog maar in grote hoeveelheden kan leveren vanwege de dagprijs. Laatst had ik een apothekersassistent over de vloer. Ze ging kijken of mijn materiaal nog wel goed is. Functionele aanspraak noemde ze dat. Nu moet ik binnenkort weer overstappen op een goedkoper merk. Daar snap ik dus helemaal niks van. Ik wil het liefst gewoon mijn eigen spullen houden. Dat ben ik gewend en ondanks de ongemakken ben ik daar tevreden mee.

Het liefste zou ik ergens willen kunnen opzoeken welke merken er zijn en hoe duur die zijn. Ik wil ook begrijpen waarom ik van mijn apotheker een ander merk moet gaan gebruiken. Volgens mij komt dat door hun afspraken met mijn zorgverzekeraar. Maar hoe zit dat nu precies? Ik wil een goed product. Als dat ook met een goedkoper merk kan, wil ik dat best proberen. Ik heb laatst gelezen dat het Radboudumc een keuzehulp maakt voor stressincontinentie. Dat zou mij ook echt helpen. Dan kan ik weloverwogen een keuze maken voor bepaalde producten en voel ik me sterker om met mijn apotheker in gesprek te gaan. Want ik wil wel zelf de touwtjes in handen houden en mijn keuzevrijheid niet verliezen.

'Een goed hulpmiddel is onmisbaar voor mijn gezondheid'

Ik heb diabetes, type 1, dus ik ben aardig op de hoogte. Ik ben constant bezig met het monitoren van mijn bloedwaarden. Goede apparatuur is daarbij essentieel, want kleine afwijkingen kunnen voor mij al grote gevolgen hebben. Een goed hulpmiddel is echt onmisbaar voor mij. In mijn omgeving zie ik het vaker: mensen moeten ineens overstappen op een andere bloedglucosemeter. Neem mijn buurman van 74 jaar. Hij heeft type 2 en spuit ook insuline. Ook hij moest overstappen op een andere meter. Die bleek net een iets andere afstelling te hebben dan zijn oude meter, met iets andere functies. Hij vertelde me al dat hij erg moet wennen aan zijn nieuwe meter en dat hij zich minder fit voelde dan voorheen. Een maand geleden zag ik hem ineens op de grond liggen in zijn huis. Het had heel anders kunnen aflopen, maar gelukkig vond ik hem op tijd. In het ziekenhuis konden ze hem ook weer goed oplappen. Het gaat na die enorme klap weer redelijk goed met hem. Hij is weer thuis en met een hulp van de thuiszorg en de buurt redt hij zich wel.

Toch vind ik het vreemd... Uiteindelijk heeft dit incident, het ziekenhuis en nu die thuiszorg toch veel meer geld gekost, dan wanneer ze hem gewoon zijn oude apparaatje hadden laten houden? Je ziet maar weer hoe belangrijker het is dat bekend wordt hoe bloedglucosemeters ingesteld zijn en welke afwijkingen er zijn. Dan kunnen zorgverzekeraars goede meters inkopen. En patiënten goed informeren. Ik ben in elk geval blij dat de inspectie het RIVM heeft gevraagd een onderzoek te starten naar bloedglucosemeters.

5.3 Conclusies uit de verkenning

Het einde van elke casus verwijst naar een concreet initiatief dat aansluit bij een van de aandachtsgebieden waarvoor in hoofdstuk 4 mogelijke oplossingsrichtingen zijn geschetst. Het zijn belangrijke initiatieven, maar als we ze afzetten tegen verbeterlagen die volgens de gesprekspartners nodig zijn, is er nog een wereld te winnen.

Op basis van onze bevindingen kunnen we concluderen dat de positie van de gebruiker – het eerste aandachtsgebied uit hoofdstuk 4 – versterking behoeft. Dat vergt allereerst actie om de hulpmiddeleengebruiker te voorzien van onafhankelijke (keuze)informatie, om in gesprek te kunnen gaan

met apothekers, huisartsen en andere zorgverleners. Ook is het nodig de hulpmiddelegebruiker te empoweren en hem zo een serieuze rol te geven in de beleidsmatige en praktische vormgeving van hulpmiddelenzorg. Ten slotte is het belangrijk dat gebruikers een goed vindbare plek krijgen voor klachten en ervaringen rond hulpmiddelegebruik.

Voor het tweede aandachtsgebied – versnelde ontwikkeling en implementatie van richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden – sluiten de mogelijke verbeteracties aan bij het eerste gebied. Hulpmiddelenzorg is ketenzorg, en het is cruciaal om intensief samen te werken aan de best mogelijke zorg die past bij de behoefte van de gebruiker. Zorgverleners hebben handvatten nodig om de gebruiker beter te kunnen ondersteunen. De zorgverlener staat het dichtst bij de gebruiker en is goed op de hoogte van wat er in het speelveld gaande is. Zorgverleners in de keten kunnen de kwaliteit van hun zorg verbeteren als ze houvast hebben. Die vinden ze in richtlijnen en protocollen, gebaseerd op wetenschappelijke kennis én ervaringskennis uit praktijk. Ruimte creëren voor een versnelde ontwikkeling is zeer gewenst. Bijvoorbeeld in de vorm van financiële middelen waarmee zorgverleners tijd kunnen investeren in de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en kwaliteitsstandaarden.

Het derde aandachtsgebied gaat over onderzoek en evaluatie, en ook dit is weer onlosmakelijk verbonden met de voorgaande twee. Bij ZonMw is onlangs een programma afgerond rond de ontwikkeling van de HTA-methodologie. Ook de kennis op het terrein van alternatieve onderzoeksdesigns die is opgedaan in de ZonMw-programma's Goed Gebruik Geneesmiddelen en DoelmatigheidsOnderzoek en het traject rond 'methodenpluriformiteit' is bruikbaar voor onderzoek rond hulpmiddelenzorg. Het lijkt zinvol om de passende onderzoeksdesigns op gestructureerde wijze in te zetten voor het beoogde effectiviteitsonderzoek op het terrein van hulpmiddelenzorg. Waar nodig zullen nog andere bruikbare onderzoeksdesigns moeten worden ontwikkeld om te kunnen vaststellen wat de meerwaarde is van hulpmiddelenzorg, afgezet tegen het doel daarvan: het verminderen of compenseren van functioneringsproblemen.

Over het laatste aandachtsgebied – het functioneren van de hulpmiddelenmarkt – kunnen we stellen dat de markt zich in een duidelijke transitiefase bevindt. Een groot manco is het gebrek aan transparantie (en wellicht het gebrek aan wil om beschikbare informatie te ontsluiten en toegankelijk te maken). Ook daar is met acties op de eerste drie aandachtsgebieden veel te doen. Toch bestaat er in grote delen van de markt een duidelijke vrees dat de markt onder invloed van de huidige mechanismen niet vanzelf 'gezonder' of 'duurzaam' lijkt te worden.

5.4 Aanbevelingen voor een gestructureerde verbetering van de hulpmiddelenzorg

5.4.1 Het functioneren van de markt

In deze paragraaf pakken we het laatste aandachtsgebied als eerste. De hulpmiddelenmarkt is een vrije (internationale) markt – vrijer en opener dan bijvoorbeeld de geneesmiddelenmarkt – maar het gaat intussen wel om zorg. Daarmee heeft de overheid dus vanzelf ook een rol, al is het maar in het bevorderen van randvoorwaarden die leiden tot positieve prikkels in de markt. Uit de verkenning wordt duidelijk dat er in het domein van de hulpmiddelenzorg wat betreft 'kracht en macht' vrij grote verschillen tussen de partijen zijn.

Uit de gesprekken met de overheidspartijen die voor deze verkenning zijn gevoerd (Zorginstituut Nederland, de IGZ en de NZa) blijkt dat zij een toegevoegde waarde zien in structurele en gerichte samenwerking en afstemming rond hulpmiddelenzorg³⁶. Afstemming is ook nodig met ZonMw en andere

³⁶ Een goed voorbeeld van succesvolle afstemming tussen deze drie partijen binnen de hulpmiddelenzorg is het gezamenlijk oppakken van de problematiek rondom de bloedglucosemeters.

kennisinstituten, om gerichte kennisontwikkeling te bevorderen. En waar relevant is het van belang Vilans te betrekken, vanwege hun functie als beheerders van de Hulpmiddelenwijzer, het informatiekanaal naar het brede publiek en zorgverleners.

De gewenste afstemming maakt het mogelijk om gezamenlijk te werken aan het 'gezonder' of 'duurzamer' maken van deze markt. Dan gaat het over de zorgverzekeraars, de producenten, de leveranciers, de zorgverleners en uiteraard de hulpmiddelengebruikers zelf.

5.4.2 Aanbevelingen rond gebruikerspositie, professionele rol en kennisontwikkeling

Een verbetering van de positie van de gebruiker vergt het faciliteren van zowel de patiëntenkoepel NPCF en koepelorganisatie Ieder(in), als de diverse categorale organisaties. Dit dient onder meer als doel om de gebruiker een serieuze rol te geven op de andere twee aandachtsgebieden.

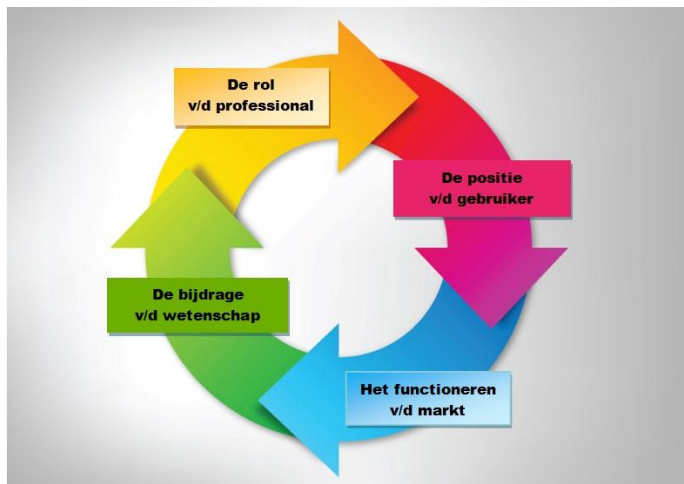
Voor het versnellen van de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen is een goede structuur nodig waarin initiatieven van beroepsorganisaties, het richtlijnenprogramma van V&VN en de bijdrage van het Kwaliteitsregister en de Kwaliteitsbibliotheek van Zorginstituut Nederland op zinvolle manier met elkaar verbonden worden. En dat brengt ons bij het volgende aandachtsgebied: de betrokken partijen kunnen geen zinvolle richtlijnen maken zonder evidence. Om de dagelijkse praktijk in de hulpmiddelenzorg te verbeteren is er behoefte aan onderzoek en implementatie van kennis rond het gebruik van hulpmiddelen.

Als het gaat om de doelmatigheid van hulpmiddelenzorg als zodanig is er onderzoek nodig op twee terreinen:

- Onderzoek op het gebied van innovaties: leveren die een bijdrage aan het functioneren en heeft die bijdrage een toegevoegde waarde ten opzichte van bestaande zorg? Een van de mogelijkheden daarvoor is onderzoek in het kader van de voorwaardelijke toelating; welke innovaties komen uiteindelijk in aanmerking voor vergoeding?
- Onderzoek naar de doelmatigheid en functionaliteit van breed ingeburgerde zorg; welke breed ingeburgerde hulpmiddelen horen bij functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg en zijn er hulpmiddelen die niet meer – of alleen met bepaalde indicaties – moeten worden toegepast?
- Daarnaast is er onderzoek nodig naar de brede maatschappelijke meerwaarde van hulpmiddelenzorg. Wat draagt deze zorg bij aan participatie, zelfredzaamheid en zelfmanagement? En kan hulpmiddelenzorg duurdere zorg in andere domeinen helpen voorkomen?

5.5 De lijnen bij elkaar

Hoewel we hierboven het functioneren van de markt apart hebben behandeld, kunnen ook de acties op dit aandachtsgebied niet los worden gezien van de andere oplossingsrichtingen. Er is een samenhangend geheel van acties nodig vanuit de vier perspectieven die we in deze verkenning als uitgangspunt hebben genomen: de positie van de gebruiker, het functioneren van de markt, de bijdrage vanuit de wetenschap en de rol van de zorgverlener. De rol van de overheid en de zorgverzekeraars is een randvoorwaarde om samen met gebruikers, zorgverleners en onderzoekers te werken aan verdere kennisontwikkeling en betere informatieverstrekking,



Zoals de afbeelding laat zien is het verbeteren van de hulpmiddelenzorg een cyclisch proces, waarbij acties op het ene gebied niet los kunnen worden gezien van verbeteringen op het andere. Willen we de hulpmiddelenzorg daadwerkelijk verbeteren en het oorspronkelijke ideaal van de functiegerichte aanspraak realiseren, dan is het nodig om de diverse verbeteracties op structurele wijze met elkaar te verbinden. De hulpmiddelenzorg is uiterst complex en veelvormig. Alleen al als het gaat om de concrete producten, hebben we het over nauwelijks vergelijkbare grootheden die variëren van een prothese van een ton tot absorberend incontinentiemateriaal van 20 cent. Ook is er sprake van de betrokkenheid van zeer uiteenlopende partijen, waarvan een deel (nog) een zwakke positie heeft.

Gezien de niet goed ontwikkelde onderzoeksinfrastructuur op het terrein van hulpmiddelen én de noodzaak om veel werk te verzetten om nieuwe manieren van onderzoek te vinden, is het lastig om de noodzakelijke activiteiten onder te brengen bij bestaande onderzoeks- en implementatieprogramma's. Om in dit complexe samenspel van actoren, behoeften, wensen en ontwikkelingen is het van belang om op gestructureerde wijze de juiste prioriteiten te kiezen. Dat maakt het mogelijk te bepalen wat de meest urgente problemen zijn, wat er als eerste moet gebeuren, om de prioriteiten vervolgens op een systematische wijze te kunnen aanpakken.

Er valt veel winst te behalen op het terrein van de hulpmiddelenzorg in Nederland, zo maakt deze verkenning duidelijk. Onderzoek is nodig om beter te weten wat voor elke individuele hulpmiddeleengebruiker een optimale voorziening is in relatie tot zijn functioneringsprobleem. De winst kan echter alleen verzilverd worden als de resultaten van onderzoek worden geïmplementeerd in de praktijk³⁷. Zeker omdat er nog veel werk moet worden verzet om zowel de gebruiker als de zorgverlener te ondersteunen in hun rol, is een gestructureerde aanpak onontbeerlijk. Ook moet worden gewerkt aan een sterke infrastructuur waarin de verbeterinitiatieven een duidelijke plaats kunnen krijgen. Zo kunnen initiatieven op het terrein van onderzoek, implementatie en opleiding slim met elkaar worden verbonden. Het adequaat en duurzaam aanpakken van infrastructuur, onderzoek, onderwijs/opleiding en implementatie van bestaande kennis is een kostbare aangelegenheid. De investering daarin is echter noodzakelijk voor uitgebalanceerde richtlijnen en een optimale inzet van hulpmiddelen in de praktijk. De maatschappelijke investering betaalt zich naar verwachting terug, onder meer in termen van gebruikerstevredenheid, veiligheid, doelmatigheid en het verminderen van de benodigde 'handen aan het bed'.

³⁷ Dit gaat overigens niet alleen op voor de praktijk van de verzekerde zorg vanuit de Zvw, maar gezien het brede belang van goede hulpmiddelenzorg ook voor de zorg vanuit de Wlz en Wmo.

Bijlagen:

- A. Opdrachtbrief VWS**
- B. Wat cijfers over hulpmiddelen**
- C. Betrokkenen bij verkenning**
- D. Leidraad voor de gesprekken**
- E. Gebruikte informatiebronnen**

A. Opdrachtbrief VWS



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

ZonMw
de heer H.J. S., directeur
Postbus 93245
2509 AE DEN HAAG

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
Geneesmiddelen en Medische
Technologie

Bezoekadres
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum **1 - MEI 2015**
Betreft Voorstel voor een verkenning van Goed Gebruik
Hulpmiddelenzorg

Kenmerk
755496-135631-GMT

Uw brief
2015 06528 ZONMW

Bijlage(n)

Geachte heer S.,

Ik heb uw voorstel voor de uitvoering van een verkenning naar het goed gebruik van hulpmiddelen beoordeeld. Ik ga akkoord met de beschreven activiteiten uit uw projectplan en de hiervoor opgenomen begroting. Voor de goede orde meld ik u dat de werkzaamheden een verkenning betreft van de huidige situatie omtrent de functiegerichte aanspraak en het gepast gebruik van hulpmiddelen. U geeft aan ondermeer een "meer gestructureerde, programmatische overheidsbetrokkenheid" te willen verkennen; ik verzoek ik u om vooral te verkennen hoe de rol van de verschillende betrokken partijen wordt ingevuld en waar verbeterpunten te identificeren zijn binnen de grenzen van het huidige stelsel.

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Voor de uitvoering van deze opdracht is voor 2015 € 50.000 beschikbaar.

Verder verzoek ik u in de eerstvolgende (voortgangs)rapportage dit programma zowel inhoudelijk als financieel op te nemen.

Ik zal het uitgaven- en het verplichtingenplafond verhogen en u ontvangt een aanvullend schrijven op mijn brief d.d. 16 december 2014 (kenmerk 691696-129663-PG) inzake de goedkeuring van de begroting en het jaarplan 2015. Tevens zijn de werkafspraken planning & control VWS, NWO en ZonMw van toepassing

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur-generaal Volksgezondheid,

mw. drs. A. Berg

B. Wat cijfers over hulpmiddelen

De databank van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van Zorginstituut Nederland bevat informatie over het gebruik van genees- en hulpmiddelen in Nederland. Het betreft hier informatie over middelen die extramuraal (d.w.z. buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen) zijn verstrekt en vergoed op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze informatie wordt door bijna alle zorgverzekeraars aan het GIP ter beschikking gesteld. Op de website www.GIPdatabank.nl publiceert het Zorginstituut de meest recente cijfers over een periode van vijf jaar.

Hulpmiddelen

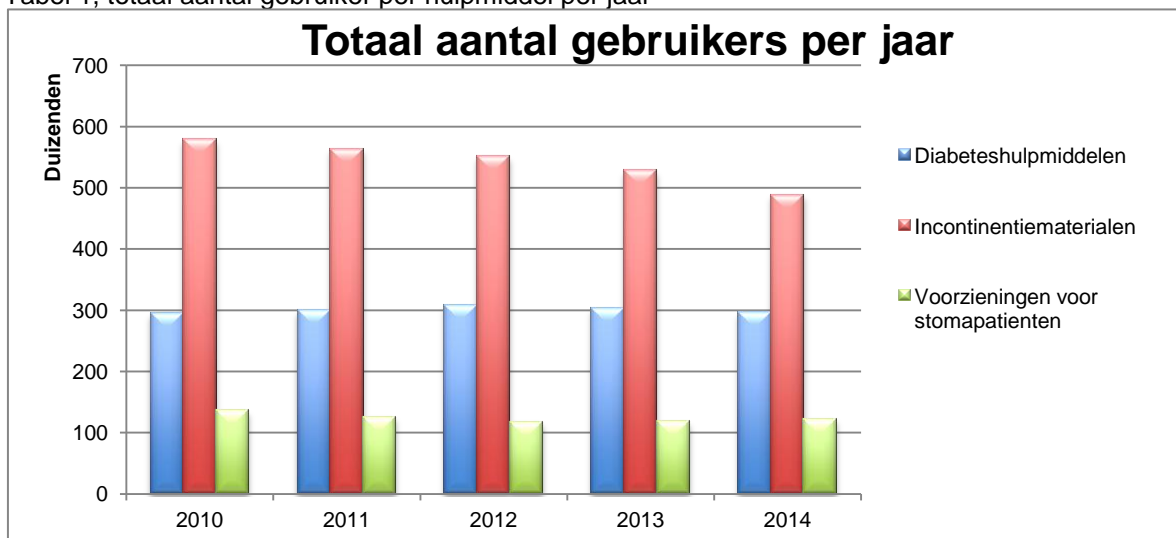
De totale uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2014 bedragen **€ 1,48 miljard**. In vergelijking met de totale uitgaven in het voorgaande jaar is er sprake van een groei van 2,2%. Het aantal verzekerden wat gebruik maakt van hulpmiddelenzorg groeit met 3% naar 2,2 miljoen gebruikers. Vooral de uitgaven aan gehoorhulpmiddelen stijgen flink na de dip in 2013. Daartegenover dalen met name de uitgaven aan verzorgingsmiddelen (incontinentiematerialen en stomahulpmiddelen), diabeteshulpmiddelen (teststrips en apparatuur voor het zelf afnemen van bloed), orthesen en de hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed. Hieronder zijn de cijfers voor de hulpmiddelen voor diabetes, stoma en incontinentie verder gespecificeerd en wordt er gekeken naar de ontwikkelingen in de periode 2010 tot en met 2014.

Gebruikers

In de GIP-database vallen zowel incontinentiematerialen, als voorzieningen voor stomapatiënten onder de categorie verzorgingsmiddelen. Onder hulpmiddelen voor stomapatiënten vallen o.a. stomazakken, continent stoma, stomaplug, irrigatieartikelen, huidverzorgingsproducten en spoelapparaten. Onder diabeteshulpmiddelen rekent het GIP o.a. bloedglucosemeters, teststrips, insuline-infuuspompen, vingerprikapparatuur en injectiepen en injectiespuiten voor het toedienen van insuline.

De grootste groep gebruikers zijn gebruikers van incontinentiematerialen, gevolgd door gebruikers van diabeteshulpmiddelen en gebruikers van voorzieningen voor stomapatiënten. Gebruikers van incontinentiemateriaal laten de sterkste afname van het totaal aantal gebruikers zien. Het aantal gebruikers van incontinentiematerialen is sinds 2010 afgenomen met 91.000 gebruikers, met de grootste afname in 2014 van 40.000 gebruikers. Het totaal aantal gebruikers van voorzieningen voor stomapatiënten is afgenomen met 13.700 gebruikers. In 2014 is weer een lichte stijging van het aantal gebruikers waarneembaar. In tegenstelling tot de andere twee groepen bleef het totaal aantal gebruikers van diabeteshulpmiddelen nagenoeg gelijk.

Tabel 1, totaal aantal gebruiker per hulpmiddel per jaar

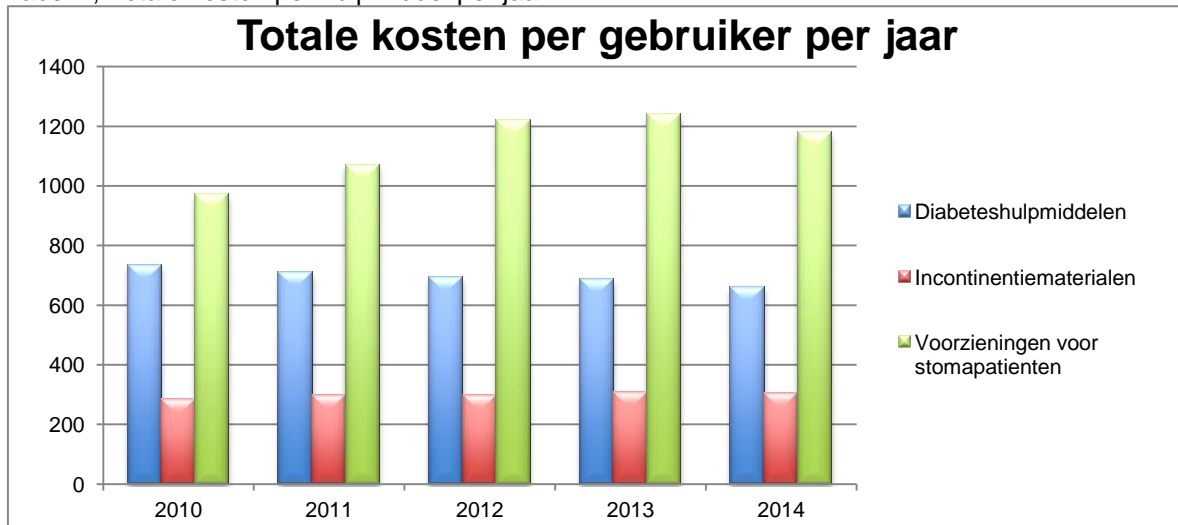


Bron: GIP / Zorginstituut Nederland

Kosten per gebruiker

Onderstaande grafiek geeft de gemiddelde kosten per gebruiker. De kosten per gebruiker voor incontinentiemateriaal zijn in de periode 2010 – 2014 toegenomen met 7.4%. In 2013 waren de kosten per gebruiker het hoogst (€ 310 per gebruiker). In 2014 is een daling in de kosten per gebruiker waarneembaar. Dit geldt ook voor stomapatiënten, waar de sterkste stijging van de kosten per gebruiker waarneembaar is (zie tabel 2). Van 2010 tot en met 2014 zijn de kosten per gebruiker toegenomen met 21,3%. Net als bij incontinentiemateriaal is ook hier vanaf 2014 een afname van de kosten per gebruiker te zien. De kosten per gebruiker voor diabeteshulpmiddelen daarentegen, laten een geleidelijke daling zien van 9,8% (2010 – 2014) .

Tabel 2, Totale kosten per hulpmiddel per jaar

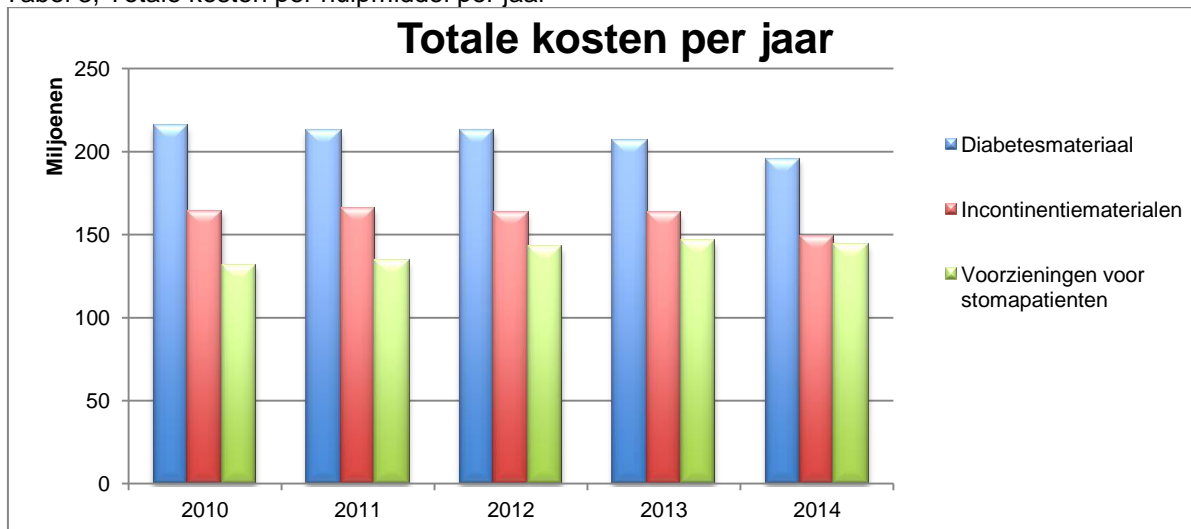


Bron: GIP / Zorginstituut Nederland

Totale kosten per jaar

De vermenigvuldiging van het aantal gebruikers met de kosten per gebruiker geeft de totale kosten per hulpmiddel weer (zie tabel 3). Sinds 2010 zijn de totale kosten voor incontinentiemateriaal en diabetesmateriaal afgenomen, met respectievelijk 9.4% en 9.3%. De totale kosten voor voorzieningen voor stomapatiënten daarentegen zijn in een periode van 5 jaar toegenomen met 11.2% (zie tabel 3).

Tabel 3, Totale kosten per hulpmiddel per jaar



Bron: GIP / Zorginstituut Nederland

Samenvattend

In vergelijking met de aantallen gebruikers van voorzieningen voor stomapatiënten en diabeteshulpmiddelen vormen de gebruikers van incontinentiemateriaal de grootste groep. Wel is de daling van het aantal gebruikers van incontinentiemateriaal in de periode 2010-2014 het grootst vergeleken met de andere twee groepen, terwijl ertegelijkertijd een toename van de kosten per gebruiker waarneembaar is. Desondanks resulteert dit in een afname van de totale kosten van incontinentiemateriaal (volume-effect).

De kleinste groep gebruikers zijn gebruikers van voorzieningen van stomapatiënten. De totale kosten voor stomamateriaal zijn toegenomen, ondanks een afname van het aantal gebruikers. Dit komt door een sterke toename van de kosten per gebruiker (prijseffect). Deze is in 2014 overigens weer afgenomen. Het aantal gebruikers van diabeteshulpmiddelen is sinds 2010 min of meer gelijk gebleven. De afname van de totale kosten is dus met name toe te schrijven aan een afname van de kosten van per gebruiker (prijseffect).

Benadrukt moet worden dat deze cijfers alleen een beeld geven van het extramurale gebruik van hulpmiddelen die vergoed worden in het kader van de Zvw. Voor een overzicht van het totale gebruik van hulpmiddelen in Nederland is aanvullend onderzoek nodig.

C. Betrokkenen bij de verkenning

Onderstaande mensen hebben hun medewerking verleend aan deze verkenning.

	Naam	Organisatie	Gesprek	Bijeenkomst	Tekst voorgelegd voor commentaar
1	Dinny de Bakker	NIVEL	√		√
2	Eglantine Barents	DVN	√	√	√
3	Jan Benedictus	NPCF		√	√
4	Dion van Bommel	CZ	√		√
5	Theo Bougie	BRT-advies (handy-wijzer)	√	√	√
6	Anne Braakman	De Nederlandse Stomavereniging	√	√	√
7	Mirjam de Bruin	Diagned	√	√	√
8	Ineke Claessens - Spee	V&VN	√	√	√
9	Dayline Coffie	DVN	√		√
10	Jos Dekkers	Dwarslaesie Organisatie Nederland	√		√
11	Ton Drenthen	NHG	√		√
12	Roselien Elema	VWS		√	√
13	Henk Eleveld	Menzis	√	√	√
14	Anneke Francke	NIVEL	√		√
15	Allard Gerretsen	Vilans	√	√	√
16	Maaïke Gerritse	Radboudumc		√	√
17	Rob de Goede	Pluripharm direct			√
18	Nick Guldenmond	UMC Utrecht		√	√
19	Edith Hagedoren	Hogeschool Zuyd	√	√	√
20	Chantal van Harten	NPCF		√	√
21	Yvonne Heerkens	Nederlands Paramedisch Instituut			√
22	Marijke Hempenius	IederIn	√		√
23	Jean Hermans	KNMP	√		√
24	Barry Holwerda	Zorginstituut Nederland		√	√
25	Jolanda Huizer	ZonMw	√	√	√
26	Károly Illy	Moderator		√	√
27	Harmen Jonker	Vilans	√	√	√
28	Linda de Jong	Inspectie voor de Gezondheidszorg	√		√
29	Margo Kauwenberg	V&VN	√	√	√
30	Manon Kerkhof	Uro-gynaecoloog, Stichting Bekkenbodem Patiënten		√	√
31	Margo Keulen	Achmea	√		√
32	Luc Knaven	FHI Medische Technologie	√	√	√
33	Jan van der Knokke	Incoclub	√	√	√
34	Rein van der Leeuw	De Nederlandse Stomavereniging		√	√
35	Michiel Lugt	NZa			√
36	Nicole Maas	Total Care		√	√

37	Rene Martens	Firevaned	√		√
38	Lieke van Nierop	NEN		√	√
39	Carin Nyst	Zorginstituut Nederland	√	√	√
40	Marcel van Raaij	VWS		√	√
41	Else Reitsema	Vegro		√	√
42	Andries Riedstra	Dwarslaesie Organisatie Nederland		√	√
43	Tim Riesebosch	KNMP	√		√
44	Mieke Rijken	NIVEL	√	√	√
45	Carlo Rozema	DSW	√	√	√
46	Roelf van Run	Nefemed	√	√	√
47	Nicole Schaapveld	Voorzitter Stichting Bekkenbodern Patiënten		√	√
48	Meriam Scholten	EADV (via V&VN)	√	√	√
49	André Sinkeldam	VGZ		√	√
50	Mariëlle Sniijders	ZonMw		√	√
51	Petra Stalman	Iederin		√	√
52	Winy Toersen	NPCF	√		√
53	Jossevan den Ven	FHI Medische Technologie		√	√
54	Wilma Venes	Nefemed	√	√	√
55	Jeanette Verkerk	V&VN	√	√	√
56	Ilse Verstijnen	Zorginstituut Nederland	√	√	√
57	Benien Vingerhoed	ZonMw		√	√
58	Piet Vreeswijk	IederIn	√		√
59	Inge de Weerd	DFN			√
60	Luc de Witte	Hogeschool Zuyd	√		√

D. Leidraad voor de gesprekken

Hieronder volgt het document dat we hebben verstuurd naar de mensen met wie we hebben gesproken, ter voorbereiding op het gesprek en om meer inzicht te geven over de aanleiding en achtergrond van de verkenning.

Inleiding

Sinds 2008 is het beleid van de overheid rond hulpmiddelen gericht op vraagsturing en maatwerk in de hulpmiddelenzorg. Om gepast gebruik van hulpmiddelen te bevorderen, is een overstap gemaakt van een limitatieve lijst naar een functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen. Uitgangspunt daarin is het opheffen of verminderen van een beperking. Dat vergt een keuze op maat voor iedereen die een hulpmiddel nodig heeft. Bij gepast gebruik van hulpmiddelen gaat het bovenal om de kwaliteit van leven van patiënten, hun zelfredzaamheid en participatie in de maatschappij. Een goede indicatie, juiste selectie, betrouwbare levering, heldere instructies voor en hulp bij gebruik, zijn essentiële elementen om deze gepaste zorg rondom hulpmiddelen te leveren.

Het ministerie van VWS heeft ZonMw gevraagd om vóór het zomerreces van 2015 een verkenning uit te voeren. Het doel daarvan is het nader analyseren van de knelpunten en aanbevelingen zoals die uit de praktijkevaluatie van het NIVEL³⁸ naar voren zijn gekomen. De focus van deze verkenning ligt op hulpmiddelen voor patiënten met diabetes, met een stoma en met urine-incontinentie.

Thema kwaliteit van de hulpmiddelenzorg in Nederland

In zijn praktijkevaluatie heeft het NIVEL allereerst gevraagd naar ervaringen van gebruikers van hulpmiddelen. Omdat verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg vaak betrokken zijn bij het aanvragen van hulpmiddelen (bijvoorbeeld van verpleegartikelen die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar de Zvw) zijn ook hun ervaringen meegenomen. Gebruikers van hulpmiddelen en thuiszorgmedewerkers hebben nog niet veel gemerkt van de transitie naar de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen binnen de Zvw. Op de vraag of er bij de keuze van het hulpmiddel maatwerk was geleverd (in die zin dat het hulpmiddel speciaal op de situatie van de respondent werd afgestemd), antwoordde bijvoorbeeld bijna een kwart van de gebruikers dat dit niet het geval was. Wijziging van regelgeving is één stap, nu moet de uitvoeringspraktijk hierop worden aangepast.

Hoe is wat u betreft anno 2015 de stand van zaken wat betreft de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg? Wat gaat er goed (en/of is er verbeterd sinds 2008)? Wat kan/moet echt beter?

Thema knelpunten in de implementatie van de functiegerichte aanspraak

Om de transitie naar de functiegerichte aanspraak in goede banen te leiden, heeft VWS de ontwikkeling van een richtlijn geïnitieerd. De intentie was dat de basisrichtlijn als uitgangspunt dient voor specifieke richtlijnen en protocollen voor verschillende deelgebieden, waarbij veldpartijen zelf verantwoordelijkheid dragen voor ontwikkeling en beheer. Veel van deze richtlijnen moeten nog worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Dat vergt onder meer regie en samenwerking tussen betrokken partijen.

In de praktijk komen bij gebruikers van hulpmiddelen de volgende knelpunten naar voren:

1. Telkens opnieuw alle informatie op tafel moeten leggen
2. Beperkte keuze in leveranciers
3. Beperkte keuze in type hulpmiddelen

³⁸Een hulpmiddel via de zorgverzekeraar in 2012 of 2013: Ervaringen van mensen die hulpmiddelen gebruiken en thuiszorgmedewerkers, NIVEL 2014.

4. Te hoge eigen bijdrage
5. Veel moeilijke en lange formulieren

Thuiszorgmedewerkers wijzen op de al langer bestaande ‘knip’ in de verstrekking van bepaalde hulpmiddelen voor tijdelijk (Zvw) dan wel langdurig of permanent gebruik (Wmo).

Herkent u deze knelpunten? Welke zijn wat u betreft de belangrijkste? Welke knelpunten ervaart u zelf – bezien vanuit uw positie/rol in het proces naar vraagsturing en maatwerk in de hulpmiddelenzorg? (Dus als patiënt/cliënt, zorgverlener, zorgverzekeraar, producent/leverancier of toezichthouder?)

Thema prioriteiten voor een versnelde implementatie van functiegerichte hulpmiddelenzorg

Vanuit het onderzoek formuleert het NIVEL in totaal acht aanbevelingen (zie pagina 6/7 van het rapport). Deze aanbevelingen hebben betrekking op:

- de rol en positie van patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar;
- keuze-informatie en voorlichting over regelingen;
- het verstrekingsproces;
- regie op de implementatie (beleid en regelgeving) en de rol van de overheid;
- onderzoek.

Wat zijn volgens u de belangrijkste prioriteiten voor een versnelde implementatie van functiegerichte hulpmiddelenzorg? Voor deze vraag kunt u desgewenst één of enkele van de onderstaande ‘stakeholders in het proces’ bij de kop pakken en u laten inspireren door de vragen:

De patiënt

Hoe sterk is de positie van de patiënt, zowel wat betreft gedeelde besluitvorming met behandelaar, keuzemogelijkheden bij leveranciers van hulpmiddelen, als met betrekking tot goede informatievoorziening (ook over regelgeving en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars)?

De zorgverlener

Wat is de rol van de zorgverlener (met name verplegenden/verzorgende en apothekers)? Beschikt hij in voldoende mate over (functiegerichte) professionele standaarden, richtlijnen en protocollen? Beschikt hij over adequate kennis over regelingen (Zvw en Wmo) en over het inkoopbeleid van zorgverzekeraars om de patiënt goed te kunnen informeren?

De verzekeraar

Leidt het inkoopbeleid tot maatwerk? Hoe gaan zorgverzekeraars om met hun zorgplicht? Leidt hun inkoopbeleid tot passende en doelmatige hulpmiddelenzorg? Biedt het beleid daarvoor voldoende ruimte? Sluit het inkoopbeleid voldoende aan bij het Wmo-beleid van gemeenten?

De producent/leverancier

Stimuleert het beleid tot innovatie? Is er voldoende keuze voor passende hulpmiddelen? Leidt het inkoopbeleid van verzekeraars tot maatwerk?

De toezichthouder

Ondersteunen toezicht en voorschriften vanuit NZa, IGZ en Zorginstituut Nederland de consolidatie van beleid en regelgeving? Bieden zij voldoende sturing aan zorgaanbieders, leveranciers en verzekeraars?

Slotvraag:

Er is nog weinig bekend over de effectiviteit van (gepast) gebruik van hulpmiddelen. Daardoor ontbreekt het aan een goede wetenschappelijke onderbouwing van professionele beslissingen, organisatie en beleid.

Wat zijn volgens u belangrijke onderzoeksvragen als het gaat om goed gebruik van hulpmiddelen?

E. Gebruikte informatiebronnen

1. Kamerbrieven en beleidsstukken

- Herziening zorgstelsel (2008), Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr. 186.
- Ontwikkelingen in hulpmiddelenbeleid (2008), kenmerk: GMT/VDG 2836608.
- Subsidieverlening protocol hulpmiddelen fase 1 2009 (2009), Brief van de Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad Nederland aan de Tweede kamer (Kenmerk:SP/27137/2009)
- Rapport Pakketbeheer in de praktijk deel 3 (2013), brief van College voor Zorgverzekeringen aan de Tweede kamer (referentie: 2013124535)
- Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg (2014), Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 805, nr. 29
- Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg, verslag van een algemeen overleg, vergaderjaar 2014-2015, 32 805, Nr. 36
- AO hulpmiddelenbeleid (2015), Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de Tweede kamer (11-02-15)
- Kwaliteit van Zorg (2015), Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 116
- Voortgangsrapportage Kwaliteit loont (2015), brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de tweede kamer (Kenmerk: 791662-138850-BPZ).
- Reactie op nulmeting regeldruk PBO-verplichtingen (2015), brief van Actal aan de Tweede kamer (kenmerk: JtH/RvZ/MK/PO/2015/055)

2. Onderzoeken en rapporten

- College voor zorgverzekeringen (2002). Hulpmiddelen Kompas, therapeutische elastische kousen
- College voor zorgverzekeringen (2008), Rapport Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. (publicatienummer: 258, volgnummer 28006066)
- College voor zorgverzekeringen (2009), Rapport Heroriëntatie hulpmiddelen, Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld (publicatienummer: 279, volgnummer 29051484).
- College van zorgverzekeringen (2009). Rapport Heroriëntatie hulpmiddelen 2, Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld (volgnummer: 29101224)
- Nefemed (2010). Het moet anders in de zorg, het kan anders in de zorg
- College voor zorgverzekeringen (2012). Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden 2 (volgnummer: 2011060289).
- Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH, 2012), Stichting Ondernemingen Medische Technologie
- Dutch Cochrane Centre en Academisch Medisch Centrum Amsterdam (2013). Alternatieven voor Randomized Controlled Trials in onderzoek naar de effectiviteit van interventies.
- College voor zorgverzekeringen (2013). Rapport Pakketbeheer in de praktijk deel 3 (referentie: 2013124535).
- GS1 Nederland (2013). Patiëntveiligheid omhoog, kosten omlaag; Stappenplan implementatie GS1-traceerbaarheid – ziekenhuizen. Versienummer 001
- NIVEL (2014), Een hulpmiddel via de zorgverzekeraar in 2012 of 2013; ervaringen van mensen die hulpmiddelen gebruiken en thuiszorgmedewerkers
- KNAW (2014), Evaluation of new technology in health care; in need of guidance for relevant evidence
- NPi (2014). Adviesrapport: gebruik van ICF, ISO9999 en Cliq in Nederland. Yvonne Heerkens en Theo Bougie
- Expert panel statement (2014). Optimum Continence Service Specification. Adrian Wagg, Diane Newman, Paul van Houten & Kai Leichsenring.
- RVZ (2015), Consumenten E-health. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- College voor zorgverzekeringen (2015). Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (volgnummer: 2014116583).

- Nederlandse Stomavereniging (2015). Sterker met een stoma; Rapportage onderzoek stomamaterialen en vergoedingen

3. Artikelen

- Interview Jos Dekkers, verstrekking incontinentie materiaal vereist maatwerk.
- Dwarslaesie Organisatie Nederland (2014), Patiëntenprofiel 'neurogene aandoeningen'.
- BOSK, Patiëntenprofiel 'neurogene aandoeningen' gewenst voor incontinentieartikelen.
- Nefemed (2010), Het moet anders in de zorg, het kan anders in de zorg.
- Zorgverzekeraars Nederland (2009). Hulpmiddelenzorg; cliënt centraal één loket bij de zorgverzekeraar.
- BRT-advies (2014). Is er nog behoefte aan functiegerichte aanspraak in de hulpmiddelenzorg?
- NEN (2012), NEN-EN-ISO9999, Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen - Classificatie en terminologie (ISO/DIS 9999:2011). Vol. ICS 11.180.01. Delft: NEN Uitgeverij.
- Heerkens Y, Bougie T, Claus E (2011). The use of the ICF in the process of supplying assistive products: discussion paper based on the experience using a general Dutch prescription guideline. Prosthet Orthot Int. Sep;35(3):310-7
- Heerkens YF, Bougie T, de Kleijn-de Vrankrijker MW (2010). Classification and terminology of assistive products. In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=265&language=en>
- Gedragscode Medische Hulpmiddelen (GMH, 2012), brochure Stichting GMH, te downloaden via: www.gmh.nu
- NRC Handelsblad (2015). Die goedkope glucosemeter doet vaak maar wat. Verschenen maandag 15 juni op pagina 10 & 11.
- Diabetesvereniging Nederland (2015). 'NZa moet ingrijpen in de diabetesmarkt'.
- NZa (2015). Brief aan Diabetesvereniging Nederland (kenmerk: 129240/186658)

4. Presentaties

- NPi (2013). Presentatie: Protocollering hulpmiddelenzorg met als voorbeeld hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma. Yvonne Heerkens
- Wageningen UR (?). Presentatie: Naar huis gestuurd met een zak vol luiers; het belang van ervaringskennis bij incontinentie. Maartje Hoogsteyns

5. Instrumenten, richtlijnen en protocollen

5.1 Algemeen

- Nictiz (2009). Cliq classificatie voor hulpmiddelen
- Nictiz (2009). Generiek Implementatieplan Cliq 2009
- CG raad (2010), Basisrichtlijn hulpmiddelenzorg; fase 1 opstellen basisrichtlijn
- DVN (2015), Regels zorgverzekeraars voor keuze in meters en leveranciers 2015

5.2 Incontinentie

- Richtlijn urine-incontinentie bij vrouwen NVOG 2012
- Richtlijn urine-incontinentie bij kwetsbare ouderen V&VN & LEVV 2010
- Richtlijn urine-incontinentie voor de 2e en 3e lijnszorg NVOG & NVU 2014
- Richtlijn neurogene blaasNVU 2012
- Richtlijn incontinentie bij kinderen NVU & NVK & CV&V 2010
- NHG standaard incontinentie voor urine
- KNGF richtlijn urine-incontinentie
- EAU Guidelines on urinary incontinence 2012
- Norton, Thomas, Hill on behalf of the Guideline Development Group (2007), Management of faecal incontinence in adults: summary of NICE guidance

5.3 Stoma

- V&VN (2012). Evidence-based Richtlijn Stomazorg Nederland
- Heerkens, Y. & Braakman, A. (2014). Protocol hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma, Amersfoort Paramedisch Instituut (NPI) en Nederlandse Stomavereniging (NSV)

5.4 Diabetes

- NFD (2015). Consensusdocument: Kwaliteitscriteria voor optimale en doelmatige inzet insulinepomptherapie en hulpmiddelen.
- EADV (2012). Een multidisciplinaire richtlijn over zelfcontrole van bloedglucosewaarden door mensen met diabetes.

5.5 Dwarslaesie

- Dwarslaesie Organisatie Nederland (2013). Zorgstandaard dwarslaesie. <http://www.zorgstandaarden.net/zza/media/zorgstandaard/20130226-001/#/1/>
- Op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) zal binnenkort gestart worden met de ontwikkeling van de richtlijn Dwarslaesie.
- Herziening richtlijn dwarslaesie (2010). Conceptversie

5.6. Overige

- Nederlandse vereniging voor Heelkunde (2013). Richtlijn wondzorg.
- Zorginstituut Nederland (2015). Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg
- Kenniscentrum Wondzorg (2013). Evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg

6. Lopende onderzoeken

- RIVM →IGZ het RIVM heeft gevraagd een onderzoek te starten over afwijkingen in meetresultaten van bloedglucosemeters.
- Meldactie NPCF → Over keuzevrijheid, aanvraag en levering van hulpmiddelen en ook over de betaalbaarheid en vergoeding van hulpmiddelen.
- Vilans → Kleinschalig kwalitatief ondergroep (12-17 interviews), uitgangspunt wordt het hulpmiddel
- NFD – Traject over de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitscriteria van insulinepomptherapie. Dit traject is en wordt met alle relevante partners in de keten uitgevoerd, in nauwe afstemming met ZIN. Niet alleen zorgverleners en patiënten zijn aangesproken, maar ook de industrie, leveranciers, zorgverzekeraars, NVZ, etc. Dit alles vanuit de visie dat kwaliteit pas bereikt kan worden als ook echt alle partners in de keten daarover meedenken en meedoen. Meer informatie is te vinden via: <http://www.diabetesfederatie.nl/nieuwsberichten/444-nationale-consensus-kwaliteitscriteria-insulinepomptherapie>
- ZonMw → Heeft een onderzoeksgroep uitgenodigd een aanvraag in te dienen voor een implementatiesubsidie voor het maken van keuzehulpen voor het gebruik van incontinentiehulpmiddelen bij stressincontinentie.
- ZonMw → gezamenlijke call van topsectoren Life Sciences and Health en Creatieve beroepen waarin aandacht wordt gevraagd voor hulpmiddelen voor dementerende ouderen.

7. Werkgroepen

- Incontinentie → wegens belangenverschillen momenteel niet actief
- Stoma → hebben een richtlijn ontwikkeld, nu zaak om verder te gaan met de implementatie
- Diabetes → via NFD voor de ontwikkeling van bovengenoemd traject over kwaliteitscriteria insulinepomptherapie en hulpmiddelen
- AAATE → een interdisciplinaire pan-Europese associatie gewijd aan alle aspecten van “assistive technology” - <http://www.aaate.net/AAATE>
- International expert panel over incontinentie zorg met:
 - o Professor Adrian Wagg (University of Alberta, Canada)
 - o Diane Newman (University of Pennsylvania, United States)

- Paul van Houten (Amstelveen, Nederland)
- Kai Leichsenring (Vienna, Austria)

8. Websites

<http://www.hulpmiddelenwijzer.nl>

<http://hulpmiddelenvinder.nl>

http://ec.europa.eu/growth/sectors/medical-devices/index_en.htm

<http://www.eastin.eu/nl-nl/searches/products/index>

<https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl>

http://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/incidententoezicht/melden/fabrikant_of_leverancier_medische_technologie/melden_vervalste_medische_hulpmiddelen/index.aspx

<https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/hulpmiddelen>

<https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/werkwijze+pakketbeheer/beoordeling+hulpmiddelen>

In opdracht van het ministerie van VWS heeft ZonMw, in het voorjaar van 2015, een verkenning uitgevoerd naar de stand van zaken met betrekking tot extramurale (via de Zorgverzekeringswet verzekerde) hulpmiddelenzorg in Nederland. Op basis van een reeks gesprekken met alle betrokkenen, een consultatiebijeenkomst en reacties op de eerste concepttekst is een schets gemaakt van de huidige situatie wat betreft de kwaliteit van deze zorg. Knelpunten uit de dagelijkse praktijk zijn uiteengezet en verbetermogelijkheden binnen de grenzen van het huidige stelsel geïnterpreteerd. De focus ligt daarbij op hulpmiddelen voor patiënten met diabetes, met een stoma en met urine-incontinentie.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl

