



Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg

2010

Uitgave CG-Raad / ZN

Verlag

van het Project

Opstellen **R**ichtlijnen voor **F**unctiegerichte **A**anspraak hulpmiddelen

RiFA

Fase 1 Opstellen van een Basisrichtlijn

Utrecht, februari 2010



Verlag

van het Project

Opstellen **R**ichtlijnen voor **F**unctiegerichte **A**anspraak hulpmiddelen

RiFA

Fase 1 Opstellen van een Basisrichtlijn

Yvonne Heerkens (NPi)
Ellen Claus (Vilans)
Edith Hagedoren (Vilans)
Harm Jonker (Vilans)
Theo Bougie (BRT-Advies)
Jos Muylkens (Nova Mundo)
Dorine van Ravensberg (NPi)
Piet Vreeswijk (CG-Raad)

Utrecht, februari 2010

Gebruik basisrichtlijn

De ontwikkelde basisrichtlijn mag door eenieder worden gebruikt, onder voorwaarde dat wordt gerefereerd aan dit rapport. Dat kan als volgt:

CG-Raad. Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie Th, Ravensberg D van, Vreeswijk P. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad; 2010

Dit verslag is als pdf-bestand te downloaden van de websites van de deelnemende organisaties of als hardcopy tegen kostprijs te bestellen in de webwinkel van de CG-Raad (www.cg-raad.nl).

Belangstellenden die de Basisrichtlijn als Worddocument willen ontvangen, kunnen een e-mail sturen aan heerkens@paramedisch.org.

ISBN: 978-90-811403-5-5

Trefwoorden: hulpmiddelen, hulpmiddelenproces, functiegerichte aanspraak, richtlijn

Voorwoord

Tijdens het Algemeen Overleg in december 2008 stelde minister Klink van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat de cliënt recht heeft op de 'meest adequate oplossing'. Om dat te realiseren moet worden gezocht naar de perfecte match tussen dat wat een persoon wil, kan en mag (in termen van beoogd functioneren) en dat wat het hulpmiddel hem/haar kan bieden. Dat betekent dat bij het verstrekken van hulpmiddelen niet het hulpmiddel, maar het functioneren van de cliënt centraal komt te staan (kanteling van zorg). Omdat de minister nog in de huidige kabinetsperiode deze 'functiegerichte' aanspraak wilde realiseren, was haast geboden.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft subsidie verleend voor fase 1 van het project 'Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen' (RiFA), het ontwikkelen van een basisrichtlijn. Vijf partijen zijn als partner, als lid van het projectteam, betrokken bij het project: de CG-Raad (Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad) (aanvrager van het project), Vilans, Nova Mundo, BRT-Advies en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPi) (penvoerder). Daarnaast heeft een groot aantal andere partijen een rol gespeeld in fase 1: er zijn interviews gehouden en er is een stuur- en adviesgroep geformeerd, waarvan de leden hebben deelgenomen aan overleg en discussie over de Basisrichtlijn en alles wat daarmee samenhangt. Alle partijen - financiers, hulpmiddelenfabrikanten en -leveranciers, verwijzers, behandelaars, cliëntenorganisaties - hebben constructief deelgenomen aan het proces waardoor het resultaat - een uitgewerkte versie van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg die gebruikt kan worden bij de ontwikkeling van meer specifieke richtlijnen - in korte tijd gerealiseerd kon worden.

Wij zijn allen die de afgelopen vijf maanden aan de totstandkoming van de Basisrichtlijn hebben bijgedragen dankbaar voor hun positieve inzet en hopen dat de Basisrichtlijn een solide uitgangspunt zal vormen voor de ontwikkeling van richtlijnen ten behoeve van het functioneringsgericht verstrekken van hulpmiddelen.

Onze bijzondere dank gaat uit naar Marlou Driessen van de Hogeschool Zuyd voor haar inbreng in de keuze van meetinstrumenten in de Basisrichtlijn.

Namens het projectteam,
Yvonne Heerkens, projectleider
Amersfoort, februari 2010

Inhoudsopgave

Voorwoord

1	Aanleiding RiFA-project	1
2	Doel fase 1	4
3	Globale opzet RiFA-project.....	5
4	Methode fase 1	7
4.1	Algemene taken.....	7
4.2	Vorbereidende activiteiten	7
4.2.1	Inventarisatie van partijen in de keten van hulpmiddelenzorg.....	7
4.2.2	Inventarisatie van bestaande modellen, richtlijnen / protocollen en instrumenten.....	7
4.2.3	Interviews	8
4.3	Ontwikkeling Basisrichtlijn functiegerichte aanspraak hulpmiddelen.....	9
4.4	Ontwikkelen matrix	10
4.5	Rapportage en opzet fase 2	10
5	Resultaten.....	11
5.1	Resultaten voorbereidende activiteiten	11
5.1.1	Literatuur	11
5.1.2	Bestaande modellen, richtlijnen / protocollen en instrumenten	15
5.1.3	Resultaten interviews	19
5.2	Resultaten Basisrichtlijn.....	22
5.2.1	Uitgangspunten van de Basisrichtlijn	22
5.2.2	Uitwerking Basisrichtlijn	23
5.2.3	Omschrijvingen.....	24
5.3	Resultaten matrix.....	24
6	Beschouwing	26
7	Vervolg / plan van aanpak fase 2	29
7.1	Onderwerpen.....	29
7.2	Financiering ontwikkeling richtlijnen.....	31
7.3	Betrokkenen & opzet	31
7.4	Overige activiteiten fase 2	32
8	Literatuurlijst & geraadpleegde websites	33

BIJLAGEN

Bijlage 1	Betrokkenen	37
Bijlage 2	Vragen interviews.....	39
Bijlage 3	Stappen in de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg.....	43
Bijlage 4	Basisrichtlijn	47
Bijlage 5	Omschrijvingen	75
Bijlage 6	Schema matrix (werktitel).....	89
Bijlage 7	Lijst afkortingen	91

1 Aanleiding RiFA-project

Ontwikkelingen in de zorg

Een toegenomen levensduur, meer chronische aandoeningen, multipathologie, een tekort aan 'handen aan het bed', een meer centrale rol van de cliënt en een verandering van attitude van de burger (zelfverzekerd, onafhankelijk, gesteld op vrijheid) dragen bij aan een steeds grotere rol van technologie in de zorg. Een doeltreffende en doelmatige hulpmiddelenzorg (hulpmiddel in de brede zin van het woord; van bril tot aan aangepaste keuken en slimme robotica) is van grote betekenis, maar niet altijd gegarandeerd. In 2008 bleek dat 52% van de geïnterviewde mensen met myotrofische lateraal sclerose (ALS) of progressieve spinale musculaire atrofie (PSMA) problemen heeft ervaren bij de aanvraag van hulpmiddelen en/of woningaanpassingen (Grosze Nipper, 2008). Vanaf 1 januari 2009 is het niet meer mogelijk om een sta-op-stoel vergoed te krijgen vanuit het basispakket van de zorgverzekeraar en eind 2008 werd in de Zorgkrant gemeld dat er sprake is van een omzetsdaling van de hulpmiddelen verstrekt door apotheken.

Maar, het veld is in beweging en er zijn ook positieve ontwikkelingen te melden. Zo schrijft minister Klink van VWS in een brief van 16 april 2008 aan de Tweede Kamer, dat hij nog in de lopende ambtstermijn een hulpmiddelenaanpak in de Zorgverzekeringswet wil realiseren die gericht is op 'functiebeperking'¹. Door de aanspraken oftewel verzekerde prestaties functiegericht² te omschrijven - zoals ook elders in de Zorgverzekeringswet gebeurt - zijn inhoud, omvang en het indicatiebeleid van de aanspraak wettelijk vastgelegd. Wie de zorg verleent en waar de zorg wordt verleend is in een functiegericht systeem de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar. Hierdoor kan het zorgaanbod flexibeler inspelen op de specifieke wensen en eisen van verzekerden.

In december 2008 stelt de minister dat de cliënt recht heeft op de 'meest adequate oplossing'. Om dat te realiseren moet worden gezocht naar de perfecte match tussen dat wat de persoon wil, kan en mag (in termen van beoogd functioneren) en dat wat het hulpmiddel hem/haar kan bieden. Dat betekent dat van een situatie waarin een persoon krijgt waar hij/zij 'recht' op heeft (een soort 'standaard oplossing'), nu wordt toegegaan naar een situatie waarbij de persoon het meest adequate hulpmiddel krijgt, passend bij zijn mogelijkheden en wensen.

Hulpmiddelenzorg in Nederland is een complex terrein met vele spelers en verschillende regelingen van waaruit de hulpmiddelen worden betaald. De aanleiding voor het voorliggende project ligt vooral bij de hulpmiddelenzorg betaald vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) (en de omslag die nu wordt gemaakt richting functiegerichte aanspraak), maar ook de andere regelingen (AWBZ, WIA en WMO) worden in het project - waar mogelijk - meegenomen.

VWS

VWS streeft naar het realiseren van een zo volledig mogelijke functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet (ZVW) in 2011. Dat betekent dat in plaats van een

¹ De term 'functiebeperking' is in ICF-terminen (ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health; WHO, 2001; RIVM 2002, 2008) eigenlijk geen correcte term; de ICF bevat drie perspectieven om het functioneren van mensen te beschrijven: 1) perspectief van het lichaam: functies en anatomische eigenschappen (negatief: stoornissen); 2) perspectief van doelgericht handelen: activiteiten (negatief: beperkingen); en 3) perspectief van deelname aan de samenleving: participatie (negatief: participatieproblemen). Functiebeperking is een combinatie van een neutrale term vanuit het 1^e perspectief ('functie') en de negatieve term van het 2^e perspectief ('beperking') en daarmee is onduidelijk wat er met de term wordt bedoeld. Beter zou zijn de term functioneringsproblemen te gebruiken als het gaat om een overkoepelende term voor problemen vanuit alle drie de perspectieven of de term beperkingen als alleen gekeken wordt vanuit het 2^e perspectief.

² Naar analogie van de Nederlandse vertaling van de ICF zou 'functioneringsgericht' eigenlijk een betere term zijn dan functiegericht (het gaat over functies, activiteiten en participatie, niet alleen over functies). Toch wordt hier de term 'functiegericht' gebruikt, omdat die term in diverse beleidsstukken wordt gebruikt.

aanspraak via een 'limitatieve' lijst, bij het vaststellen van de aanspraak op hulpmiddelen wordt uitgegaan van problemen in het functioneren van de betrokkene.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft voorgesteld om in 2009 te starten met een gefaseerde invoering van de functiegerichte aanspraak (CVZ, 2009a). Dit betekent dat stapsgewijs de overstap gemaakt wordt van het productgericht omschrijven naar het functiegericht omschrijven van de aanspraken voor enkele hulpmiddelencategorieën binnen de ZVW. Het opheffen of verminderen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen c.q. het ondersteunen van functies, activiteiten of participatie vormt dan de basis voor de aanspraken.

Vanuit het RIVM is in het kader van het Hulpmiddelen Vooronderzoek (Van Loon, 2008) het voorstel gedaan om *"aan de hand van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg een stappenplan te ontwikkelen zodat mensen, uitgaande van het probleem waar een oplossing voor gezocht wordt, zien waar ze op welk moment terecht kunnen voor informatie, vragen, klachten. In dit stappenplan wordt met behulp van de ICF-codering de koppeling gelegd tussen probleem, levensgebied en financieringsstelsel."*

VWS heeft in december 2008 en april 2009 gesprekken gevoerd met de CG-Raad (Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad) en met ZN (Zorgverzekeraars Nederland) en daarin aangegeven deze twee partijen als de trekkers voor de protocolontwikkeling voor hulpmiddelen te beschouwen.

Visie en rol CG-Raad

Bij de invoering van de deregulering in 2002 hebben CSO (Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties) en CG-Raad als voorwaarde gesteld dat dit traject alleen bespreekbaar is als de indicatiestelling op basis van protocollering plaatsvindt. Om tot protocollering te komen heeft de CG-Raad het initiatief genomen tot de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg vanuit het gebruikersperspectief. In deze procesbeschrijving zijn twee stappen van groot belang: de zorgvraagformulering en het opstellen van een zorgplan. Deze zouden op basis van ICF³ en Cliq⁴ uitgewerkt moeten worden.

Visie en rol Zorgverzekeraars Nederland

ZN staat positief tegenover de overstap naar functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg in de ZVW. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor de individuele zorgvraag van de verzekerde centraal stellen, meer maatwerkoplossingen contracteren voor hun verzekerden, beter sturen op doelmatigheid van zorg en prikkels geven aan zorgaanbieders om te innoveren. Om de uitvoering van functiegerichte aanspraak mogelijk te maken, stellen zorgverzekeraars een aantal voorwaarden zoals functiegerichte indicatiestelling, beschikbaarheid van protocollen en richtlijnen en labelling van producten met de Cliq-classificatie.

ZN start met het functiegericht omschrijven op deelterreinen waar dit relatief eenvoudig gerealiseerd kan worden. ZN heeft in overleg met patiëntenorganisaties (CG-Raad/CSO/NPCF⁵) een coördinatieteam opgericht met als doelstelling de regie te voeren over de stapsgewijze invoering van de functiegerichte aanspraken. Dit team stuurt drie werkgroepen aan die zich bezighouden met het functiegericht omschrijven voor een bepaalde groep hulpmiddelen. Deze werkgroepen richten zich op de analyse van de inrichting van de keten, met het oog op de uitvoering van het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen in de zorg. Het betreft beenprothesen, voetorthesen/orthopedisch schoeisel en hulpmiddelen bij mensen met visuele stoornissen en daarmee samenhangende beperkingen en participatieproblemen (ontleend aan: [www.zn.nl/dossiers/a - z/hulpmiddelen.asp](http://www.zn.nl/dossiers/a-z/hulpmiddelen.asp)).

³ Zie voetnoot 1.

⁴ Classificatie met IQ; www.cliq.nl. Cliq is een verfijning van de ISO 9999 (Assistive products for persons with disability - Classification and terminology) op basis van 'product related intended use'.

⁵ Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Ontwikkeling projectvoorstel

ZN heeft met Vilans en Nova Mundo overlegd over een projectvoorstel om protocollen c.q. richtlijnen te ontwikkelen om de functiegerichte indicatiestelling mogelijk te maken. De taak van opdrachtgever is daarna van ZN overgegaan naar de CG-Raad. De CG-Raad heeft vervolgens een kort voorstel ontwikkeld - voor de ontwikkeling van een Basisrichtlijn, de daarvoor benodigde software en de ontwikkeling van vier voorbeeldrichtlijnen - en dat voorgelegd aan VWS. VWS heeft geld toegezegd om in 2009 de Basisrichtlijn te ontwikkelen (fase 1). De overige producten (software en voorbeeldrichtlijnen) zullen worden ontwikkeld in 2010 (fase 2). Daarna kunnen op grotere schaal door het veld richtlijnen worden ontwikkeld voor specifieke problemen c.q. hulpmiddelen (fase 3). Bij het project betrokken zijn, naast Vilans en Nova Mundo, BRT-Advies en het Nederlands Paramedisch Instituut (NPI).

Het projectvoorstel dat in september bij VWS is ingediend, is gebaseerd op het voorstel van Vilans / Nova Mundo en het voorstel van de CG-Raad en betreft fase 1: de ontwikkeling van een Basisrichtlijn.

2 Doel fase 1

Beoogd wordt om in fase 1 de volgende producten te realiseren:

- generieke Basisrichtlijn⁶; de term 'basis' geeft aan dat het gaat om een raamwerk dat later voor specifieke doelgroepen of hulpmiddelenklassen kan worden ingevuld; de term 'generiek' wordt gebruikt om aan te geven dat het gaat om een richtlijn die is te gebruiken voor alle soorten hulpmiddelen ongeacht de wijze van financiering. Voor de eenvoud wordt verder gesproken over Basisrichtlijn (BRL);
- een matrix: een samenstel van coderingssystemen, classificaties en de ingangen daarop voor het koppelen van functioneringsproblemen en door de gebruiker beoogd gebruik van hulpmiddelen (human related intended use) (ICF) aan het gebruik van hulpmiddelen zoals beoogd door de fabrikant (product related intended use) (ISO 9999 en Cliq);
- rapportage;
- plan van aanpak voor fase 2.

⁶ Er zijn veel discussies mogelijk over de termen 'richtlijn' en 'protocol'. Over het algemeen wordt een richtlijn gedragen door een landelijke beroepsorganisatie. Protocollen zijn over het algemeen lokale adaptaties van een richtlijn*; deze adaptaties zijn over het algemeen meer concreet dan de er aan ten grondslag liggende richtlijn. In de rest van dit verslag wordt gesproken over 'richtlijn' en niet meer over protocol (tenzij wordt gerefereerd aan de literatuur). Richtlijnen kunnen zowel mono- als multiprofessioneel zijn en er zijn zowel meer inhoudelijke gerichte richtlijnen (gaat vooral om het beschrijven van de optimale zorg) als meer procesmatig gerichte richtlijnen (waarbij het vooral gaat om de beschrijving van het te doorlopen proces. De BRL is in die zin een multiprofessionele, procesmatige richtlijn.

* Daarmee wordt aangesloten bij de 2^e omschrijving van het woord 'protocol' in de Kwaliteitscanon: "Van een vakinhoudelijke richtlijn afgeleide lokale handelingsinstructie of werkinstructie waarin staat hoe precies in de dagelijkse praktijk dient te worden gehandeld. Protocollen worden veelal lokaal geformuleerd, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de dagelijkse praktijk." (Regieraad, 2009).

3 Globale opzet RiFA-project

De in het kader van hulpmiddelen te ontwikkelen richtlijnen kennen naar verwachting een grote mate van overlap voor wat betreft de workflow (processtappen). Wat vooral varieert is enerzijds de inhoudelijke informatie die leidt tot een indicatie en zijn anderzijds de algoritmen om het Programma van Eisen (PvE) per richtlijn te kunnen opstellen.

Als op basis van de al bestaande protocollen en werkwijzen, aangevuld met nieuwe inzichten, een Basisrichtlijn wordt opgesteld, ontstaat een raamwerk waarnaar alle andere richtlijnen kunnen worden vormgegeven. Het uitwerken van de richtlijnen is dan een kwestie van het formuleren van de inhoud, de benodigde communicatie tussen de verschillende partijen in het proces en het algoritme om tot een verstrekking te kunnen komen. Voordelen van deze aanpak is dat het ontwikkelen van de richtlijnen van de afzonderlijke aanspraken op deze manier eenduidiger, en ook sneller en goedkoper, kan plaatsvinden.

Fase 1

Tijdens fase 1 - augustus 2009 t/m januari 2010 - wordt verkend of het mogelijk is om een raamwerk op te stellen en zo ja, dan wordt het raamwerk ontwikkeld. Het vormt de basis voor het proces waarmee functiegerichte indicatiestelling vormgegeven kan worden. Het raamwerk wordt aangeduid als 'Basisrichtlijn'.

Voor richtlijnen die in fase 2 en 3 zullen worden ontwikkeld met behulp van de Basisrichtlijn gelden de volgende uitgangspunten. De richtlijnen:

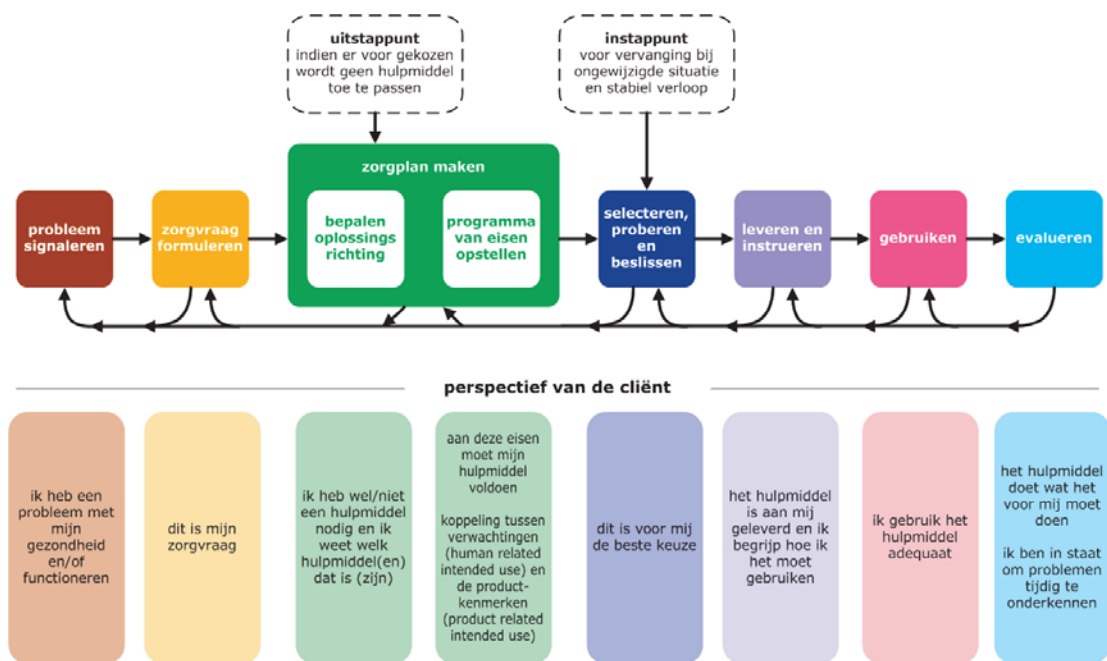
- stellen de zorgvraag van de cliënt centraal
- geven de cliënt inzicht in het proces en in de activiteiten die hij/zij kan uitvoeren
- zijn niet 'dwingend', maar ondersteunen het klinisch redeneren en het handelen van zorgdeskundigen
- sluiten waar mogelijk aan bij bestaande richtlijnen / protocollen / hulpmiddelencompassen.

Bij het ontwikkelen van de Basisrichtlijn zelf gelden de volgende uitgangspunten:

- bij de totstandkoming van de Basisrichtlijn worden alle relevante overkoepelende partijen, inclusief de gebruikers, betrokken
- de Basisrichtlijn heeft betrekking op alle soorten hulpmiddelen ongeacht de wijze van financiering (ZVW, AWBZ, WMO, WIA en eigen betaling)⁷
- de Basisrichtlijn volgt de stappen van de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg en beschrijft de activiteiten van de gebruiker en van de zorgdeskundige⁸ (zie schema volgende pagina); verwacht wordt dat de mate van detail per stap zal variëren
- de Basisrichtlijn geeft aan bij welke gegevens gebruikgemaakt gaat worden van de ICF en van Cliq
- de Basisrichtlijn biedt voldoende aanknopingspunten om te functioneren in een ICT-omgeving (ICT-proof). In fase 2 zal de Basisrichtlijn voor een concreet protocol in software worden omgezet, zodat deze als voorbeeld kan dienen voor andere softwareprotocollen. Dit softwarevoorbeeld wordt modulair opgezet, zodat zoveel mogelijk software hergebruikt kan worden voor de andere protocollen.

⁷ Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat het project is ontstaan vanuit de ZVW en dat in het project nog moet blijken in welke mate dit uitgangspunt realiseerbaar is.

⁸ Kan zijn: adviseur, (para)medisch behandelaar of leverancier.



In fase 1 is een vijftal activiteitenclusters te onderscheiden:

- algemene taken
- voorbereidende activiteiten
- ontwikkelen Basisrichtlijn
- ontwikkelen matrix
- rapportage en planning fase 2.

Deze activiteiten worden beschreven in hoofdstuk 4.

Fase 2

In fase 2 zal de Basisrichtlijn worden gebruikt voor het 'vullen' van een viertal voorbeeldrichtlijnen. Daarbij kan worden aangesloten bij de activiteiten van de werkgroepen bij ZN. In fase 2 zal ook met behulp van ICT een voorbeeldapplicatie van een zorgprotocol worden gerealiseerd. Modules zoals een zogenaamde 'ICF-generator' en een 'Cliq-generator' zijn herbruikbaar voor andere op software gebaseerde zorgprotocollen. Met deze generatoren is het mogelijk om het klasseren van die gegevens die in ICF- dan wel in Cliq-termen kunnen worden vastgelegd te ondersteunen. In hoofdstuk 7 is het plan voor fase 2 verder uitgewerkt.

4 Opzet fase 1

4.1 Algemene taken

Projectteam

Het projectteam bestaat uit medewerkers van de CG-Raad, Vilans, Nova Mundo, BRT-Advies en het NPi. De projectleiding berust bij het NPi. Zie voor de namen Bijlage 1.

Organisatie project

Het project wordt aangestuurd door een kleine **stuurgroep**, ingesteld door de opdrachtgever. Zie voor de namen Bijlage 1.

De projectleider heeft als taak om de samenhang tussen de activiteiten van alle partijen te bewaken, het totale budget te beheren en de uitvoering van het project te realiseren binnen de gestelde tijd. De projectleider rapporteert aan de stuurgroep.

Het projectteam wordt bijgestaan door een **adviesgroep** bestaande uit vertegenwoordigers van de partijen betrokken bij hulpmiddelenzorg. Zie voor de samenstelling Bijlage 1. Aan de adviesgroep, die twee maal bij elkaar komt, zullen de tussen- en eindproducten worden voorgelegd.

4.2 Voorbereidende activiteiten

De voorbereidende activiteiten zijn nodig om tot een verantwoorde aanpak en samenstelling van de Basisrichtlijn te komen.

4.2.1 Inventarisatie van partijen in de keten van de hulpmiddelenzorg

De overkoepelende partijen in de keten van Hulpmiddelenzorg met hun taken en verantwoordelijkheden worden geïnventariseerd. Doel is om een goede afspiegeling van de betrokken partijen te krijgen bij de interviews en in het projectteam.

4.2.2 Inventarisatie van bestaande modellen, richtlijnen / protocollen en instrumenten

Doel is om bij de ontwikkeling van de Basisrichtlijn zo goed mogelijk aansluiting te vinden bij bestaande, kwalitatief hoogwaardige en beproefde richtlijnen en protocollen voor het verstrekken van hulpmiddelen. Resultaat is een selectie van hoogrelevante richtlijnen en protocollen of delen daarvan, die gebruikt zullen worden bij het ontwikkelen in fase 1 van de Basisrichtlijn en in fase 2 bij de ontwikkeling van voorbeeldrichtlijnen.

In de literatuur en op het internet wordt gezocht naar modellen die te maken hebben met het verstrekken van hulpmiddelen, zoals het model MPT (Matching Person & Technology) (Scherer & Sax, 2009) voor het in kaart brengen van de behoeften van de cliënt.

Verder wordt via de daarvoor geëigende zoekmachines en databanken⁹ gezocht naar al bestaande richtlijnen en protocollen bij de verstrekking van hulpmiddelen in het kader van de ZVW, de WMO, de AWBZ en de WIA. Daarbij wordt ook gekeken naar richtlijnen en protocollen die specifiek voor een bepaalde beroepsgroep zijn gemaakt.

Een voorbeeld van een protocol is het Dutch MPT, dat bestaat uit elementen van het model MPT en het bestaande protocol van Vilans voor individuele hulpmiddelenzorg (Gelderblom et al, 2009).

Gezien de beperkte tijd die beschikbaar is, blijft de inventarisatie globaal.

Nadat de richtlijnen en protocollen zijn opgespoord, wordt een analyse uitgevoerd van de inhoud, de gehanteerde methode, de uitgangspunten, de actualiteit, het beheer en de bij de ontwikkeling en het beheer betrokken partijen. Ook de beschikbare hulpmiddelenkompassen worden geanalyseerd.

4.2.3 Interviews

Er worden face to face interviews gehouden met de partijen die in de stuurgroep gaan plaatsnemen. Bij een aantal andere partijen betrokken bij hulpmiddelenzorg worden telefonische interviews afgenomen. De interviews zijn semi-gestructureerd. Hierdoor ontstaat vrijheid voor de geïnterviewde personen voor eigen inbreng en kan via 'doorvragen' verder worden ingegaan op mogelijk relevante thema's. Het afnemen van de interviews heeft een aantal doelen:

- inzicht verwerven in het proces van Hulpmiddelenzorg in de praktijk; vindt dit op universele wijze plaats of zijn er verschillen in organisatie, taken en verantwoordelijkheden voor de verschillende aanspraken (en de invloed van deze verschillen op de inhoud van de Basisrichtlijn)
- inzicht krijgen in het belang dat de partijen hechten aan de ontwikkeling van richtlijnen rond hulpmiddelen
- inzicht krijgen in de plannen van de betrokken partijen op dit gebied
- inzicht krijgen in de belemmeringen en wensen die partijen hebben ten aanzien van het realiseren van deze plannen
- in kaart brengen van de verwachtingen ten aanzien van de Basisrichtlijn (inhoud, detailniveau, ICT-gereedschap)
- in kaart brengen van persoonlijke en externe factoren die volgens de betrokkene van invloed zijn op het succes van de hulpmiddelenzorg / de tevredenheid van de cliënt
- in kaart brengen van de richtlijnen waaraan de partijen behoefte hebben
- inzicht krijgen in de wensen van de betrokken partijen ten aanzien van de begeleiding bij de invulling van de richtlijnen (fase 2 en 3) en het beheer van de richtlijnen
- inventariseren van al gebruikte richtlijnen / protocollen en andere initiatieven op dit terrein
- bij het project betrekken van de verschillende partijen.

De face to face interviews worden afgenomen door twee interviewers tegelijk. Dit om te zorgen dat alle vragen aan bod komen en dat op de juiste momenten wordt 'doorgevraagd'. De interviews worden opgenomen met een digitale voicerecorder.

De telefonische interviews worden afgenomen door één persoon en waar mogelijk opgenomen met een digitale voicerecorder.

De interviewers zijn afkomstig van Vilans en het NPi; van de vier interviewers van Vilans is er maar één ook lid van het projectteam (zie Bijlage 1). In Bijlage 2 staan de interviewvragen.

⁹ Vilans heeft een databank Kick-protocollen (www.vilans.nl) met 90 leden en 400 protocollen voor de doelgroepen thuiszorg, verpleeghuizen, woonzorgcentra, gehandicaptenzorg, onderwijs en ziekenhuizen. DocOnline van het NPi (www.paramedisch.org) bevat een databank Meetinstrumenten op paramedisch gebied en een portal met links naar ca. 20 databanken met richtlijnen en protocollen. Dit zijn in belangrijke mate 'inhoudelijke richtlijnen' (bijv. richtlijn Whiplash), maar er staan ook 'procesmatige' richtlijnen en protocollen in de databanken.

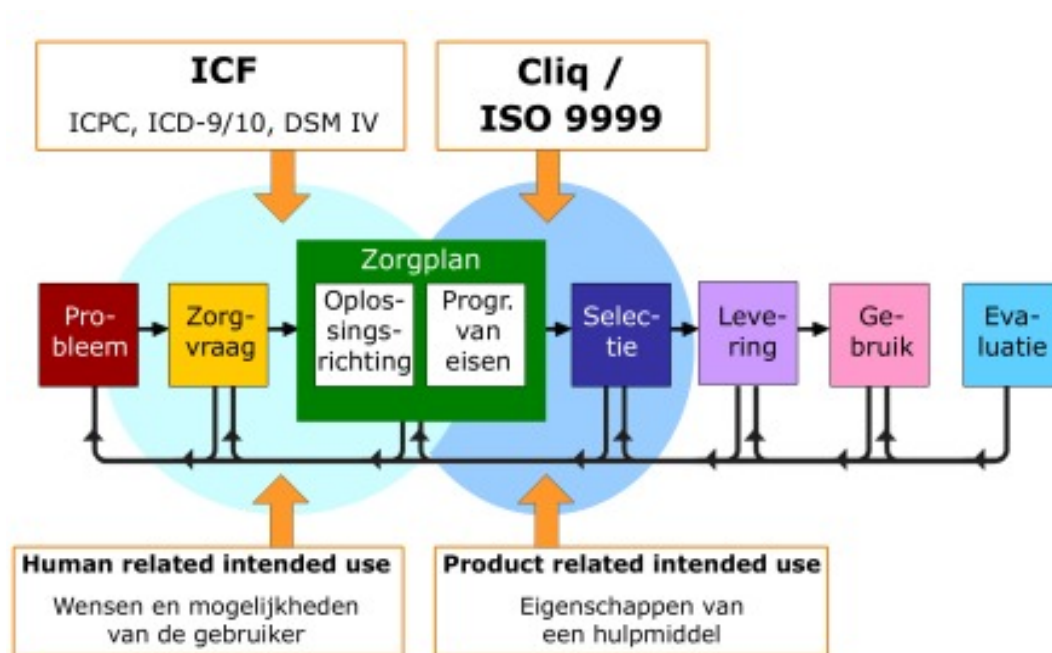
De resultaten uit de interviews en de inventarisatie worden voorgelegd aan de adviesgroep en waar mogelijk gebruikt bij de ontwikkeling van de Basisrichtlijn.

4.3 Ontwikkeling Basisrichtlijn functiegerichte aanspraak hulpmiddelen

Voor de Basisrichtlijn wordt beschreven op welke manier de keten is georganiseerd. Belangrijk is om in de Basisrichtlijn zowel de activiteiten van de gebruikers als van de zorgdeskundigen helder te beschrijven (zie ook de uitgangspunten beschreven in hoofdstuk 3).¹⁰ Gaande het proces wordt de set uitgangspunten verder uitgebreid.

De activiteiten voor het ontwikkelen van de Basisrichtlijn volgen de activiteiten die zijn beschreven voor de verschillende stappen uit de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (zie Bijlage 3). Waar nodig worden activiteiten onderverdeeld in deelactiviteiten en worden extra activiteiten toegevoegd. Verder wordt in het schema opgenomen een overzicht van de gegenereerde gegevens (gegevens die ook in het zorgdossier worden opgenomen) en de gebruikte meetinstrumenten en bronnen. Er wordt een aparte lijst met omschrijvingen van de gehanteerde termen opgesteld.

In het schema hieronder wordt de relatie tussen de stappen van de procesbeschrijving met classificaties (zoals ICD-10, ICF en ISO 9999 / Cliq) en met intended use weergegeven.



¹⁰ Bij tweede of volgende verstrekkingen of verstrekking van reservehulpmiddelen is de functiegerichte omschrijving niet telkens opnieuw aan de orde. Het recht op een functionerend hulpmiddel is daarbij leidend. Wel kunnen verzekeraars in de polisvoorwaarden stellen of en wanneer er een reparatie, revisie, reservehulpmiddel of hervestrekking plaatsvindt. Ook kunnen zij voorwaarden stellen indien de gelijkblijvende functiegerichte omschrijving op een andere wijze ingevuld gaat worden. Voor kinderen < 16 jaar kan iedere verstrekking worden gezien als een eerste verstrekking. Deze tekst is ontleend aan: project 'Ontwikkeling van protocollen voet-/schoenvoorziening voor orthopedisch technische bedrijven en orthopedisch schoentechnici bij cliënten die zijn verwezen' (Heerkens, 2009).

4.4 Ontwikkelen matrix

Er wordt een matrix ontwikkeld, een samenstel van coderingssystemen, classificaties en de ingangen daarop, die functioneringsproblemen en door de gebruiker beoogd gebruik van hulpmiddelen (human related intended use) (ICF) koppelt aan het gebruik van hulpmiddelen zoals beoogd door de fabrikant (product related intended use) (ISO 9999 en Cliq) om:

- inzicht te krijgen in de probleemoriëntatie (ICF core sets): hoeveel ingangen zijn er en wat zegt dit over de reikwijdte en compleetheid van de richtlijnen
- inzicht te krijgen in de samenhang van clusters van productgroepen, zodat het gemakkelijker wordt om dubbel werk tijdens het opstellen van de afzonderlijke protocollen te vermijden
- in een later stadium het eenduidig coderen van resultaten en bevindingen uit de stappen van het hulpmiddelenproces te bevorderen door het inzetten van ondersteunende instrumenten.

4.5 Rapportage en planning fase 2

Aan het einde van het project wordt een korte rapportage over de uitgevoerde activiteiten en de resultaten geschreven.

Daarnaast wordt een plan opgesteld voor fase 2 van het project. Daarbij wordt onder meer gebruikgemaakt van de resultaten van de interviews en de inbreng van de stuurgroep en de adviesgroep.

5 Resultaten

De resultaten zijn opgedeeld in drie paragrafen: de resultaten van de algemene en voorbereidende activiteiten (paragraaf 5.1), de resultaten met betrekking tot de Basisrichtlijn (paragraaf 5.2) en de resultaten met betrekking tot de matrix (paragraaf 5.3). De plannen voor fase 2 staan beschreven in hoofdstuk 7.

5.1 Resultaten algemene en voorbereidende activiteiten

5.1.1 Literatuur

Omschrijving hulpmiddel

Uitgegaan wordt van de omschrijving van hulpmiddelen zoals geformuleerd in de Nederlandse versie van de ISO 9999, hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen - classificatie en terminologie 2007 (NEN, 2009)¹¹: *elk product (inclusief apparaten, uitrusting, instrumenten, technologie en computerprogrammatuur), speciaal vervaardigd of algemeen verkrijgbaar, dat stoornissen, beperkingen of participatieproblemen voorkomt, compenseert, bewaakt, lenigt of opheft.*¹²

Clïënt centraal

Sinds een aantal jaren wordt er gesproken over een kanteling van de zorg als het gaat om hulpmiddelen: in plaats van een limitatieve lijst met hulpmiddelen en een claimbeoordeling, komt de vraag van de cliënt centraal te staan. Hulpmiddelen worden verstrekt op basis van het beoogde functioneren van de cliënt en niet alleen op basis van de aanwezigheid van een bepaalde aandoening.

Regelingen

Er zijn verschillende regelingen van waaruit hulpmiddelen worden betaald:¹³

- WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning): prestatieveld 6 van de WMO behelst het verstrekken van individuele voorzieningen. Hier is de vroegere WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten) ondergebracht, evenals de uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) afkomstige hulp in het huishouden. Iedere burger kan een aanvraag indienen voor zo'n voorziening. In de WMO staat als gevolg van het compensatiebeginsel het functioneren van de burger centraal. Hoewel in 2007 ingevoerd, is de omslag van claimbeoordeling naar compensatieplicht nog gaande. In het project De Kanteling van de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) staat het realiseren van deze paradigma shift centraal (VNG, 2009). De gemeenten zijn vrij om zelf handen en voeten te geven aan de WMO; dit kan al dan niet via protocollen (bijv. Protocol Individuele voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning gemeente Den Haag. Het compensatiebeginsel in de praktijk (Meijerink, 2008)). In die protocollen staat wat de gemeente verwacht van haar klanten en wat de klanten mogen verwachten van de gemeente wat betreft individuele voorzieningen. Op basis van het probleem in functioneren wordt een geschikte oplossing gezocht. Dit kan een hulpmiddel zijn, maar ook curatieve zorg of hulp.

¹¹ De ISO 9999 wordt één maal per vier jaar herzien; dat betekent dat de volgende versie in 2011 zal worden gepubliceerd; de omschrijving van hulpmiddelen zal daarin iets worden aangepast.

¹² In deze omschrijving wordt gebruikgemaakt van terminologie ontleend aan de ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health, een classificatie van de WHO (wereld gezondheidsorganisatie) waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen eenduidig te omschrijven.

¹³ De tekst van deze paragraaf is in belangrijke mate ontleend aan www.handy-wijzer.nl.

- AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten): een wettelijke verzekering voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Via de AWBZ worden kosten vergoed die niet worden gedekt door de basisverzekering. De volgende hulpmiddelen worden verstrekt binnen de AWBZ:
 - hulpmiddelen die korter dan een half jaar nodig zijn: deze hulpmiddelen kunnen worden geleend, gehuurd of gekocht bij bijv. de Thuiszorgwinkel. Het gaat bijv. om anti-decubitus materialen, hoog/laag-bedden en elleboogkrukken. De precieze omschrijving staat in de AWBZ Regeling thuiszorg voor tijdelijke hulpmiddelen;
 - individuele hulpmiddelen nodig voor de behandeling in de AWBZ-instelling voor mensen die verblijven in die AWBZ-instelling (verpleeghuis, revalidatiecentrum);
 - hulpmiddelen behorende tot de outillage van een AWBZ-instelling schaft de instelling zelf aan uit de AWBZ-middelen zonder dat behandeling daarbij een rol speelt. Daartoe behoort ook een rolstoel voor iemand die woont in een AWBZ-instelling voor gebruik binnen die instelling. Wordt de rolstoel ook buiten de instelling gebruikt, dan wordt deze verstrekt via de WMO. Dat geldt ook voor mensen die wonen in een gezinsvervangend tehuis voor gehandicapten (GVT) of een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW).
- WIA (Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen)¹⁴: voorziet in uitkeringen voor (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten. Ook worden hulpmiddelen verstrekt op grond van deze wet. Binnen de hulpmiddelen en voorzieningen die worden verstrekt binnen de WIA kan een onderscheid gemaakt worden in arbeidsplaats- of werkplekvoorzieningen en onderwijsvoorzieningen. Arbeidsplaatsvoorzieningen zijn voorzieningen die van betekenis zijn voor de (toekomstige) werksituatie. Ze kunnen betrekking hebben op de arbeidsomstandigheden (de werkplek) en het vervoer van en naar de arbeidsplaats. Het gaat dan bij de werkplek om 'echte' hulpmiddelen¹⁵ zoals communicatiehulpmiddelen ([aangepaste] computer), een aangepast(e) bureau of bureaustoel en orthopedische werkschoenen. Daarnaast om 'andere' voorzieningen zoals een doventolk, een voorleeshulp, een jobcoach (persoonlijke ondersteuning) en starterskrediet, voor iemand die als zelfstandige aan de slag wil. Voorzieningen die betrekking hebben op vervoer van en naar de arbeidsplaats kunnen zijn hulpmiddelen, zoals aanpassingen aan auto of fiets, een aangepaste auto of fiets en aangepast vervoer, zoals een scootmobiel of rolstoel. Andere voorzieningen zijn een taxikostenvergoeding en een bruikleenauto plus kilometervergoeding. Onderwijsvoorzieningen zijn voorzieningen die nodig zijn voor het volgen van (hoger) onderwijs in het kader van re-integratie: het vergroten van de mogelijkheden om (weer) aan het werk te komen en/of te blijven. Deze voorzieningen worden verstrekt als ze één bepaalde persoon (jonger dan 30 jaar) met een functioneringsprobleem in staat stellen het betreffende onderwijs te volgen. Het gaat vooral om voorzieningen / hulpmiddelen die thuis of in een AWBZ-instelling nodig zijn om huiswerk te kunnen maken, maar waarvan ook op de opleiding gebruik gemaakt kan worden. Voorbeelden zijn: communicatiehulpmiddelen, zoals een (aangepaste) computer, en vervoersvoorzieningen. Tot de vervoersvoorzieningen horen hulpmiddelen zoals een aangepaste auto of fiets en aangepast vervoer zoals een scootmobiel of rolstoel. Andere vervoersvoorzieningen zijn een taxikostenvergoeding en een bruikleenauto plus kilometervergoeding.
- ZVW (Zorgverzekeringswet) / hulpmiddelzorg: In de ZVW per 1 januari 2006 is bepaald op welke zorg de verzekerde recht heeft, zonder daarbij aan te geven wie de desbetreffende zorg moet verlenen (een functiegerichte omschrijving van de rechten en aanspraken in plaats van een voorzieningengerichte omschrijving). In de Regeling Zorgverzekering is bij Ministerieel besluit vastgelegd welke hulpmiddelen binnen de aanspraak van de hulpmiddelen- en verbandmiddelenzorg van het Basispakket van de Zorgverzekeringswet vallen. Stap voor stap

¹⁴ Tekst in belangrijke mate ontleend aan: www.wegwijzerloket.nl

¹⁵ Bedoeld worden hulpmiddelen zoals opgenomen in de ISO 9999.

worden de voorzieningen, zoals opgenomen in de oude regeling van voor 2006, functiegericht geformuleerd en voorzien van een globalere omschrijving met als aangrijpingspunt de te corrigeren aanpak/handicap. Men gaat van aanbodgericht / gestuurd naar vraaggericht / gestuurd).¹⁶ Zie ook de in hoofdstuk 1 genoemde brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 16 april 2008, waarin hij aangeeft in de huidige regeerperiode alle aanspraken functiegericht te formuleren. In de toelichting bij de Regeling Zorgverzekeringen is aangegeven dat: "om te komen tot een transparante invulling is het aan de Zorgverzekeraars om de uiteindelijk te verstrekken hulpmiddelen het eindresultaat te laten zijn van een geprotocolleerde vertaling van een diagnose en indicatie in concrete voorzieningen". In deze protocollen zal worden aangeduid welke expertise benodigd is en wat de weg is van probleem naar oplossing. Een verzekerde heeft op grond van de hulpmiddelenwet in de Zorgverzekeringswet recht op een te allen tijde functionerende en meest adequate oplossing voor zijn probleem.

De aanspraak op hulpmiddelen maakt onderdeel uit van de basisverzekering van alle Nederlandse ingezetenen en omvat de verschaffing op basis van zorginhoudelijke criteria (artikel 14 van de Zorgverzekeringswet) van een functionerend hulpmiddel of verbandmiddel (art. 2.9 van Besluit zorgverzekering) met inbegrip van gebruikerstraining.

Zoals al aangegeven in hoofdstuk 1 zijn er vanuit Zorgverzekeraars Nederland drie werkgroepen gestart om functiegerichte aanspraak te realiseren. Daarbij is gekozen voor deelterreinen waar dit relatief eenvoudig gerealiseerd kan worden: beenprothesen, voetorthesen / orthopedische schoeisel en hulpmiddelen bij visuele beperkingen¹⁷ ([www.zn.nl/dossiers/a - z/hulpmiddelen.asp](http://www.zn.nl/dossiers/a-z/hulpmiddelen.asp)).

- Zorgverzekeringswet / DBC's (Diagnose Behandel Combinaties): in het 'Standpunt Afbakening hulpmiddelen en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden' (CVZ, 2009c), verduidelijkt het CVZ wanneer een hulpmiddel gefinancierd dient te worden op grond van de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden, of op grond van de te verzekeren prestatie hulpmiddelen.

Kort samengevat valt een uitwendig gedragen hulpmiddel onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelen, wanneer:

- het gebruik van het hulpmiddel plaatsvindt op voorschrift van de huisarts of andere zorgdeskundige uit de eerste lijn;
- het hulpmiddel door een medisch specialist is voorgeschreven, het gebruik van het hulpmiddel permanent is en (cumulatief):
 - er geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig is;
 - vervanging van het hulpmiddel niet door een medisch specialist of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist plaatsvindt.

Daarnaast dient het hulpmiddel te vallen onder één van de categorieomschrijvingen (of functiegerichte aanspraken) uit de paragraaf hulpmiddelen van de Regeling zorgverzekering en te voldoen aan het wettelijke criterium "stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten".

Indien geen sprake is van de te verzekeren prestatie hulpmiddelen, kan een hulpmiddel behoren tot de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Ook bij deze te verzekeren prestatie dient het hulpmiddel te voldoen aan het genoemde wettelijke criterium.

¹⁶ Regieraad (2009): aanbodgestuurde zorg is zorg die zó is ingericht dat professionele zorgverleners en zorginstellingen bepalen welke zorg daadwerkelijk wordt verleend; vraaggestuurde zorg is zorg die zó is ingericht dat de wensen van de patiënten/cliënten bepalend zijn voor de zorg die daadwerkelijk wordt verleend. De patiënt/cliënt bepaalt dus als het ware zelf het aanbod en beschikt ook over de middelen daartoe.

¹⁷ Bedoeld wordt dat het gaat om beperkingen (en participatieproblemen) die samenhangen met visuele stoornissen.

Kosten

De hoeveelheid hulpmiddelen verstrekt via de WIA is relatief gering; het UWV geeft aan diensten / producten in het kader van onderwijs 20 miljoen en in het kader van werk 65-70 miljoen euro uit. Daarvan gaat slechts een klein deel naar materiële producten (grote schatting: in totaal 20 miljoen euro). Uit de GIP-cijfers¹⁸ blijkt dat vanuit de ZVW in 2005 1,4 miljard euro is besteed aan hulpmiddelen. Cijfers over de AWBZ en de WMO zijn niet bekend.

Gebruik hulpmiddelen uit verschillende regelingen

Volgens de Factsheet Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (Nivel, 2007) maakt driekwart van de mensen met een chronische ziekte of handicap gebruik van ondersteunende hulpmiddelen. Voor een groot deel van de mensen die meerdere typen hulpmiddelen gebruiken, geldt dat ze met zowel de WMO als de ZVW te maken krijgen, dus met meerdere loketten.

Heroriëntatie hulpmiddelen

In juli 2009 heeft CVZ het rapport 'Heroriëntatie hulpmiddelen: Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld' gepubliceerd (CVZ, 2009b). Op verzoek van de Minister van VWS is CVZ nagegaan of het mogelijk is om met behulp van de ICF te komen tot een voor de burger logischer indeling van de extramurale hulpmiddelenzorg.

Aanbevelingen en conclusies van CVZ:

"Het CVZ adviseert alle hulpmiddelen die betrekking hebben op het thema 'zelfredzaamheid in en om te wonen' over te hevelen naar de WMO. Door de hulpmiddelen rondom dit thema te groeperen, ontstaat voor de burger duidelijkheid tot welke instanties hij zich moet wenden. Het betreft bovendien vaak hulpmiddelen die in samenhang met of in het verlengde van elkaar worden gebruikt. Door al deze hulpmiddelen vanuit één wettelijke regeling te verstrekken, behoren afbakeningsproblemen tot het verleden. Ook hoeft de burger niet iedere keer opnieuw 'zijn hele hebben en houden' op tafel te leggen omdat een meer integrale indicatiestelling tot de mogelijkheden behoort. Hulpmiddelen die gebruikt worden ter compensatie van één specifieke beperking, bijvoorbeeld een beperking in het horen, zien of spreken, behoren naar het oordeel van het CVZ tot het domein van de ZVW, ook als sommige van deze hulpmiddelen volgens de ICF-benadering qua interventiedoel als 'participatie hulpmiddelen' zijn aan te merken. Het regeltechnisch scheiden van deze hulpmiddelen acht het CVZ ongewenst omdat de burger voor hulpmiddelen ter compensatie van één beperking dan toch een beroep op twee regelingen zou moeten doen."

In reactie op het rapport van CVZ hebben de zorgverzekeraars en de cliëntenorganisaties (CG-Raad, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)) de notitie 'Hulpmiddelenzorg. Cliënt centraal, één loket bij de zorgverzekeraar' gepubliceerd, waarin zij aangeven van mening te zijn dat de verdeling van hulpmiddelenzorg over de ZVW en de WMO geen adequate oplossing biedt voor de gesignaleerde knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Maximalisatie van hulpmiddelenzorg onder de ZVW biedt volgens hen wél een oplossing voor de problemen. Door de hulpmiddelenzorg in de ZVW onder te brengen ontstaat er één loket voor de cliënt en kunnen zorgverzekeraars de hulpmiddelenzorg aansturen vanuit de ketenzorg.

De notitie eindigt met de volgende conclusie:

"Zorgverzekeraars willen de regie voeren over hulpmiddelenzorg om maatwerk te bieden voor de cliënt. Hiertoe dient de hulpmiddelenzorg volledig ondergebracht te worden bij de ZVW. Zo ontstaat één loket en duidelijkheid voor de cliënt.

De aanspraak op hulpmiddelenzorg dient bovendien functiegericht omschreven te zijn. Echte maatwerkoplossingen zijn mogelijk als er protocollen beschikbaar zijn die de zorgvraag objectief in kaart brengen.

¹⁸ Genees- en hulpmiddelen Informatie Project van CVZ (www.gipdatabank.nl).

Zorgverzekeraars voeren samen met de CG-Raad en CSO de regie over de protocolontwikkeling en de implementatie van functiegerichte aanspraak op hulpmiddelenzorg in het kader van de ZVW. Zorgverzekeraars roepen de Minister van VWS op de hulpmiddelenzorg te maximaliseren onder de ZVW."

De minister heeft vervolgens het CVZ gevraagd de ontvangen opmerkingen te heroverwegen in de uitvoeringstoets. Het CVZ heeft haar tweede rapport 'Heroriëntatie hulpmiddelen: Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld' in november 2009 afgerond en aan de minister doen toekomen met de volgende conclusies:

- CVZ handhaaft eerder advies: het CVZ handhaaft daarom zijn advies om de hulpmiddelen themagewijs te herschikken naar de ZVW en de WMO, waarbij alle hulpmiddelen die te maken hebben met het thema 'zelfredzaamheid in en om de woning' onder de werkingssfeer van de WMO worden gebracht. De hulpmiddelen die onder dit thema vallen, worden vaak gebruikt door ouderen en mensen met langdurige beperkingen. Zij maken veelal ook gebruik van WMO-voorzieningen. Deze samenhang, het feit dat de WMO dicht bij de burger georganiseerd is en de rechtstreekse inbreng die cliënten hebben bij de totstandkoming van het lokale WMO-beleid, vindt het CVZ belangrijke voordelen van zijn advies.
- Verbeteringen in uitvoeringspraktijk: het CVZ is van mening dat er in de uitvoeringspraktijk, ook in de huidige situatie, van zowel de ZVW als de WMO verbeteringen mogelijk zijn. Lopende en aangekondigde initiatieven van partijen juicht het CVZ toe. Het CVZ vraagt met name aandacht voor afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars om cliënten die met een grensvlakproblematiek worden geconfronteerd, te helpen.
- Besluitvorming aanhouden tot evaluatie WMO: begin 2010 komt de eerste evaluatie van de WMO beschikbaar, uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het CVZ adviseert de Minister van VWS om zijn besluitvorming over de overheveling van hulpmiddelen naar de WMO aan te houden totdat evaluatie van de WMO heeft plaatsgevonden. Mocht de minister aan deze evaluatie conclusies verbinden die relevant zijn voor de positionering van voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, welzijn en dienstverlening, dan heeft dit ook gevolgen voor dit advies over de heroriëntatie hulpmiddelen.

5.1.2 Bestaande modellen, richtlijnen / protocollen en instrumenten

Modellen & taxonomieën

In het rapport 'ATOMS¹⁹ Project Technical Report: Models and Taxonomies relating to assistive technology' is een literatuuronderzoek beschreven naar taxonomieën en modellen gerelateerd aan assistive technology (AT). Resultaat was: 38 modellen en 14 taxonomieën. Van de 38 modellen waren er 22 specifiek voor AT, zeven enigszins en negen niet. Bij de taxonomieën waren de aantallen zes, twee en zes.

In de systematische review uitgevoerd door Bernd et al (2009) zijn zeven modellen geïdentificeerd, waarvan er drie specifiek zijn voor hulpmiddelen en geschikt om te gebruiken in het selectieproces. Het gaat om de volgende drie modellen:

- 1) Het MPT model van Marcia Scherer, dat in een groot aantal publicaties staat beschreven (Scherer, 2005; Scherer & Craddock, 2002; Scherer & Sax, 2009; Scherer et al, 2005, Scherer et al, 2007) (www.matchingpersonandtechnology.com) en dat het model is dat in de literatuur het vaakst wordt genoemd. Het 'assessment process', zoals beschreven door Scherer & Sax (2009) bestaat uit vijf stappen: 1) goals & dreams; 2) need for AT; 3) readiness for AT use; 4) AT & lifestyle fit; en 5) benefit for use.

¹⁹ ATOMS is de afkorting van Assistive Technology Outcomes Measures System.

In stap 1 worden de begindoelen van de professional en de cliënt vastgesteld. Met behulp van het 'Initial Worksheet for the MPT process' worden de mogelijke interventies en hulpmiddelen die het bereiken van deze doelen ondersteunen, vastgelegd.

Tijdens stap 2 wordt nader in kaart gebracht wat de behoefte aan hulpmiddelen is. Met behulp van het formulier 'History of Support Use' wordt in kaart gebracht welke hulpmiddelen eerder werden gebruikt, hoe tevreden men daarmee was en welke hulpmiddelen de gebruiker nodig heeft of wenst, maar waarover hij nog niet beschikt.

Tijdens stap 3 t/m 5 wordt de persoon gevraagd een formulier in te vullen. Afhankelijk van het soort technologie kan het gaan om één van de volgende acht formulieren²⁰:

- General: Survey of Technology Use (SOTU)
- Assistive: Assistive Technology Device Predisposition Assessment (ATD PA)
- Educational: Educational Technology Device Predisposition Assessment (ET PA)
- Workplace: Workplace Technology Device Predisposition Assessment (WT PA)
- Health care: Health Care Technology Device Predisposition Assessment (HCT PA)
- Hearing: Hearing Technology Device Predisposition Assessment (HT PA)
- Cognitive disability: Cognitive Support Technology Device Predisposition Assessment (CST PA)
- Childhood and adolescence: Matching Assistive Technology & Child (MATCH) for Early Intervention and ages 0-8; Matching Student and Technology (MST) for children and adolescents in inclusive education.

De Hogeschool Zuyd en Vilans zijn bezig met het maken van een Nederlandstalige versie van de MPT: Het Dutch MPT. Deze is nog in een concept-stadium.

- 2) Het 'Framework for Modeling the Selection of ATD', eveneens ontwikkeld door Scherer, als uitwerking van het Framework for Modeling the Outcomes of ATD van Fuhrer et al (2003)
- 3) Het HAAT Model (Human Activity Assistive Technology) van Cook & Hussey (2002), een gemodificeerde versie van het Model of Human Performance ontwikkeld door Bailey in 1989.

In de Basisrichtlijn wordt in het kader van de diagnostiek ook nog het PEOP genoemd, het Person-environment-occupation-performance model (Baum & Christiansen, 2005). Het PEOP-model heeft vier hoofdcomponenten. Deze componenten beschrijven wat iemand wil en moet doen in zijn dagelijks leven (occupations); het uitvoeren van die activiteiten (performance) en hoe psychische, fysieke, cognitieve en spirituele factoren (person) relatie hebben met de omgeving (environment) waarin die activiteiten uitgevoerd worden. De interactie tussen de mogelijkheden van de persoon, de omgeving en de gekozen activiteiten leidt tot uitvoeren van activiteiten en participatie. Dit model is niet specifiek voor hulpmiddelen.

Richtlijnen / protocollen

Er zijn 58 protocollen gevonden, waarvan er zeven redelijk recent (na 2000) zijn gepubliceerd. De richtlijn 'Het gebruik van vernevelapparaten in de thuissituatie: indicatiestelling, zorgproces, hulpmiddelen en organisatie' (TNO, 2003) is relevant in het kader van het onderhavige project. Hierin zijn onder meer de stappen in het zorgproces, de verantwoordelijke disciplines en een nadere uitwerking van de stappen c.q. te volgen procedures met beslisregels beschreven.

Een ander relevant document is de standaard 'WVG advisering door ergotherapeuten' (NVE, 1999). Deze geeft een stappen- (of activiteiten)schema die de ergotherapeut volgt in het kader van het indicatie- en selectieproces van hulpmiddelen die (voorheen) via de WVG worden verstrekt. Daarnaast is er een standaard 'Ergotherapie en advisering van hulpmiddelen en voorzieningen' (NVE, 2001) die het proces beschrijft waarbinnen een adviesrapportage wordt geschreven. Praktische uitwerkingen van deze standaard zijn bijvoorbeeld de handleidingen voor een adviesrapportage 'rollator' of 'stoel met trippelfunctie'. Aan de uitwerkingen zijn checklists toegevoegd, waarin veel aandacht is voor antropometrische maten van cliënt en de daarmee samenhangende technische

²⁰ In de Basisrichtlijn is van deze acht formulieren alleen de ATD PA opgenomen.

details van het aan te vragen hulpmiddel als onderdelen van het te formuleren van het Pakket van Eisen.

Gevonden documenten zijn vooral bedoeld als handelingskader voor de professional, met relatief weinig expliciete aandacht voor de activiteiten en beslissingen van de cliënt in het proces van indicering van, en keuze voor hulpmiddelen.

Hulpmiddelenkompas (tekst ontleend aan www.handy-wijzer.nl)

Door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zijn einde 2004 in totaal vijf delen van het Hulpmiddelenkompas uitgebracht: Therapeutische elastische kousen, Stomamaterialen, Zuurstofapparatuur, Vernevelapparatuur en Loophulpmiddelen.²¹

Het doel dat CVZ met het Hulpmiddelenkompas had, was het bevorderen van de transparantie en de kwaliteit van de extramurale hulpmiddelenzorg. Het deed dit door in het Hulpmiddelenkompas kennis en informatie bijeen te brengen en aanwijzingen te geven voor de typering en de selectie van het meest adequate hulpmiddel voor een gebruiker. Om dit doel te bereiken is gekozen voor het in kaart brengen van het proces van indiceren tot en met evalueren van een hulpmiddel (voortaan genoemd 'het zorgproces') en de meest optimale gang door dit proces. Het Hulpmiddelenkompas beschrijft systematisch dit zorgproces ter ondersteuning van de keuze en de toepassing van een hulpmiddel. Het Hulpmiddelenkompas is gericht op professionals die hulpmiddelen voorschrijven of toepassen als onderdeel van een behandeling en op beroepsgroepen die voorlichting geven over hulpmiddelen, dan wel hulpmiddelen leveren, vervaardigen of afregelen, afgestemd op de individuele gebruiker. Zij worden gezien als primaire doelgroep van het Kompas. Daarnaast moest de informatie bruikbaar zijn voor zorgverzekeraars, beleidsmakers, hulpmiddele gebruikers en fabrikanten; zij vormen echter secundaire doelgroepen.

Het Hulpmiddelenkompas is uitgekomen in de vorm van boekjes, maar de delen zijn ook op het internet geplaatst, deels interactief, deels als pdf-document. Naast deze delen is er een start gemaakt met de ontwikkeling van een deel over visuele hulpmiddelen. De ontwikkeling van dit deel is echter in 2006 afgebroken vanwege een veranderende positie van het CVZ in het nieuwe verzekeringsstelsel (pakketautoriteit).

De kompasdelen zijn niet langer meer te benaderen of te downloaden van www.cvz.nl. Wel is in 2006 nog het Kompas Therapeutische Elastische Kousen in opdracht van het CVZ door HANDY-BRAINS gedigitaliseerd en in het informatiesysteem HANDY-WIJZER geplaatst. Daardoor is het mogelijk om aan de hand van de structuur en inhoud van het Kompas het Pakket van Eisen voor een individu op te stellen met als vertrekpunt het recept. Vervolgens kan gezocht worden in het commerciële marktaanbod van kousen dat in de HANDY-WIJZER is opgenomen.

Instrumenten

In de systematische review van Bernd et al (2009) zijn naast modellen ook 15 instrumenten gevonden die te gebruiken zijn in het selectie- en adviestraject. Daarvan zijn er zeven gekoppeld aan het MPT-model; ze vormen een soort gereedschap voor het selectieproces van hulpmiddelen (zie de formulieren genoemd bij de stappen van het MPT-model, excl. de HT PA, de CST PA, de MATCH en de MST, die pas in het artikel van 2009 van Scherer & Sax worden genoemd. Ook vier andere instrumenten zijn geschikt voor het selectieproces van hulpmiddelen. Drie instrumenten kunnen worden gebruikt om het effect van het gebruik van een hulpmiddel vast te leggen: de PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale), de QUEST 2.0 (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology) en de IPPA (Individually Prioritised Problem Assessment). Eén instrument, de COPM (Canadian Occupational Performance Measurement) is niet specifiek voor hulpmiddelen, maar kijkt wel naar de behoeften van mensen vanuit cliëntperspectief. Verder wordt in Nederland op dit moment veel gebruikgemaakt van de CQ-Index om de tevredenheid met zorg van de cliënt in beeld te brengen (www.nivel.nl/CQIndex).

²¹ De hulpmiddelenkompassen dekken niet in alle gevallen de groep vergoedbare hulpmiddelen. Zo ontbreken in het kompas Zuurstofapparatuur de CPAP-apparaten (continuous positive airway pressure).

In de Basisrichtlijn zijn opgenomen:

- 1) IPPA (Individually Prioritized Problem Assessment): een generiek instrument om de effectiviteit van het verstrekken van hulpmiddelen vast te stellen. De effectiviteit wordt gemeten in relatie tot de activiteiten die door de gebruiker zelf als relevant worden gezien. De cliënt geeft aan het begin van het traject aan welke activiteiten voor hem/haar relevant zijn en hoeveel moeite die activiteiten kosten. Als het hulpmiddel wordt geëvalueerd, geeft de cliënt aan hoe het uitvoeren van de activiteit verloopt bij gebruik van het hulpmiddel. Het is een gebruiksvriendelijk en valide instrument (Wessels et al, 2002).
- 2) D-Quest: een instrument waarmee de tevredenheid van cliënten kan worden gemeten over de verstrekking van een hulpmiddel (Demers et al, 2002). D-QUEST (Dutch version of QUEST) is een Nederlandstalige versie van QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology). Dit instrument is oorspronkelijk ontwikkeld in Montréal in Canada, als Franstalig en als Engelstalig instrument. Vervolgens is het door een tiental instituten in Canada, de Verenigde Staten en Europa in een gezamenlijke studie getest en verbeterd. Het is een generiek instrument, in de zin dat het in principe bij een willekeurig soort hulpmiddel, verstrekt via een willekeurig verstrekkingensysteem kan worden toegepast. Het instrument is sterk 'cliëntgeoriënteerd', waarmee wordt bedoeld dat de mening van de respondent (en dus van de gebruiker van het hulpmiddel) centraal staat.
- 3) PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale): een vragenlijst bestaande uit 26 items om de effecten van een hulpmiddel op zelfstandigheid, welbevinden en kwaliteit van leven te meten. De PIADS is ontwikkeld voor het evalueren van het effect van een brede range aan hulpmiddelen. Het is een instrument met goede klinimetrische eigenschappen en geschikt om ervaringen van gebruikers zelf vast te leggen (Jutai & Day, 2002). Het instrument is ontwikkeld en onderzocht omdat er behoefte is aan een betrouwbaar, valide en economisch meetinstrument dat generiek toepasbaar is voor de meeste categorieën ondersteunende technologie (hulpmiddelen) (www.piads.ca/112/piads.htm).
- 4) Atop-M (Assistive Technology Outcomes Profile for Mobility): doel van de Atop is de impact te evalueren op activiteiten, participatie, tevredenheid en welbevinden met betrekking tot het verbeteren van de mobiliteit als resultaat van het gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (matchingpersonandtechnology.com).
- 5) CQ-index (Consumer Quality Index): een gestandaardiseerde en gevalideerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg aan de hand van vragenlijsten. De vragenlijsten geven inzicht in wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn in de zorg (Regieraad, 2009). De systematiek is ontwikkeld door het Nivel, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, met financiering door Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw. Met de CQ-index wordt op gestandaardiseerde wijze de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg (www.nivel.nl/CQIndex).

Naast deze instrumenten wordt in de Basisrichtlijn in het kader van het diagnostisch proces ook de Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) genoemd. De AMPS is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie-instrument waarmee de ergotherapeut het functioneren van een cliënt in alledaagse huishoudelijke en zelfzorgtaken kan beoordelen. De kwaliteit van dit functioneren wordt beoordeeld op de fysieke inspanning die het kost om de taak te kunnen uitvoeren, of het handelen efficiënt en veilig gebeurt en of de persoon dit zelfstandig kan (Fisher, 1999).

5.1.3 Resultaten interviews

De interviews bestonden uit vijf clusters van vragen.

1. Betrokkenheid / stand van zaken

Vragen over de betrokkenheid van hulpmiddelenzorg zowel van de geïnterviewde zelf als van de organisatie of beroepsgroep die hij of zij vertegenwoordigt. Daarbij kwam ook aan de orde welke ontwikkelingen er zijn met betrekking tot hulpmiddelenzorg en of en zo ja, welke richtlijnen er al worden gebruikt.

2. Plannen en wensen over richtlijnen binnen de eigen organisatie / beroepsgroep

De mate waarin men zelf bezig is met de ontwikkeling van richtlijnen over hulpmiddelen dan wel welke wensen er daaromtrent zijn.

3. Verwachtingen en wensen t.a.v. de Basisrichtlijn

Uitgangspunt, inhoud en gebruik van de Basisrichtlijn.

4. Standpunt over het beheer van de Basisrichtlijn

Welke organisatie is daarvoor het meest geschikt en onder welke voorwaarden.

5. Overig

Hierin kwam aan bod of men vindt dat de adviesgroep goed is samengesteld of dat er partijen ontbreken. Verder is gevraagd naar andere mogelijk relevante projecten en suggesties voor het projectteam.

t.a.v. 1

Alle partijen zijn natuurlijk betrokken bij de hulpmiddelenzorg, daarom zijn ze geselecteerd, maar de wijze van betrokkenheid varieert. Dat heeft tot gevolg dat in de interviews de hulpmiddelenzorg van heel veel kanten is belicht. Informatie verzameld in dit deel van het interview is gebruikt voor o.a. de inleiding van het rapport.

De mate waarin het proces van hulpmiddelenzorg succesvol is hangt af van veel verschillende factoren, zoals de vergoeding, de beschikbaarheid van producten op de markt, de mate waarin de cliënt zich serieus genomen voelt, de deskundigheid van de voorschrijver en de deskundigheid van de leverancier.

t.a.v. 2

Door een aantal organisaties wordt gewerkt aan het stroomlijnen van het proces van hulpmiddelenzorg.

De Kanteling

Bij de VNG, de CG-Raad en CSO draait het project 'De Kanteling'. De WMO stelt niet langer het honoreren van claims centraal maar het compensatie- en participatiebeginsel. Stimulanz heeft in opdracht van de VNG de 'Modelbeleidsregels versie 'Kantelingproof' naar de stand van zaken per augustus 2009' gepubliceerd (Stimulanz, 2009), waarin het verstrekingsproces beschreven staat uitgaande van de wettekst van de WMO zoals die luidt vanaf 1 januari 2010.

Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) indiceert hulpmiddelen op verzoek van de gemeenten in het kader van de WMO. Dat betekent dat ook het CIZ de maatschappelijke participatie van de cliënt als uitgangspunt hanteert. Een hulpmiddelenindicatie bij het CIZ start altijd met een aanvraag van de cliënt. In het cliëntvolgsysteem wordt gewerkt met ICF-terminologie. De conclusie / het advies wordt

naar de gemeente gestuurd. Het advies bestaat uit een 'ja' of een 'nee' met een onderbouwing. Binnen de AWBZ indiceert het CIZ alleen zorg en geen hulpmiddelen.

UWV

UWV²² (Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen) is niet gebonden aan een limitatieve lijst. Elke nieuwe voorziening die kan bijdragen aan arbeidsparticipatie kan worden aangevraagd en komt voor vergoeding in aanmerking, mits deze niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed. Dat betekent wel dat er informatie beschikbaar moet zijn over de bruikbaarheid en de doelmatigheid van het hulpmiddel. Daarbij wordt gebruikgemaakt van bestaande wetenschappelijke kennis. Er is bij UWV geen ruimte om zelf onderzoek te doen.

Zo nodig (als de divisie Inkoop Re-integratie van het Werkbedrijf, het loket van het UWV, niet zelf een beslissing kan nemen), vindt er een inhoudelijke beoordeling plaats door artsen en arbeidsdeskundigen van de divisie Claimbeoordeling.

De wijze van werken staat beschreven in het Handboek UWV, dat continu wordt bijgesteld. Voor UWV is het individuele maatwerk heel belangrijk, dus functioneringsgericht verstrekken.

Func tiegerichte aanspraak

Binnen ZN en CVZ is men druk bezig met de functiegerichte aanspraak van hulpmiddelen zoals beschreven in paragraaf 5.1.1. ZN signaleert wel het probleem dat de zorgverzekeraar aan het eind zit van het traject van zorgvraag naar een goed functionerend hulpmiddel. De verzekeraar komt pas in actie als er een vraag binnenkomt voor een hulpmiddel dat niet vergoed wordt (een klacht) en anders ziet de zorgverzekeraar alleen de declaratie. De zorgverzekeraars proberen wel te faciliteren dat het proces goed verloopt (o.a. via contracten met leveranciers).

Richtlijnen

Een aantal organisaties is zelf al bezig met het ontwikkelen van richtlijnen. Zo heeft de stuurgroep PPP (Protocollering en Prijssystematiek Prothesen) recent een concept-Richtlijn Verstrekkingproces Beenprothesen gepubliceerd (Stuurgroep PPP, 2010). De NVOS (Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentech nici) is bezig met het project 'Ontwikkeling van protocollen voet- / schoenvoorziening voor orthopedisch technische bedrijven en orthopedisch schoentech nici bij cliënten die zijn verwezen' (Heerkens, 2009).

t.a.v. 3

Uitgangspunt Basisrichtlijn

Men is vrijwel unaniem van mening dat uitgegaan moet worden van de cliënt. Het meest genoemd worden het functioneren en de functioneringsproblemen van de cliënt als uitgangspunt voor de Basisrichtlijn. Alleen de VRA (Nederlandse Vereniging van RevalidatieArtsen) geeft aan dat de medische diagnose het uitgangspunt moet zijn, ook al vanwege de invoering van de DBC's (diagnose behandel combinaties) in de revalidatie.

Probleem is dat de beschikbare protocollen niet uitgaan van de cliënt, maar van een bepaald soort hulpmiddel. Mevr. Tchang (ZN) geeft aan dat mogelijk gezocht moet worden naar aanhakingsplaatsen binnen richtlijnen waar overgestapt kan worden op een richtlijn voor een bepaald soort hulpmiddel. Stel dat er wordt besloten een richtlijn te ontwikkelen voor mensen met problemen met lopen binnenshuis, dan kan ergens tijdens stap 4 de beslissing vallen om een loophulpmiddel in te schakelen. Op dat moment zou dan kunnen worden overgeschakeld op een richtlijn loophulpmiddelen. Hoe alle richtlijnen dan aan elkaar gekoppeld worden, moet nog worden uitgezocht.

²² UWV is een zelfstandig bestuursorgaan en voert in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de werknemersverzekeringen uit, zoals WW, WIA, Wajong, WAO, WAZ en Ziekte wet. De opdracht van UWV is te zorgen dat zo veel mogelijk mensen aan het werk blijven of zo snel mogelijk weer betaalde arbeid vinden. Bron: www.uwv.nl

Procesbeschrijving

Veel partijen wensen dat wordt uitgegaan van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg.

De heer Van Ginneken van VWS geeft aan dat de Basisrichtlijn eigenlijk beschrijft hoe een vakbekwame professional te werk gaat, welk proces hij/zij doorloopt. De Basisrichtlijn is een model, een sjabloon, een expertsysteem waarin de stappen staan die de vakman neemt, de vragen die hij stelt en de factoren die hij een rol laat spelen bij het komen tot een beslissing.

De Basisrichtlijn moet ook redelijk abstract zijn; bij de invulling voor specifieke doelgroepen of hulpmiddelen kan de diepte worden ingegaan. Zoals de heer Bangma van Firevaned opmerkt: "Een schip wordt gebouwd terwijl het vaart".

Classificaties

Men is over het algemeen van mening dat vanwege de efficiëntiewinst en eenduidigheid, waar mogelijk gebruik moet worden gemaakt van de terminologie en coderingen van nationale en internationale classificaties, zoals de ICD-10, de ICF en de ISO 9999. Ten aanzien van Cliq (een nationale afgeleide van ISO 9999) is het lastig dat er nog steeds geen duidelijkheid bestaat over het beheer. Dat maakt het veld deels ook wat ongerust ten aanzien van de Basisrichtlijn. Het is mooi om allerlei zaken te ontwikkelen, maar dat heeft geen zin als er vervolgens geen duidelijkheid is over het vervolg nadat het project is afgerond.

Meetinstrumenten

Wat betreft meetinstrumenten wordt door een aantal partijen aangeraden om wel in de Basisrichtlijn op te nemen dat er evaluatieve meetinstrumenten gebruikt kunnen worden, maar niet welke meetinstrumenten. Andere partijen geven aan dat in de BRL wel generieke meetinstrumenten kunnen worden genoemd. Er is discussie over de vraag om wat voor type meetinstrumenten het gaat. Mw. de Moes van Fortune geeft aan dat het meten van tevredenheid over het algemeen weinig informatie oplevert; meestal zeggen mensen wel dat ze tevreden zijn. Dat komt mogelijk doordat de vragen te simpel zijn. Bovendien geeft CVZ aan dat mensen wel een beetje worden overvoerd met tevredenheidsonderzoeken en de huisartsen geven aan niet zo van lijstjes te houden. Aan de andere kant zien partijen als de VRA en de SEMH (Stichting Erkenningsregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen) wel degelijk meerwaarde voor het opnemen van instrumenten. Gekoppeld aan het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) kunnen deze gegevens volgens de VRA ook worden gebruikt bij het vaststellen van prestatie-indicatoren.

Knelpunten

Er worden ook knelpunten signaleerd, waaronder

- niet alle cliënten zijn in staat om het probleem zodanig te verwoorden dat ze het beste hulpmiddel voor zichzelf kunnen kiezen
- kosten zijn belangrijk; het kan niet zo zijn dat het wordt 'u vraagt, wij draaien'
- er is strakke regie op de implementatie nodig, want anders gebeurt het niet.

t.a.v. 4

Beheer Basisrichtlijn

Uit de interviews komt naar voren dat het beheer van de Basisrichtlijn moet worden belegd bij een landelijk, onafhankelijk instituut of kenniscentrum, dat dichtbij de praktijk staat en dat in staat is de verantwoordelijkheid op zich te nemen om de Basisrichtlijn up-to-date en beschikbaar te houden. VWS, CVZ, ZN en cliëntenorganisaties zeggen zelf de rol van beheerder niet te ambiëren, hoewel CVZ en ZN wel door andere geïnterviewden worden genoemd als potentiële beheersorganisatie. Daarnaast zijn genoemd Vecozo, Vilans, Nictiz, Vektis en de VRA. Door VWS wordt de Regieraad Kwaliteit van Zorg genoemd die het voorjaar van 2009 is geïnstalleerd en die als taak heeft meer structuur en sturing te geven aan het ontwikkelen en implementeren van doelmatige richtlijnen.

Beheer afgeleide richtlijnen

Er bestaat redelijke consensus over het beheer van de van de Basisrichtlijn afgeleide richtlijnen. Dat moet gebeuren door de partij die bij de ontwikkeling van de specifieke richtlijn het voortouw heeft, wat een beroepsvereniging, een gemeente of het UWV kan zijn. Een tweetal respondenten is van mening dat de van de Basisrichtlijn afgeleide richtlijnen samen met de Basisrichtlijn als ongedeelde pakket op nationaal niveau moet worden beheerd.

t.a.v. 5

Inrichting stuurgroep en adviesgroep

De samenstelling van de stuurgroep en de adviesgroep is in grote lijnen conform plan. VWS en de VNG hebben besloten om agendalid van de stuurgroep te zijn. Helaas heeft de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) besloten geen deel uit te maken van de adviesgroep.

Gemist worden in de adviesgroep nog andere patiëntenorganisaties. Daarnaast zijn genoemd de fysiotherapie, sommige zorgverzekeraars en een aantal inhoudsdeskundigen (waaronder arbeidsdeskundigen en gespecialiseerde verpleegkundigen).

5.2 Resultaten Basisrichtlijn

De resultaten met betrekking tot de Basisrichtlijn zijn opgedeeld in drie paragrafen: de uitgangspunten van de Basisrichtlijn, de uitwerking van de Basisrichtlijn en de omschrijving van de gehanteerde begrippen / termen. De Basisrichtlijn zelf is opgenomen in Bijlage 4.

5.2.1 Uitgangspunten van de Basisrichtlijn

1 *Bij de totstandkoming van de Basisrichtlijn worden alle relevante overkoepelende partijen, inclusief de gebruikers, betrokken (all parties concerned)*

2 *Voor de Basisrichtlijn is het onbelangrijk of en zo ja, via welke regeling een hulpmiddel wordt vergoed*

De Basisrichtlijn heeft betrekking op alle soorten hulpmiddelen, ongeacht de wijze van financiering.²³ Er zijn vier regelingen waarop mensen die een hulpmiddel nodig hebben een beroep kunnen doen: de AWBZ, de WIA, de ZVW en de WMO (zie 5.1.1). Er is discussie over de verschuiving van hulpmiddelen van de AWBZ naar de WMO (of de ZVW) en van de ZVW naar de WMO of omgekeerd. De Basisrichtlijn blijft buiten deze discussie door in algemene termen te beschrijven hoe het proces verloopt van een cliëntsysteem met een hulpvraag tot en met de evaluatie. Daarbij komt natuurlijk ook aan de orde dat tot een beslissing gekomen moet worden over de financiering van het hulpmiddel, maar er worden niet aparte trajecten beschreven voor de verschillende regelingen.

3 *De basisindeling van de Basisrichtlijn is conform de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg*
Het proces zoals dat beschreven wordt in de Basisrichtlijn volgt de stappen van de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg.

4 *De Basisrichtlijn is een beschrijving van de activiteiten van de cliënt en van de zorgdeskundige(n)*

Conform de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg worden zowel de activiteiten van de cliënt als van de zorgdeskundige(n) omschreven.

²³ Hierbij dient te worden opgemerkt dat het project is ontstaan vanuit de ZVW en dat in het project nog moet blijken in hoeverre dit uitgangspunt realiseerbaar is.

Dat wil overigens niet zeggen dat er geen wijzigingen zijn in de bewoording voor de activiteiten van de cliënt, de zorgdeskundige(n) en de resultaten per stap. Die zijn er op verschillende plaatsen. De wijzigingen hebben betrekking op:

- het toevoegen of verder uitwerken van activiteiten van cliënt en zorgdeskundige
- het veranderen van de omschrijving van activiteiten van cliënt en zorgdeskundige en de uitkomsten voor de cliënt
- het verschuiven van activiteiten van cliënt en zorgdeskundige naar een iets andere positie in het hele proces.

Een voorbeeld van een wijziging is dat de cliënt ook kan besluiten om het proces te doorlopen zonder een zorgdeskundige te raadplegen (er is dan geen vergoeding mogelijk). Als dat het geval is zal er geen zorgvraag worden geformuleerd, maar gaat de cliënt, op basis van zijn/haar hulpvraag, direct over naar het opstellen van een programma van eisen aan het hulpmiddel.

5 Beslissingen en gegenereerde gegevens

Waar relevant worden de beslissingen beschreven die in het proces nodig zijn. Deze beslismomenten en de gegevens die tijdens het proces ontstaan zijn belangrijk voor een elektronische versie van de Basisrichtlijn die in fase 2 zal worden ontwikkeld. De beslissingen en gegenereerde gegevens worden vastgelegd in het zorgdossier. Bij de gegevens staat - waar van toepassing - ook aangegeven welke classificatie geschikt is om de 'waarde' van het gegeven vast te leggen.

6 De Basisrichtlijn functioneert in een ICT-omgeving

Ter ondersteuning van de ontwikkeling en het beheer van te ontwikkelen richtlijnen, functioneert de Basisrichtlijn in een ICT-omgeving; de ontwikkeling van het ICT-gereedschap vindt plaats in fase 2. Wel zal voor alle (tussen)producten in fase 1 worden vastgesteld of ze ICT-proof zijn.

7 Hantering van termen vanuit de ICF en de ISO 9999 / Cliq

Waar van toepassing zullen termen uit de ICF en de ISO 9999 / Cliq worden gebruikt, maar wel op een abstract niveau. Verdere invulling volgt bij het maken van specifieke richtlijnen.

8 Voor de Basisrichtlijn is het onbelangrijk welk(e) type(n) zorgdeskundige(n) bij de hulpmiddelenzorg betrokken is (zijn)

Er zijn veel partijen betrokken bij de hulpmiddelenzorg. De precieze rol van deze deskundigen varieert, afhankelijk van de setting, het soort hulpmiddel en de regeling van waaruit het hulpmiddel wordt betaald. Om die reden zal in de Basisrichtlijn gesproken worden over 'zorgdeskundige' i.h.a. In de meer specifieke richtlijnen kan t.z.t. beschreven worden om welke zorgdeskundigen het gaat.

9 In de Basisrichtlijn wordt gesproken over cliëntstelsysteem

In de Basisrichtlijn wordt de term cliëntstelsysteem gebruikt om aan te geven dat de beslissingen rond de keuze van een hulpmiddel, behalve door de cliënt zelf, ook genomen kunnen worden door de ouder(s), partner, wettelijk vertegenwoordiger, enz.

5.2.2 Uitwerking Basisrichtlijn

De Basisrichtlijn is uitgewerkt in een tabel met gebruikmaking van bovengenoemde uitgangspunten. De tabel is opgebouwd in acht kolommen.

Kolom 1 en 2 De activiteiten van de cliënt zelf / het cliëntstelsysteem (kolom 1) en van de zorgdeskundige(n) (kolom 2), waarbij is uitgegaan van de activiteiten zoals beschreven in de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg. Waar nodig zijn de activiteiten aangevuld en aangepast. Een activiteit is een handeling (fysiek of mentaal) die leidt tot een beslissing en/of gegevens genereert. In die zin is het 'vastleggen van gegevens in een dossier' geen activiteit. Verder zijn in de tabel ook geen 'generieke' activiteiten van de zorgdeskundige opgenomen, zoals overleggen (met andere

	zorgdeskundigen of met fabrikanten / leveranciers), maken van een (vervolg)afspraken en doorsturen, die op ieder moment in het proces kunnen plaatsvinden. Hoewel de activiteiten in een logische volgorde beschreven staan, gaat het om een iteratief proces; steeds opnieuw wordt zo nodig teruggegaan naar een eerdere activiteit.
Kolom 3	Een verdere detaillering van de activiteiten van de zorgdeskundige(n).
Kolom 4	De gebruikte bronnen en instrumenten bij de genoemde activiteiten. Zo kan een website een bron zijn en een anamneseformulier een instrument. Het gaat om bronnen en instrumenten die gebruikt kunnen worden door cliënt en/of zorgdeskundige bij de betreffende activiteit. In de Basisrichtlijn gaat het om generieke bronnen en instrumenten.
Kolom 5	De beslismomenten gedurende het zorgproces; waar relevant wordt aangegeven wat de consequenties zijn van de genomen beslissingen. Bij het merendeel van de beslissingen gaat het om gezamenlijke beslissingen van de cliënt (het cliëntstelsel) en de zorgdeskundige. Zo niet, dan staat er tussen haakjes bij wie uiteindelijk de beslissing neemt.
Kolom 6	Per activiteit worden de gegenereerde gegevens(typen) genoemd. De waarden die deze gegevens(typen) kunnen aannemen (bijv. artrose bij ziekte, en pijn bij klachten) kunnen te zijner tijd worden opgenomen in het zorgdossier. Deze waarden zijn voor de Basisrichtlijn niet relevant en worden pas bij de specifieke richtlijnen ingevuld. Wel staat tussen haakjes, waar relevant, aangegeven welke classificatie(s) gebruikt kan/kunnen worden om de waarden van de gegevens vast te leggen.
Kolom 7	De uitkomst van de activiteit voor de cliënt, wat levert de activiteit hem/haar op. De uitkomst is in 'positieve' bewoordingen geformuleerd. Als de uitkomst niet positief is, wordt teruggegaan naar een eerdere stap!
Kolom 8	Eventuele resterende vragen / discussiepunten / opmerkingen.

5.2.3 Omschrijvingen

In Bijlage 5 staat de omschrijving van een aantal termen die worden gebruikt in de Basisrichtlijn. Het gaat om termen gerelateerd aan hulpmiddelenzorg en daaraan gerelateerde wetgeving (zoals aanspraak en geprefabriceerd), de gebruikte classificaties (zoals participatie en functioneren), termen gerelateerd aan de NTA 8018 (zoals human en product related intended use) en aan de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (zoals zorgdeskundige) (NEN, 2007).

5.3. Resultaten matrix (werktitel)

Om efficiënt inzicht te krijgen in welke met elkaar samenhangende protocollen vanuit het functionele denken aanwezig dienen te zijn, is de 'matrix' (werktitel) bedacht.

De matrix maakt duidelijk welke categorieën binnen de ICF samenhangen en uiteindelijk gekoppeld kunnen worden aan Cliq-categorieën. Als de bestaande protocollen worden geplaatst binnen de ICF-clusters, komen witte plekken aan het licht waarvoor nieuwe protocollen ontwikkeld kunnen worden of waardoor bestaande protocollen kunnen worden aangevuld. Door de plaatsing van de protocollen binnen de ICF is het ook mogelijk om samenhang tussen verschillende protocollen te ontdekken, waardoor delen van protocollen gebruikt kunnen worden voor de invulling van vergelijkbare delen van andere protocollen. Omdat de matrix verschillende ingangen heeft, biedt dit instrument ook aanknopingspunten of een protocol primair vanuit bijvoorbeeld een aandoening, productclassificatie of beroepsgroep kan worden opgesteld, waarbij steeds het functionele aspect voorop staat. Gegeven de complexiteit moet de matrix geautomatiseerd beschikbaar komen.

Eén van de andere resultaten van de matrix is dat deze ook informatie geeft over de eisen waaraan het zogenaamde ICT-gereedschap moet voldoen waarmee een concreet protocol in software wordt omgezet. Dit ICT-gereedschap wordt ontwikkeld vanuit de Basisrichtlijn en is modulair opgezet, zodat zoveel mogelijk software hergebruikt kan worden voor de diverse protocollen. Al eerder genoemde software-elementen, zoals een ICF-generator, hebben hierin hun plaats.

Om het meest adequate hulpmiddel te kunnen selecteren is het nodig een doorvertaling te maken van ICF naar Cliq. Hiertoe staat centraal een koppeltabel van ICF aan ISO 9999, beschikbaar als document van WHO/RIVM en ISO/NEN (koppelingen ICF en ISO 9999; document ISO/TC173/SC2/N19rev; gemaakt door Yvonne Heerkens en Theo Bougie voor en gevalideerd door ISO/TC173/SC2; zie www.rivm.nl/who-fic bij 'working document').

Deze tabel koppelt functioneringsproblemen in de ICF – in termen van stoornis, beperking of probleem - aan beoogde gebruiken van typologische hulpmiddelen zoals opgenomen in ISO 9999. Dat betekent dus vaak een verbreding gezien vanuit de vraag van de cliënt. Zo is bijvoorbeeld een blindengeleidevoorziening op dat moment een hulpmiddel dat de mobiliteit ondersteunt, naast allerlei mobiliteitshulpmiddelen van belang bij motorische stoornissen.

Om het gebruik van deze tabel te ondersteunen, wordt aanvullend gewerkt met verschillende filters. Deze filters kunnen repeterend toegepast worden, waarbij de diepgang en aard van de filter telkens opnieuw gekozen kunnen worden aan de hand van de verkregen opties. Hierdoor kan bij elke stap een specifiekere omschrijving worden verkregen en wordt het aantal overblijvende opties stap voor stap gereduceerd tot een aantal dat te overzien en te hanteren is. De keuze van de meest adequate optie komt uiteindelijk tot stand door op basis van individuele voorkeur en kennis te kiezen uit de overblijvende opties.

De filters zijn van verschillende geaardheid en gebaseerd op bijvoorbeeld het meervoudig bedoeld beoogd gebruik van het gezochte hulpmiddel, aanvullend en secundair beoogde gebruiken en voor de oplossing typerende gebruikerskenmerken. Langs deze weg kan er als het ware langs verschillende 'ingangen' gezocht worden naar de meest adequate oplossing(en) uit de Cliq-producttypebeschrijvingen.

Aanvullend is een aantal alfabetische indexen toegevoegd, waarmee het mogelijk is in de taal van gebruikers en leken toegang te hebben tot de filters. Deze indexen garanderen een efficiënter gebruik van de tabel door professionals. Dus de termen uit de index geleiden naar de filters.

Zoals gesteld zijn de koppeltabel ICF/ISO, de Cliq-classificatie en de Cliq-producttypebeschrijvingen openbare documenten en beschikbaar voor de gehanteerde werkwijze, met hun bijbehorende indexen (ICF en ISO, Cliq heeft geen index). De indexen zijn echter incompleet of weinig bruikbaar.

Meer uitgebreide indexen, die bovendien tot een overkoepelende index (thesaurus) zijn samengevoegd, zijn opgesteld en worden beheerd door Vilans.

Hoewel het op basis van bovenstaande overwegingen opgestelde schema tijdens de tweede vergadering van de adviesgroep en de stuurgroep instemming kreeg, is besloten de matrix zelf geen deel te laten uitmaken van de resultaten van fase 1. In fase 2 wordt de matrix verder uitgewerkt in combinatie met het dan te ontwikkelen ICT-gereedschap. Het schema is ter informatie opgenomen als Bijlage 6 bij dit rapport.

6 Beschouwing

Reikwijdte Basisrichtlijn: alleen ZVW of ook WMO, AWBZ en WIA/UWV

De intentie bij het opstellen van de Basisrichtlijn is geweest, dat het voor de beschrijving van het proces niet uitmaakt via welke regeling het hulpmiddel wordt vergoed. Er wordt wel van uitgegaan dat in fase 2 van het project er richtlijnen zullen worden ontwikkeld die met name zullen leiden tot de keuze van hulpmiddelen die vanuit de ZVW worden verstrekt.

Breedte (al dan niet al trechteren in Basisrichtlijn)

De huidige Basisrichtlijn is redelijk breed; er zijn dan ook meer dan 20 pagina's nodig om de verschillende stappen te beschrijven. In de praktijk zal deze uitgebreidheid vaak niet aan de orde zijn, waarbij de ingewikkeldheid van de problematiek van de cliënt, de complexiteit van de zorgvraag en van de human related intended use en het aanbod / de variatie aan hulpmiddelen zijn mede van invloed op de complexiteit van het te doorlopen proces. Het kan zijn dat in verschillende situaties verschillende delen van het proces meer of minder aandacht krijgen. Om die reden heeft de adviesgroep in haar vergadering op 25 november 2009 geadviseerd om bij de ontwikkeling van de Basisrichtlijn niet te 'trechteren' richting een 'behapbare' beschrijving, maar om de beschrijving zo compleet mogelijk aan te leveren, waarbij de ontwikkelaars van afgeleide richtlijnen al naar gelang de situatie delen kunnen weglaten c.q. activiteiten kunnen overslaan. Overigens valt op dit moment niet te overzien of er in specifieke gevallen activiteiten nog verder gepreciseerd moeten worden.

Voorbeeld

Op verzoek van de adviesgroep is een voorbeeld gezocht. Daarbij is gekozen voor het protocol 'Voet- / schoenvoorziening voor orthopedisch technische bedrijven en orthopedisch schoentechnici bij cliënten die zijn verwezen' (Heerkens, 2009). Dit protocol volgt de stappen van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg en beschrijft de activiteiten van de orthopedisch schoentechnicus en de gegevens die in het proces ontstaan. Het begint dan ook met de stap kennismaken van verwijzing.

Terminologie

Net als in de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg wordt gebruikgemaakt van een aantal classificaties voor het vastleggen van tijdens het proces gegenereerde gegevens, zoals de ICF, de ICD-10, ISO 9999 en Cliq. In de Basisrichtlijn wordt niet verder gegaan dan het aangeven welke van deze classificaties kunnen worden gebruikt bij het vastleggen van de verschillende soorten gegevens (bijv. medische diagnose met de ICD-10 of de ICPC en de behandeldoelen met de ICF). In fase 2 zal nauwkeuriger kunnen worden aangegeven welke waarden de verschillende soorten gegenereerde gegevens kunnen aannemen en welke klassen uit de classificaties daarbij horen (inclusief het detailniveau; zo kan het soms wellicht voldoende zijn om te zeggen dat er sprake is van een stoornis in een visuele functie (b210), terwijl er op een andere plaats noodzaak is om te spreken van een stoornis in gezichtsscherpte (b2100) of zelfs in binoculaire gezichtsscherpte bij vertezien (b21000).

Evaluatie van hulpmiddelenzorg

Er wordt veel geld en energie gestoken in hulpmiddelenzorg in Nederland. Dit is begrijpelijk, omdat een hulpmiddel het functioneren van mensen - op alle drie de niveaus: functies, activiteiten en participatie - en de kwaliteit van leven aanzienlijk kan verbeteren. Gezien het beslag op de collectieve middelen vergt dat wel een kritische blik op de doeltreffendheid en doelmatigheid van hulpmiddelenzorg. Dat is op zichzelf niet eenvoudig. Gelderblom et al (2009) geven daarvoor vier redenen:

- 1) De impact van een hulpmiddel is niet alleen afhankelijk van de gebruiker van het hulpmiddel, maar ook van de omstandigheden. Een rolstoel kan een gebruiker aanzienlijk mobieler

- maken, maar als het schoolgebouw of het kantoor niet toegankelijk is voor rolstoelgebruikers, is participatie in school / werk niet mogelijk.
- 2) De uitkomsten van het gebruik van een hulpmiddel liggen op verschillende niveaus. Het gaat om de tevredenheid van de gebruiker, de effecten op het functioneren van de gebruiker (op alle drie de niveaus: functies / anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie) en om de kwaliteit van leven.
 - 3) Het hulpmiddel maakt onderdeel uit van het hele zorgproces.
 - 4) Het beoogde doel (human related intended use) verschilt sterk per gebruiker.

Als vijfde reden kan nog worden genoemd dat er een verschil is of kan zijn in de perceptie van de cliënt en die van de zorgdeskundige. Iemand kan slecht behandeld zijn en toch heel tevreden of heel ontevreden en toch heel goed behandeld.

Wordt punt 2 nog verder uitgesplitst dan gaat het eigenlijk om het verschil tussen twee aspecten van het zorgproces - proces en resultaat - die naast elkaar gemeten moeten worden. Het resultaat kan vervolgens nog worden opgesplitst in het opgeleverde product en de mate waarin door het gebruik van het hulpmiddel veranderingen in het functioneren en in de kwaliteit van leven van de cliënt zijn ontstaan. Het gaat bij de evaluatie van de hulpmiddelzorg dan ook om:

- de ervaringen / tevredenheid van de cliënt met het proces (bejegening, wachttijden, enz.)
- de ervaringen / tevredenheid van de cliënt met het hulpmiddel (ziet er goed uit, voldoet aan de eisen, enz.)
- de ervaringen / tevredenheid van de cliënt met het resultaat (de cliënt kan het hulpmiddel gebruiken zoals beoogd en het doet wat het moet doen)
- de ervaringen / tevredenheid van de zorgdeskundige met het proces (medewerking van alle betrokkenen, eigen handelen als therapeut)
- de ervaringen / tevredenheid van de zorgdeskundige met het geleverde hulpmiddel (voldoet het hulpmiddel aan de gestelde eisen)
- de ervaringen / tevredenheid van de zorgdeskundige met het resultaat van de hulpmiddelzorg (gebruikt de cliënt het hulpmiddel zoals beoogd).

Gebruik instrumenten

Om bovengenoemde reden is het erg belangrijk om bij het kiezen van meetinstrumenten zorgvuldig na te gaan waarvoor men het instrument wil inzetten en wat het instrument moet meten. Bij de keuze spelen zowel algemene eigenschappen (doelgroep: generieke versus specifieke instrumenten, beschikbaarheid normen, afnameduur, kosten van afname) als klinimetrische eigenschappen (zoals validiteit, betrouwbaarheid, sensitiviteit, specificiteit), die vanzelfsprekend in orde moeten zijn, een rol. Op dit moment bestaat er nog geen 'gouden standaard' voor het meten van de doeltreffendheid en doelmatigheid van hulpmiddelzorg. Om die reden is in deze Basisrichtlijn gekozen voor een aantal generieke meetinstrumenten waarmee de ervaringen en de tevredenheid van zorggebruikers kan worden vastgelegd. Het kan zijn dat bij het maken van een richtlijn voor een bepaalde doelgroep of voor een bepaald soort hulpmiddelen andere, meer specifieke meetinstrumenten beter geschikt zijn, zoals de MOS (Monitor Orthopedisch Schoeisel) bij voet- / schoenvoorzieningen (Netten et al, 2009).

Zoeken naar hulpmiddelen

Behalve met vrije tekstwoorden kan de cliënt ook met de Cliq-typebeschrijving het internet doorzoeken en het marktaanbod bekijken. Hiervoor zijn verschillende sites beschikbaar:

- Fabrikanten hebben hun productaanbod gecliqt of zijn daarmee bezig. De Cliq-codes van de producten zullen op de sites van aanbieders toenemend gepresenteerd worden.
- De websites www.hulpmiddelenwijzer.nl, www.kiesbeter.nl en www.eengoedhulpmiddel.nl zijn sites die de cliënt begeleiden in het analyseren van zijn probleem en het zoeken naar een oplossingsrichting. de sites zijn gratis toegankelijk.
- De website www.handy-wijzer.nl biedt een overzicht van het marktaanbod en de bijbehorende wet- en regelgeving. Handy-Wijzer is opgezet samen met aanbieders die de site ook vullen en onderhouden en is gratis toegankelijk.

Zowel ICF als ISO/Cliq zijn omvangrijke en complexe classificaties. De ICF bestaat uit meerdere subclassificaties, elk met een ander soort indeling (verdelingskarakteristiek). ISO is een grote opsomming van òf globaal òf specifiek onderverdeelde klassen; de daarvan afgeleide Cliq is nog groter en bovendien gedetailleerd.

Het toepassen van deze classificaties stelt hoge eisen aan de gebruiker. Niemand mag verwachten dat wie dan ook, en zeker niet de cliënt, deze classificaties zelfs maar in grote lijn kent. Toch moeten ze worden gebruikt om de resultaten en bevindingen uit de stappen van het hulpmiddelenproces eenduidig te kunnen coderen.

Dergelijke gecompliceerde classificaties veroorzaken tijdverlies en ruis (geen eenduidige toepassing). Om geen onnodige druk op de efficiency van een proces (hier hulpmiddelenproces) te leggen, hebben de opstellers alfabetische indexen opgesteld:

- ICF heeft een systematisch-alfabetische index alleen op gebruikte termen
- ISO kent een alfabetische index alleen op terminologie van de hoofdingeling
- Cliq heeft geen afzonderlijke index.

Het eerste dat opvalt is, dat op de ICF na, geen enkele index alle gebruikte termen bevat en ze dus incompleet zijn. Dit betekent dat zelfs met de bestaande indexen het gebruik van de classificaties niet efficiënt kan verlopen. Het volgende punt is, dat de indexen uitsluitend termen bevatten die in de classificaties worden gebruikt. Dat houdt in, dat de gebruikers van de indexen en classificaties terdege kennis moeten hebben van het jargon en ook dat synoniemen ontbreken. Een derde markant punt is, dat er geen verbanden tussen de termen van de drie classificaties zijn aangebracht. Het gevolg hiervan is, dat de gebruiker van de classificaties steeds met verschillende indexen moet werken. Er zijn geen verwijzingen naar termen die op welke wijze dan ook een relatie met elkaar hebben. Samengevat: er zou idealiter één gecombineerde index moeten komen die zowel de in classificaties gehanteerde terminologie als het niet-jargon moet bevatten en bovendien de onderlinge relaties moet weergeven.

Een goed uitgangspunt voor het opstellen van één index is de Hulpmiddelenthesaurus van Vilans, waar ook enkele toegangen van Vilans' hulpmiddelenwijzer gedeeltelijk op zijn geënt. Zo bevat de Hulpmiddelenthesaurus een verbeterde en uitsluitend alfabetische index op ICF. Op basis van de beproefde methodiek van Vilans kunnen de bestaande indexen op de classificaties worden samengevoegd, gecompleteerd en daarna aangevuld met de terminologie die tijdens het opstellen van de afzonderlijke protocollen wordt aangereikt. Een dergelijke aanpak, samen met de kennis en methodiek die er al is, garandeert ook een efficiënt onderhoud en beheer van een dergelijke thesaurus.

7 Vervolg / plan van aanpak fase 2

In het begin van het traject is afgesproken dat fase 2 van het project zou bestaan uit het opstellen van vier richtlijnen, met gebruikmaking van de Basisrichtlijn. Daarbij doen zich de volgende vragen voor:

- Voor welke onderwerpen?
- Hoe wordt de ontwikkeling van de richtlijnen gefinancierd?

Daarmee samenhangend komen vervolgens vragen aan de orde als:

- Wie worden bij het project betrokken?
- Wat wordt de opzet?

7.1 Onderwerpen

Er zijn drie categorieën hulpmiddelen te onderscheiden:

- Hulpmiddelen waarvoor al een protocol (in concept) beschikbaar is, zoals het protocol voor bovenbeenprothesen (PPP: Protocolering en Prijssystematiek Prothesen).
- Hulpmiddelen waarvoor een Hulpmiddelenkompas beschikbaar is (zie 5.1.2). Belangrijk voor fase 2 is wel dat het idee van de Kompassen haaks staat op het functiegericht indiceren (vast omschreven hulpmiddelen als uitgangspunt in plaats van het functioneren van de cliënt). Kompassen hebben wel de keten en de manier van indicatiestelling en het komen tot een PvE inzichtelijk gemaakt en zijn daarom toch een goede basis voor het ontwikkelen van richtlijnen vanuit de Basisrichtlijn-filosofie.
- Hulpmiddelen waarvoor nog niets beschikbaar is, zoals hoorhulpmiddelen.

Er zijn ook hulpmiddelen, zoals therapeutische elastische kousen, waarvoor zowel een protocol als een hulpmiddelenkompas beschikbaar is.

In Tabel 7.1 is voor de 25 onderscheiden groepen hulpmiddelen van de ZVW (status 1-1-2010 met lopende werkzaamheden van CVZ gericht op 2011) in beeld gebracht wat er al beschikbaar is (www.cvz.nl). Geleidehonden vallen niet onder de omschrijving van een hulpmiddel zoals gegeven door ISO 9999.

Naast de beschikbaarheid van protocollen en/of hulpmiddelenkompas, is nog een ander selectie criterium mogelijk: het uitgangspunt van de richtlijn. Zoals eerder aangegeven zijn de meeste partijen van oordeel dat bij het opstellen van richtlijnen het functioneringsprobleem van de cliënt centraal dient te staan en niet het hulpmiddel. Dat betekent dat uitgegaan zou moeten worden van bijvoorbeeld 'incontinentie' en niet van 'incontinentiematerialen' en van 'problemen met lopen' en niet van 'loophulpmiddelen'. De bestaande richtlijnen, protocollen en hulpmiddelenkompassen gaan echter wel uit van het hulpmiddel. Zoals aangegeven in het interview met ZN, is het verstandig om in fase 2 te zoeken naar 'aanhakingsplaatsen'; dat betekent dat bij een richtlijn - ontwikkeld voor een functioneringsprobleem - nagegaan wordt waar eventueel kan worden 'overgestapt' op een richtlijn voor een bepaald soort hulpmiddel. Op die manier worden de bestaande protocollen en kompassen ingebed in de functiegerichte aanspraak.

Tabel 7.1 Overzicht categorieën hulpmiddelen plus beschikbaarheid protocollen / richtlijnen en hulpmiddelenkompassen CVZ (ontleend aan www.handy-wijzer.nl)

	Beschikbare richtlijnen / protocollen	Hulpmiddelenkompas CVZ*	Functiegericht omschreven
1a. hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan (prothesen) (art. 2.8)	Beenprothese (PPP) VRA / armprothesen		1-1-2010
1b. hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel (art. 2.9)		Kompas CVZ / vernevelapparatuur Kompas CVZ / zuurstofapparatuur	1-1-2010
1e. lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem (orthesen en orthopedische schoenen) (art. 2.12)	In ontwikkeling: • AMC / orthesen • NPi / NVOS: voet-/ schoenvoorzieningen		1-1-2008
1f. hulpmiddelen voor de visuele functie (art. 2.13)			1-1-2008
1g. gehoorhulpmiddelen (art. 2.14)			1-1-2011
1h. hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming (art. 2.15)		Kompas CVZ / stomamaterialen	1-1-2011
1i. hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (art. 2.16)			
1j. hulpmiddelen voor de mobilititeit van personen (art. 2.17)		Kompas CVZ / loophulpmiddelen	
1l. injectiespuiten (art. 2.19)			1-1-2011
1m. hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport lymfe (TEK)		Kompas CVZ / therapeutisch elastische kousen	1-1-2003
1n. hulpmiddelen bij diabetes (art. 2.20)			1-1-2011
1p. draagbare uitwendige infuuspompen (art. 2.22)			1-1-2011
1q. schoenvoorzieningen niet zijnde orthesen (art. 2.23)			
1r. hulpmiddelen voor toediening van voeding (art. 2.24)			
1t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (art. 2.26)			
1x. beeldschermloepen			1-1-2008
1y. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren			1-1-2011
1aa. solo-apparatuur (art. 2.29)			1-1-2011
1bb. tactiellesapparaat (art. 2.30)			
1cc. Vervanging van BAHA -hoortoestellen (art. 2.31)			1-1-2011
1dd. zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (art. 2.32)			1-1-2011
1ee. inrichtingselementen voor woningen (art. 2.33)			
1ff. geleidehonden (art. 2.34)			
1gg. hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- of vingerfunctie (art. 2.35)			1-1-2006
1hh. thuisdialyseapparatuur (art. 2.36)			1-1-2009

Uitgaande van deze redenering lijkt het verstandig om in fase 2 te kiezen voor de volgende opties:

- 1 Een richtlijn voor mensen met stoornissen in het bewegingsapparaat van de onderste extremiteit, waarbij kan worden nagegaan wanneer overgestapt kan worden op de bestaande protocollen, zoals voor bovenbeenprothesen (Stuurgroep PPP) en voet- / schoenvoorzieningen (NVOS).
- 2 Een richtlijn voor mensen met ademhalingsproblemen, waarbij kan worden nagegaan in hoeverre gebruik kan worden gemaakt van het Hulpmiddelenkompas vernevelaars. Op dit moment wordt door de CG-Raad samen met de vereniging van patiënten met cystic fibrose (Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting) en hun adviesraad gesproken over een protocol voor vernevelaars. Het Hulpmiddelenkompas vernevelaars lijkt qua hoofdtekst actueel, maar de bijlagen zijn verouderd. Bij dit initiatief kan worden aangesloten.
- 3 Een richtlijn voor mensen met hoorproblemen. Voor deze groep mensen zijn nog geen richtlijnen voorhanden. Deze lijn sluit aan bij een advies dat momenteel wordt ontwikkeld door CVZ over hoortoestellen. CVZ heeft het veld gevraagd om met de CG-Raad een protocol op te stellen. Het is mogelijk om dat te doen samen met de NVvS (Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden), de Medische Adviesraad van de NVvS en de NOAH (Nederlands Overleg Auditieve Hulpmiddelen).

7.2 Financiering ontwikkeling richtlijnen

VWS heeft aangegeven wel fase 1 te willen financieren, maar niet fase 2 en 3. Andere mogelijkheden voor het financieren van de ontwikkeling van richtlijnen zijn:

- 1) betaling vanuit een regulier subsidiefonds, waarbij gedacht kan worden aan ZonMw (programma's als Disability Studies en KKCZ (richtlijnen)), het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (thema: snijvlak ZVW / WMO), het Fons PGO²⁴ en het Nationaal Revalidatie Fonds
- 2) betaling door de zorgverzekeraars, die in het kader van de contractering van zorgdeskundigen behoefte hebben aan richtlijnen en dus belang hebben bij de ontwikkeling ervan
- 3) betaling door de brancheorganisaties (al dan niet samen met zorgverzekeraars).

7.3 Betrokkenen & opzet

Belangrijk is om bij het ontwikkelen van richtlijnen de direct belanghebbende partijen direct te betrekken. De voorgestelde opzet gaat uit van een leidende rol van de meest betrokken patiëntenorganisatie met hun medische adviesraad aangevuld met bijv. een vertegenwoordiger vanuit de verzekeraars en vanuit aanverwante groepen / organisaties. Het is daarbij verstandig om de leiding in handen te leggen van een deskundige, iemand die de achterliggende stukken goed kent (Basisrichtlijn, relevante classificaties) en die vervolgens wordt 'gevoed' met inhoudelijke kennis van experts uit het veld.

²⁴ Fonds PGO is één van de acht units van het CIBG (een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS). Het Fonds PGO verstrekt subsidies aan landelijk werkzame patiëntenorganisaties, gehandicaptenorganisaties en ouderenbonden in Nederland. Er zijn twee soorten subsidies: instellingssubsidies en projectsubsidies. Fonds PGO beoordeelt de aanvragen voor instellingssubsidie. De minister beslist over projectsubsidies. Een onafhankelijke programmaraad adviseert de minister hierover. De ambtelijke ondersteuning van de programmaraad verzorgt Fonds PGO. www.fondspgo.nl

7.4 Overige activiteiten fase 2

Naast het ontwikkelen van vier richtlijnen als 'testcase' voor de hanteerbaarheid van de in fase 1 ontwikkelde Basisrichtlijn, komen in fase 2 de volgende onderwerpen aan bod:

- ontwikkelen ICT-gereedschap gekoppeld aan een doorontwikkeling van de matrix
- opstellen beheerplan voor de Basisrichtlijn en voor de van de Basisrichtlijn afgeleide richtlijnen: in fase 1 is er nog geen beslissing genomen over het beheer van de Basisrichtlijn, dat zal plaatsvinden in fase 2
- opstellen plan voor fase 3.

8 Literatuurlijst & geraadpleegde websites

- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington: American Psychological Association; 1994
- Baum, C.M., Christiansen, C.H. Person environment occupation performance: an occupation-based framework for practice. In: Christiansen, C.H., Baum, C.M., Bass-Hagen, J. Occupational therapy: performance, participation and well-being, third edition., chapter 11. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated, 2005 www.slackbooks.com/excerpts/35309/35309.asp
- Bernd, T., Pijl, D. van der, Witte, L.P. de. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. Scand J Occupational Therapy, 2009;16:146-158
- Cook, A.M., Hussey, S.M. Assistive technologies, principles and practice. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby; 2002 (In: Berndt et al, 2009)
- Craddock, G., McCormack, L. Delivering an AT service: a cliënt-focused, social and participatory service delivery model in assistive technology in Ireland. Disabil Rehabil, 2002; 24(1/2/3):160-170
- CSIZ. Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen. Tiende revisie. Zeist: Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector; 1997
- CVZ. Hulpmiddelenzorg 2009. Deelrapport van het pakketadvies 2009. Diemen: College voor zorgverzekeringen; april 2009a
- CVZ. Heroriëntatie hulpmiddelen: Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2009b
- CVZ. Standpunt. Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2009c
- Demers, L., Weiss-Lambrou, R., Ska, B. The Quebec User Evaluation of Satisfaction with assistive Technology (QUEST 2.0): An overview and recent progress. Technology and Disabil, 2002;14:101-105
- Fisher. Assessment of Motor and Process Skills (3rd edition). Fort Collins, CO: Three Star Press; 1999 (In: Cup, E.H.C., Steultjens, E.M.J. Ergotherapie richtlijn Beroerte. Utrecht: NVE; 2005)
- Fuhrer, M.J., Jutai, J.W., Scherer, M.J., Ruyter, F. de. A framework for the conceptual modeling of assistive technology device outcomes. Disabil Rehabil, 2003;25(22):1243-1251
- Gelderblom, .J., Driessen, M., Evers, H., Claus, E. Design of a MPT based instrument supporting the quality of procurement of assistive technology. In: Assistive technology from adapted equipment to inclusive environments. Proceedings AAATE 2009
- Grosze Nipper L. Onderzoek ALS hulpmiddelen. ALS dank, nieuwsbrief van de Stichting ALS Nederland, december 2008 (rapport te downloaden via <http://www.als-centrum.nl/2008/12/27/onderzoek-als-hulpmiddelen/>)
- Heerkens, Y.F. Medisch specialisten en orthopedisch schoentechnici lopen voorop! De ontwikkeling van protocollen voet-/schoenvoorziening. Revalidata 2009;147:35-36
- Heijnsman, A., Lemette, M., Veld, A. de, Kuiper, C. Adviseren als ergotherapeut. Competenties en verhalen uit de praktijk. Den Haag: Uitgeverij LEMMA; 2007
- Hogeschool Zuyd, Heerlen / Vilans, Utrecht. Het Dutch MPT. Instrument indicatie, typering en selectie, pilotversie 2, 2008
- ISO-9999. Assistive products for persons with disability – Classification and terminology, fourth revision. Geneva: International Organization for Standardization; 2007
- Jutai, J., Day, H. Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS). Technol Disabil, 2002;14:107-111

- Loon, J. van. Hulpmiddelen vooronderzoek. Bilthoven: RIVM / Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2008
- Masala, C., Petretto, D.R. From disablement to enablement: conceptual models of disability in the 20th century. *Disabil Rehabil*, 2008;30(17):1233-1244
- Meijerink, J.J. Protocol Individuele voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning gemeente Den Haag 2009. [s.l.]: Meijerink & Vonk; december 2008
- NEN. NTA 8018. Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en Terminologie – Datastructuur voor nationale afgeleiden van NEN EN ISO 9999 en producttypebeschrijvingen. Delft: Nederlands Normalisatie Instituut; mei 2007
- NEN. Nederlandse norm NEN-EN-ISO 9999 Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie. Delft: Nederlands Normalisatie Instituut; 2009
- Netten, J. van, Jannink, M.J.A., Hijmans, J.M., Stötefalk, J., Roelofs, G., Geertzen, J.H.B., Postema, K. Het gebruik en de bruikbaarheid van orthopedisch schoeisel A in Nederland. Groningen: UMCG; 2009
- Nivel. Gebruik van hulpmiddelen uit verschillende regelingen door chronisch zieken en gehandicapten. Factsheet Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: Nivel; 2007
- NVE. WVG advisering door ergotherapeuten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie; 1999
- NVE. Ergotherapie den advisering van hulpmiddelen en voorzieningen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie; 2001
- Regieraad. Kwaliteitscanon 'Kwaliteit van zorg in honderd woorden'. Den Haag: Regieraad, november 2009
- RIVM. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002, 2008
- Scherer, M.J. Assessing the benefits of using assistive technologies and other supports for thinking, remembering and learning. *Disabil Rehabil*, 2005;27(13):731-739
- Scherer, M.J., Craddock, G. Matching Person & Technology (MPT) assessment process. *Technol Disabil*, 2002;14:125-131
- Scherer, M.J., Sax, C.L. Measures of assistive technology predisposition and use. In: *Rehabilitation and Health*. Boston: Allyn & Bacon, 2009; p. 229-255
- Scherer, M.J., Sax, C., Vanbiervliet, A., Cushman, L.A., Scherer, J.V. Predictors of assistive technology use: The importance of personal and psychosocial factors. *Disabil Rehabil: Assistive technology*, 2005;27(21):1321-1331
- Scherer, M. Jurati, J., Fuhrer, M., Demers, L., Ruyter, F. de. A framework for modeling the selection of Assistive Technology Devices (ATDs). *Disabil Rehabil: Assistive technology*, 2007;2(1):1-8
- Stimulanz. Modelbeleidsregels versie 'Kantelingproof' naar de stand van zaken per augustus 2009. [s.l.]: Stimulanz, 2009
- Stuurgroep PPP. Richtlijn verstrekingsproces beenprothesen. Concept. Stuurgroep PPP (Protocollering en Prijsystematiek Prothesen), januari 2010
- TNO. Richtlijn: Het gebruik van vernevelapparaten in de thuissituatie: indicatiestelling, zorgproces, hulpmiddelen en organisatie. Leiden: TNO; 2003
- VNG. Van eerste contact tot arrangement. Een conceptueel kader voor De Kanteling. Den Haag: VNG / Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2009
- Wessels, R., Persson, J., Lorentsen, Ø., Andrich, R., Ferrario, M., Oortwijn, W., VanBeekum, T., Brodin, H., Witte, L. de. IPPA: Individually Prioritised Problem Assessment. *Technol Disabil*, 2002;14:141-145
- WHO. International Classification of Procedures in Medicine: volume 2. Geneva: World Health Organization; 1978

WHO. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992

WHO. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva: World Health Organization; reprint 1993

WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001

en.wikipedia.org/wiki/Canadian_model_of_occupational_performance

en.wikipedia.org/wiki/Matching_Person_&_Technology_Model

nl.wikipedia.org/wiki/Contra-indicatie

www.als-centrum.nl/2008/12/27/onderzoek-als-hulpmiddelen/

www.btsq.nl/infobulletin/DSM-4.html

www.cbpweb.nl

www.cbpweb.nl/index.stm

www.cbv.nl

www.cg-raad.nl

www.cihi.ca/cihiweb/downloads/icf_jun02_papers_6A_e.pdf

www.cliq.nl

www.cvz.nl

http://www.e-bility.com/articles/at_selection.php

www.eengodhulpmiddel.nl

www.encyclo.nl/begrip/aanspraak

www.encyclo.nl/begrip/prognose

www.encyclo.nl/begrip/progressief

www.fondspgo.nl

www.gipdatabank.nl

www.handy-wijzer.nl

www.handy-wijzer.nl/viewtext.asp?OID=36

www.hulpmiddelenwijzer.nl

www.justitie.nl

www.kennisring.nl

www.keurmerk.nl

www.kiesbeter.nl

www.matchingpersonandtechnology.com

www.minvws.nl

www.meetinstrumentenzorg.nl

www.nivel.nl/CQIndex

www.novamundo.nl

www.paramedisch.org

www.piads.ca/112/piads.htm

www.r2d2.uwm.edu/atoms/archive/icf.html

www.rivm.nl/who-fic

www.rivm.nl/who-fic/cmsv.htm

www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm

www.slackbooks.com/excerpts/35309/35309.asp
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/anamnese.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/DSMIV.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/eerstelijnsgezondheidszorg.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/PGB.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/procedures.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/richtlijnen.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/tweedelijnszorg.htm
www.thesauruszorgenwelzijn.nl/verwijzing.htm
www.uwv.nl
www.vilans.nl
www.vng.nl
www.wegwijzerloket.nl
www.wetten.overheid.nl
www.wgbo.nl
www.zn.nl/dossiers/a_-_z/hulpmiddelen.asp

Bijlage 1 Betrokkenen

Deelnemers interviews / adviesgroep / stuurgroep

	Naam	Interviews		Lid van adviesgroep	Lid van stuurgroep
		Mondeling	Telefonisch		
Overheid					
CVZ / College voor zorgverzekeringen	Hans Piepenbrink		X	X	
VNG / Vereniging van Nederlandse Gemeenten	Joke Regouw	X			agendalid
CIZ / Centrum Indicatiestelling Zorg	Ans Koper	X		X	
VWS / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Jan van Ginneken	X			agendalid
Betalers / financiers					
ZN / Zorgverzekeraars Nederland	Henriette Tchang	X			X
UWV	Henk Buis	X			X
Univé	Marco van Rijn		X		
Patiënten en hun organisatie					
CG-Raad / Chronisch Zieken en Gehandicaptenraad	Piet Vreeswijk				X
Fortune	Winnifred de Moes	X		X	
CSO / Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties	Peter Kruitbosch		X	X	
Indicatiestellers/behandelaars/zorgaanbieders en hun organisaties					
NHG / Nederlands Huisartsen Genootschap	Hans Postema		X		
BARTH / beleidsadviescommissie revalidatietechnische hulpmiddelen van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)	Peter Janssens		X	X	
V&VN / Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland	Mariska de Bont		X	X	
EN / Ergotherapie Nederland	Bea van Bodegom		X	X	
VGN / Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Han Huizinga		X	X	
Producenten/leveranciers/importeurs					
FHI / Federatie van Medische Technologie Branches	P. Smienk			X	
Nefemed / Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten	Roelf van Run			X	
NIVO / Nederlandse Industrie voor Orthopedie	Jan Ebbink			X	
NVOS-Orthobanda	Paul Valk		X	X	
Firevaned / Branche Revalidatiedetailhandel Nederland	Frank Bangma		X	X	
SEMH / Stichting Erkenningsregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen	René Offers		X	X	
Overig					
Vilans	Johan van Dijkhuizen			X	
Totaal		6	11	15	3+2

Interviewers

Organisatie	Naam interviewer	Naam geïnterviewden*
Vilans	Rianne Hannink	Ans Koper; Henriëtte Tchang; Marco van Rijn; Peter Kruitbosch; Han Huizinga; Paul Valk
Vilans	Jan Thie	Hans Piepenbrink; Joke Regouw; Jan van Ginneken; Hans Postema; Peter Janssens; René Offers
Vilans	Branko Hagen	Henk Buis
Vilans	Harmen Jonker	Frank Bangma
NPi	Dorine van Ravensberg	Ans Koper; Winnifred de Moes
NPi	Yvonne Heerkens	Joke Regouw; Jan van Ginneken; Henriëtte Tchang; Henk Buis; Mariska de Bont; Bea van Bodegom

* De mondelinge interviews zijn gehouden door twee interviewers; door ziekte is één van de mondelinge interviews gehouden door slechts één interviewer.

Leden projectteam

organisatie	naam	opmerking
Vilans	Ellen Claus	
Vilans	Edith Hagedoren	
Vilans	Harm Jonker	
BRT-Advies	Theo Bougie	
Nova Mundo	Jos Muijkens	
CG-Raad	Piet Vreeswijk	
NPi	Dorine van Ravensberg	
NPi	Yvonne Heerkens	projectleider

Bijlage 2 Vragen interviews

Cursief: doorvragen, afhankelijk van antwoord op de vraag en/of voorbeelden

Discussie: Niet alle vragen zijn voor alle geïnterviewden relevant. De vraag is of het verstandig is om verschillende versies te maken dan wel voorafgaand aan ieder interview te bepalen welke vragen bij die specifieke organisatie gesteld gaan worden

0 Voorstellen

Vragen of de betrokkene de brief heeft ontvangen en of daar nog vragen over zijn.
Zo nodig toelichten van doel van het project, deelnemers, eindproduct, vervolg.

Toelichten interview en de vijf onderdelen: betrokkenheid bij hulpmiddelenzorg, plannen en wensen rond functiegerichte aanspraak, wensen t.a.v. de Basisrichtlijn, beheer en overig.

Vragen of interview mag worden opgenomen!

1 Betrokkenheid bij hulpmiddelenzorg / stand van zaken

- Kunt u aangeven op welk niveau en op welke wijze uw organisatie [of uw achterban] betrokken is bij hulpmiddelenzorg?

Beleidsniveau, indicatiestelling, financiering, trainen met hulpmiddelen

.....
.....

- Wat bepaalt volgens u of een verstrekkingstraject voor een hulpmiddel succesvol verloopt?
Welke factoren (persoonsgebonden, zorggebonden, financieringsgebonden) zijn volgens u van invloed op het succes van hulpmiddelenzorg / de tevredenheid van de cliënt gedurende het hele proces: van hulpvraag tot en met evaluatie?

.....
.....

- Kunt u aangeven welke richtlijnen, protocollen, modellen, stroomschema's, instrumenten binnen de eigen achterban bij het verstrekken van hulpmiddelen worden gebruikt?
(Als ze er zijn,) waar kunnen we die vinden?

.....
.....

- Voldoen de gebruikte richtlijnen, protocollen, modellen, stroomschema's, instrumenten voor dat wat u wilt bereiken?

Zo nee, waarom niet (implementatie, inhoud, aansluiting bij praktijk, tijdsbeslag)?

Zo ja, hoe komt dat (sterke punten)?

.....
.....

- Als er eigen richtlijnen / protocollen / modellen / stroomschema's / meetinstrumenten zijn, hoe worden die dan beheerd / onderhouden?

Door wie, wijze van beheer / onderhoud, frequentie?

.....
.....

- Kent u andere richtlijnen / protocollen / modellen / stroomschema's / meetinstrumenten, die wel nuttig zijn in het kader van hulpmiddelenzorg, maar die niet gebruikt worden door uw eigen organisatie [en/of binnen uw eigen achterban]?
Naam, ontwikkeld door, inhoud?

.....

2 Plannen en wensen

- De functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen komt eraan. Bereidt uw organisatie [en/of uw achterban] zich daarop voor?
Zo nee, waarom niet?
Zo ja, hoe gaat u dat concreet aanpakken, welke plannen zijn er, hoe gaat u die plannen concretiseren en hoe gaat u de resultaten implementeren?

.....

- Zijn er bij uw organisatie [en/of uw achterban] **wensen** voor het (laten) ontwikkelen van nieuwe richtlijnen / protocollen?
Zo ja, welke (achterliggend probleem, type hulpmiddelen)? En waarom juist deze?

.....

- Wat moet er gebeuren, welke **randvoorwaarden** moeten zijn ingevuld, voordat de organisatie [en/of de achterban] met de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen aan de slag gaat?
Tijd, geld, kennis?

.....

- Wat zou volgens u de ontwikkeling van richtlijnen **stimuleren**?
Geld, voorbeeld richtlijnen, begeleiding?

.....

- Wat belemmert volgens u de ontwikkeling van richtlijnen / wat zijn de **obstakels**?

.....

3 Verwachtingen en wensen t.a.v. Basisrichtlijn

- Wat vindt u het beste **uitgangspunt** voor de Basisrichtlijn: de problemen van de cliënt of het type hulpmiddel?
Voorbeeld: richtlijnen voor mensen met problemen met het lopen binnenshuis of richtlijnen voor loophulpmiddelen binnenshuis?

.....

- Wat moet er volgens u **minimaal** in een Basisrichtlijn staan?
Stappen, inhoud?

.....

- Wat is volgens u het **gewenste detailniveau**?

.....

- Zou het goed zijn om bepaalde **meetinstrumenten** te koppelen aan de Basisrichtlijn?
Zo ja, welke (bijv. CQ-index, D-Quest)?

.....

- Verwacht u dat de Basisrichtlijn door uw organisatie [en/of achterban] **gebruikt** gaat worden zodra die beschikbaar is?

Zo nee, waarom niet (belemmeringen, tevredenheid met huidige situatie)?

Zo ja, wat is daarvoor nog meer nodig (bijv. elektronische versie)?

.....

4 Beheer

- Hoe moeten volgens u de richtlijnen en protocollen rond hulpmiddelen, die in Nederland worden ontwikkeld en gebruikt, worden beheerd?

Door wie (ontwikkelaar, centraal) en hoe (wijze waarop)?

.....

5 Overig

- Bent u bereid vanuit uw organisatie deel te nemen aan de [stuurgroep] [adviesgroep]?

.....

- Welke **andere partijen** zouden volgens u bij het project betrokken moeten worden?

Naam organisatie, naam persoon?

.....

- Heeft u suggesties voor mogelijk voor het project relevante **bronnen**?

Literatuur, databanken, websites, enz.

.....

- Heeft u suggesties voor mogelijk voor het project relevante andere lopende of al afgesloten **projecten** op het gebied van hulpmiddelen?

Zo ja, contactpersoon / website?

.....

- Heeft u nog **andere opmerkingen of suggesties** die in het kader van de verstrekking van hulpmiddelen relevant zijn?

Welke onderwerpen zijn blijven liggen?

.....

Afspraak maken voor opsturen uitgeschreven interview ter controle (termijn, adres)

Bedanken voor deelname aan project

Bijlage 3 Stappen in de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg

In deze bijlage staan de stappen uit de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg beschreven. Deze stappen zijn uitgewerkt in de Basisrichtlijn.

Stap 1 Probleem signaleren

In deze stap onderkent de cliënt dat hij²⁵ een probleem heeft - de hulpvraag van de cliënt - en neemt hij contact op met de zorgdeskundige. In overleg met de zorgdeskundige wordt het probleem nader omschreven en wordt het de cliënt helder wat de route is die hij/zij kan volgen.

Stap 2 Zorgvraag formuleren

In deze stap wordt het diagnostisch proces doorlopen. Het gaat erom de gezondheidstoestand en de prognose te bepalen. De gezondheidstoestand bestaat uit een beschrijving van (problemen in) het functioneren van de cliënt en de daarop van invloed zijnde medische, externe en persoonlijke factoren. De medische factoren worden uitgedrukt in de medische diagnose; de problemen in het functioneren en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn in de functionaliteitsdiagnose.

Bij deze stap gaat het erom, dat het voor de cliënt helder wordt wat zijn zorgvraag is, dat hij weet wat de medische / verwijsdiagnose is, wat de prognose is en bij welke cliëntenorganisaties hij desgewenst terecht kan voor informatie en ondersteuning. Belangrijk is ook, dat tijdens deze stap de cliënt en de zorgdeskundige zicht krijgen op de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen.

Bepalen medische diagnose

In de medische diagnose staat de ziekte / aandoening van de cliënt en/of de medische verrichting die heeft plaatsgevonden of gaat plaatsvinden centraal. Zo kan de medische diagnose zijn 'reumatoïde artritis', maar ook de 'status na een total hip'. Voor de verstrekking van hulpmiddelen is vooral relevant het stadium van de ziekte en de mate van progressie. Zeker bij snel progressieve ziekten, zoals ALS, is het tijdig voorzien in hulpmiddelen van groot belang. Voor het vastleggen van de ziekte / aandoening zijn classificaties beschikbaar als de ICD-10, de DSM-IV en de ICPC-2-nl. Vanuit functiegerichte aanspraak staat het functioneren van de cliënt centraal. De medische diagnose is van belang voor zover de aard, de ernst en het beloop van de ziekte / aandoening van invloed zijn op het functioneren en grenzen stellen aan het functioneren.

Bepalen functionaliteitsdiagnose

De functionaliteitsdiagnose moet vertaald worden in termen van ICF. Het functioneren wordt beschreven in (stoornissen in) lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, (beperkingen in) activiteiten en participatie(problemen). Daarnaast kan de ICF worden gebruikt voor het beschrijven van externe factoren.²⁶

Het belang van het zelf kunnen uitvoeren van een activiteit hangt af van de situatie van de cliënt. Daarbij gaat het zowel om de gezinssituatie (bij een cliënt die met een partner of in gezinsverband leeft kunnen activiteiten zo nodig [en desgewenst] worden overgenomen door een ander) als om bijvoorbeeld de werksituatie (sommige activiteiten kunnen van cruciaal belang zijn in het kader van een baan). In het kader van de gezinssituatie is het relevant om niet alleen de cliënt te bevragen

²⁵ Waar hij of hem staat kan ook zij of haar gelezen worden.

²⁶ De ICF bevat geen lijst persoonlijke factoren. Wel staat er in de toelichting een aantal voorbeelden van persoonlijke factoren genoemd en her en der zijn lijstjes met persoonlijke factoren in gebruik. In het project zal worden gekeken welke persoonlijke factoren van invloed kunnen zijn in het proces van hulpmiddelenvoorziening (bijv. bereidheid om hulpmiddel te gebruiken, coping stijl en self-efficacy).

(welke activiteiten en externe factoren zijn voor hem relevant) maar ook de (mantel)zorger c.q. andere gezinsleden.

Bepalen wensen en verwachtingen cliënt

Het is van belang om tijdens de anamnese inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen. Het gaat er daarbij om te weten te komen wat de cliënt wil, nu en in de (nabije) toekomst, en wat voor hem van belang is. Ook hierbij kan het relevant zijn om de mantel(zorger) / andere gezinsleden te bevragen.

De wensen en verwachtingen ten aanzien van specifieke hulpmiddelen komen bij stap 3 aan bod.

Bepalen prognose

Bij het selecteren van hulpmiddelen is het relevant zicht te hebben op de prognose. Dat geldt zowel voor de te verwachten prognose van de ziekte / aandoening als voor de te verwachten ontwikkelingen rond het functioneren van de betrokkene.

Stap 3a Zorgplan maken: Oplossingsrichting

Het gaat hier om het samen met de cliënt beoordelen of een hulpmiddel al dan niet voor de betreffende cliënt de meest aangewezen behandeling is (dan wel dat de cliënt bijvoorbeeld beter geopereerd kan worden, andere zorg kan ontvangen [medicatie, paramedische zorg], kan verhuizen of dat de cliënt beter af is met een combinatie van bijv. zorg en een hulpmiddel).

Met de cliënt wordt op basis van de functioneringsproblemen, de prognose, het gewenste activiteitenpatroon en diens gebruiksomstandigheden (gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van hulpmiddelen) gezocht naar een oplossingsrichting door de inzet van hulpmiddelen. Daarbij kan de ernst van het probleem worden aangegeven via de 1^e typering (het eerste cijfer achter de decimale punt na de ICF-code) en kunnen ook de behandel doelstellingen in termen van de ICF geformuleerd worden (voorkomen / verbeteren / consolideren / verminderen achteruitgang). Naast de voordelen van eenduidigheid zal ook de systematische benadering het indicatieproces versnellen. Belangrijk nevenproduct is, dat door het gebruik van een matrix, de indicatie (gebruiksdoel, gebruiksomstandigheden) na bewerking later gebruikt kan worden bij de evaluatie (doet het hulpmiddel waarvoor het is aangeschaft?). Om dit te realiseren zijn gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten nodig. Een aantal algemene meetinstrumenten staat in de Basisrichtlijn vermeld.

Beoogd functioneren formuleren

Beschrijven wat de cliënt wil, kan en mag (vanuit het zorginhoudelijk perspectief van de zorgdeskundige) (human related intended use).

De (globale) doelstellingen in termen van ICF worden met de cliënt uitgewerkt tot specifieke doelstellingen (die met het gebruik van een hulpmiddel beoogd te worden gehaald). Aangeraden wordt om doelstellingen zo concreet mogelijk - in maat en getal (SMART)²⁷ - vast te leggen, inclusief de aard van de doelstelling en de mate waarin, en de periode waarbinnen de doelstelling moet zijn behaald.

Deze stap levert belangrijke informatie voor de evaluatie van het gebruik.

Cliënt en indicatiesteller overleggen of een hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing wenselijk is.

Vertaling doelstelling naar oplossingsrichting

Bepalen welke soorten hulpmiddelen voldoen aan de doelstellingen en aansluit(en) bij het beoogd functioneren, en de cliënt informeren over voor- en nadelen van deze hulpmiddelen.

Contra-indicaties en consequenties voor keuze hulpmiddel(en) vaststellen.

²⁷ SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

Aanvullende (schriftelijke) informatie geven en toestemming verkrijgen van cliënt voor het zorgplan. Financiële consequenties voor cliënt vaststellen.

De programmatuur die in fase 2 wordt ontwikkeld moet controleren of de informatie aanwezig is die nodig is om tot een selectie en realisering van een hulpmiddel te komen.

Stap 3b Zorgplan maken: programma van eisen opstellen

In het Programma van Eisen (PvE) wordt omschreven aan welke eisen het hulpmiddel moet voldoen volgens de cliënt en de zorgdeskundige om (onderdeel van) de oplossing te zijn.

Van human related intended use naar product related intended use

Vertalen van cliëntkenmerken die samenhangen met de functionaliteitsdiagnose, het behandeldoel (indien voorhanden), het beoogd functioneren en verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel (human related intended use) naar benodigde producteigenschappen (product related intended use) in samenspraak met het cliëntsysteem.

Deze belangrijke stap betreft het specificeren van de eigenschappen waaraan het hulpmiddel moet voldoen om de in de indicatie vermelde stoornissen en beperkingen op te heffen of zoveel mogelijk te verminderen dan wel de resterende functies, activiteiten en participatiemogelijkheden te ondersteunen. De oorspronkelijke indicatiestelling moet daartoe kunnen worden aangevuld en 'vertaald' naar een PvE. Na het verzamelen van de functionele en therapeutische eisen worden de overige eisen en wensen van de cliënt betrokken bij het PvE.

Vaststelling Cliq-code(s)

De product related intended use kan worden vertaald in Cliq-code(s). Hiervoor zal in fase 2 een 'Cliq-generator' worden ontwikkeld.

Verdere specificatie van het programma van eisen

Na vaststelling van de Cliq-code(s) worden maatgegevens, materiaalgegevens en uitvoeringsvorm van het hulpmiddel bepaald en toegevoegd aan het PvE. Daarmee wordt de keuze verder geïndividualiseerd. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met het PvE voor het gekozen hulpmiddel. Zo niet, dan moet worden teruggegaan naar een eerdere stap. Ook weet de cliënt aan het einde van deze stap wat dit betekent voor de financiering of welke alternatieven er zijn (bijv. bijbetaling).

Stap 4 Selecteren, proberen en beslissen

Met behulp van het PvE wordt in overleg met de cliënt een keuze gemaakt voor een bepaald hulpmiddel op basis van het bestaande marktaanbod, wordt het hulpmiddel besteld / aangepast / aangemeten / gemaakt en vervolgens gepast en uitgeprobeerd. Er wordt als het ware een match gemaakt tussen de eisen (deels in Cliq-codes) en de eigenschappen van het beschikbare aanbod aan hulpmiddelen (voorzien van Cliq-codes). Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met de aanschaf c.q. het laten maken van het specifieke hulpmiddel. Zo niet, dan zal worden teruggegaan naar een eerdere stap.

Stap 5 Levering

In deze stap wordt het hulpmiddel aan de gebruiker geleverd. Daarbij hoort het geven van instructie over het gebruik en het onderhoud van het hulpmiddel. Aan het einde van deze stap heeft de cliënt het hulpmiddel gekregen en weet hij waar hij met problemen terecht kan, wanneer en hoe het hulpmiddel dient te worden gebruikt en hoe het hulpmiddel moet worden onderhouden.

Stap 6 Gebruik

In deze stap gebruikt de cliënt het hulpmiddel in het dagelijks leven. Als er problemen zijn in gebruik of vragen over de voorziening, kan contact worden opgenomen met de zorgdeskundige. De soort en de hoeveelheid geboden nazorg zijn sterk afhankelijk van de achterliggende medische problematiek (nazorg bij cliënten met bijvoorbeeld diabetes is over het algemeen intensief) en van de behoefte van de cliënt.

Stap 7 Evaluatie en vervolgmetingen

Voor de evaluatie van de doelstellingen zijn in de Basisrichtlijn een aantal algemene meetinstrumenten opgenomen. Het gaat daarbij om meetinstrumenten om de tevredenheid en ervaringen van de cliënt en de zorgdeskundige vast te stellen en meetinstrumenten, waarmee kan worden bepaald of het hulpmiddel voldoet aan de gestelde eisen.

Bijlage 4 Basisrichtlijn

De Basisrichtlijn (BRL) bestaat uit de stappen, die in de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg zijn beschreven.

1. Probleem signaleren	blz. 47
2. Zorgvraag formuleren	blz. 49
3a. Zorgplan maken: oplossingsrichting opstellen	blz. 54
3b. Zorgplan maken: Programma van Eisen (PvE) opstellen	blz. 58
4. Selecteren, proberen en beslissen	blz. 62
5. Leveren en instrueren	blz. 68
6. Gebruiken	blz. 70
7. Evalueren	blz. 71

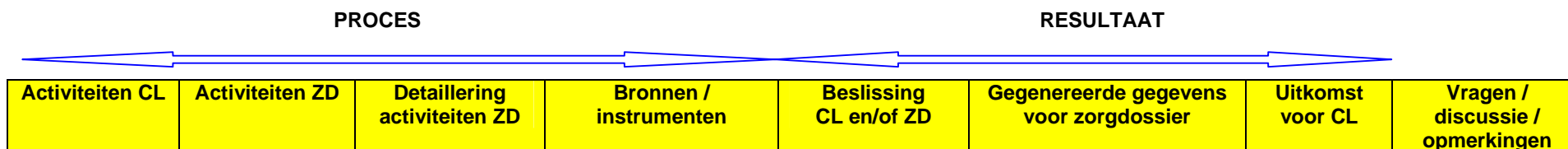
Gebruikte afkortingen:

CL = cliëntsysteem = betrokkene zelf, partner, kinderen, mantelzorger, thuiszorg, wettelijk vertegenwoordiger,

ZD = zorgdeskundige; kan zijn een indicatiesteller (zoals een gemeenteconsulent), een behandelaar, een leverancier, enz.

ZF = zorgfinancier; kan zijn een zorgverzekeraar, de gemeente, de UWV,

In de tabel staan per stap de activiteiten van het cliëntsysteem, de activiteiten van de zorgdeskundige(n), detailleringen van de activiteiten van de zorgdeskundige(n), gebruikte bronnen en instrumenten, belangrijke beslissingen, gegenereerde gegevens voor zorgdossier (met tussen haakjes - waar relevant - de te gebruiken classificatie / terminologie), de uitkomst van de activiteiten voor het cliëntsysteem en eventuele vragen/discussiepunten en opmerkingen. De gegevens in de kolom 'gegenereerde gegevens voor zorgdossier' worden - indien van toepassing - vastgelegd in het (elektronisch) zorgdossier.



Zie voor een korte beschrijving van de stappen bijlage 3, een toelichting op de BRL paragraaf 5.2 en de gebruikte afkortingen bijlage 7.

OPMERKING

De bijgaande beschrijving is uitgebreid. Vertrekkende vanuit de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg is geprobeerd het hele proces gedetailleerd te beschrijven om daarmee zicht te krijgen op de procesgang.

1. Probleem signaleren							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
1.1 Onderkennen van het probleem en zoeken naar informatie over dit probleem ²⁸			<u>Bronnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> internet folder media gesprekken met derden 	<pre> graph TD A{Ik (CL) heb een probleem} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Uitstappunt] </pre>		Ik realiseer me dat ik een probleem heb	Initiatief komt van CL; wie hem/haar wijst op probleem doet er niet toe
1.2 Beslissen om al dan niet contact op te nemen met een ZD en zo ja, welke ZD				<pre> graph TD A{Ik (CL) neem contact op met een ZD} -- ja --> B[Ga naar activiteit 1.4] A -- nee --> C[Ga naar activiteit 1.3] </pre>		Ik ga al dan niet contact opnemen met die ZD	In principe een ZD uit de eerste lijn; bij 2 ^o verstrekking kan het ook een ZD uit de 2 ^o lijn zijn
1.3 Zelf vaststellen van de hulpvraag (het gezondheidsprobleem); daarna door naar 1.5					Hulpvraag (gezondheidsprobleem) in de woorden van CL	Ik weet wat mijn hulpvraag / gezondheidsprobleem is	Noot: gezondheidsprobleem = ziekte + functioneringsproblemen (in termen van stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen). Het zal meestal gaan om een probleem in functioneren!
1.4 Aan ZD vertellen wat de hulpvraag (het gezondheidsprobleem) is	CL bevragen op zijn ²⁹ hulpvraag en benoemen gezondheidsprobleem)			<pre> graph TD A{Dit is hulpvraag CL} </pre>			

²⁸ De blauwe vakjes komen uit de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg.

²⁹ Waar hij of zij staat, kan ook zij of haar gelezen worden.

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
1.5 De te volgen route bepalen voor de aanpak van de hulpvraag / het gezondheidsprobleem	Voorlichting geven over de opties voor de aanpak van de hulpvraag / het gezondheidsprobleem en de consequenties van alle opties	Samen met CL de route bepalen en informeren over de consequenties van de gekozen route. Mogelijkheden: 1. CL beslist om niet verder te gaan in deze procedure (stopt) 2. CL beslist om alleen verder te gaan met de procedure (CL kiest direct al voor een hulpmiddel. Hij gaat op zoek naar een volgens hem geschikt hulpmiddel dat voldoet aan het door hem opgestelde PvE; stap 4) 3. CL gaat verder met deze ZD 4. CL gaat zelf naar andere ZD of wordt naar andere ZD verwezen		<pre> graph TD A{Dit is de gekozen route (CL)} --> B[1. Uitstappunt CL] A --> C[2. CL alleen verder; naar stap 4] A --> D[3. CL blijft bij deze ZD, naar activiteit 2.2] A --> E[4. CL gaat naar of wordt verwezen naar andere ZD / doorgaan] </pre>	Gegevens over de te volgen route en de consequenties van de gekozen route	Ik weet welke route ik moet volgen en wat de consequenties zijn van mijn keuze	
1.6 Besluiten over verwijzing naar andere ZD	Opstellen verwijzing in overleg met CL	Mogelijkheden: 1. CL akkoord, hij gaat verder 2. CL is niet akkoord, terug naar eerdere activiteit	<u>Bronnen:</u> • zorgdossier	<pre> graph TD A{Zo luidt de verwijzing (ZD)} -- CL akkoord --> B[Doorgaan] A -- CL niet akkoord --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>	Verwijsgegevens indien aanwezig: • Verwijsdiagnose (ICD-10, ICPC-2-nl, DSM-IV) • Nevenpathologie (ICD-10, ICPC-2-nl, DSM-IV) • Medische verrichtingen (CMSV, CvV, CBV) (of in de vorm van een DBC)	Ik ben akkoord met de verwijzing	Meestal 2 ^e lijn
Eindresultaat stap 1: Keuze voor de te volgen route							

2. Zorgvraag formuleren							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
2.1 Aanmelden bij andere ZD	Kennisnemen van verwijzing en verwijsgegevens			<pre> graph TD A{Verwijzing is terecht (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere ZD of doorverwijzing] </pre>		ZD is geschikt voor behandeling van mijn probleem	
2.2 (Zo nodig) toestemming geven voor opvragen gegevens	Beoordelen of er voldoende informatie beschikbaar is om te starten	Zo nodig opvragen extra gegevens bij (huis)arts of reeds verzameld in het kader van de WMO en/of door CIZ (als daarvoor toestemming is verkregen van CL)	<u>Bronnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> verwijsbrief zorgdossier 	<pre> graph TD A{Er zijn voldoende gegevens om zorgtraject te starten (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Opvragen gegevens] </pre>	Extra gegevens <ul style="list-style-type: none"> Verwijsdiagnose (ICD-10, ICPC, DSM-IV) Nevenpathologie (ICD-10, ICPC, DSM-IV) Medische verrichtingen (CMSV, CvV, CBV) (of in DBC) 	Ik ben akkoord met het opvragen van extra gegevens door ZD	Het kan gaan om gegevens in verwijsbrief maar ook om gegevens die ZD zelf in stap 1 heeft verzameld.
2.3 Duidelijk maken wat het probleem precies inhoudt	Diagnostiek - anamnese afnemen, status quo	Anamnese afnemen bij CL	<u>Bronnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> zorgdossier <u>Instrumenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> generieke anamnese of richtlijn specifieke anamnese (digitale) vragenlijst volgens PEOP 		<ul style="list-style-type: none"> personalia verzekeringsgegevens (neven)pathologie (ICD-10, ICPC, DSM-IV) huidig functioneren (ICF) externe factoren (ICF) <ul style="list-style-type: none"> thuis-/leefsituatie woonsituatie arbeidsituatie vervoerssituatie/mobiliteit persoonlijke factoren gewenst functioneren (ICF) verwachtingen van CL t.a.v. aandoening, functioneren en externe en persoonlijke factoren 	De anamnese heeft voldoende bijgedragen aan het duidelijk maken van mijn probleem	Voor zover relevant in het kader van het probleem N.B.: Het kan zo zijn dat er door meerdere ZD' n een anamnese wordt afgenomen (bijv. arts en hulpmiddelenleverancier). Deze anamneses zullen een andere insteek en een ander accent kennen

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailing activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
2.4 Meewerken aan onderzoek	- onderzoeken functioneren van cliënt, status quo	Basis onderzoek verrichten, zoals inspecteren, observeren, palperen, afnemen van tests	<u>Instrumenten:</u> • generiek onderzoeksformulier		Informatie over huidige: • (stoornissen in) functies (ICF) • (stoornissen in) anatomische eigenschappen (ICF) • (beperkingen in) activiteiten (ICF)	Het onderzoek heeft voldoende bijgedragen aan het duidelijk maken van mijn probleem	Voor zover relevant in het kader van het probleem
2.5	Bepalen of er voldoende informatie beschikbaar is om door te gaan of dat aanvullende gegevens noodzakelijk zijn	Vaststellen welke informatie aanvullend moet worden verzameld				Ik weet welke gegevens de ZD mist voor het formuleren van mijn zorgvraag	
2.6 Beslissen of akkoord wordt gegaan met voorgesteld aanvullend onderzoek	Voorstel formuleren voor aanvullend onderzoek	<p>Bepalen welk aanvullend onderzoek nodig is, bijv. laboratorium onderzoek, röntgen, MRI, gangbeeld-analyse, huisbezoek</p> <p>Bepalen of ZD zelf het aanvullend onderzoek kan uitvoeren dan wel dat CL daarvoor moet worden doorverwezen naar andere ZD</p> <p>Mogelijkheden: 1 CL akkoord met voorstel; doorgaan 2 CL niet akkoord met voorstel, naar activiteit 2.8</p>				Ik weet welk aanvullend onderzoek nodig is en ga akkoord met het uitvoeren daarvan en met ZD die onderzoek uitvoert	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
2.7 Meewerken aan aanvullend onderzoek	- aanvullend onderzoek (laten) uitvoeren		<u>Methoden:</u> bijv. - laboratorium-onderzoek - röntgen - MRI - gangbeeld-analyse - afnemen AMPS		Informatie over huidige <ul style="list-style-type: none"> • (stoornissen in) functies (ICF) • (stoornissen in) anatomische eigenschappen (ICF) • (beperkingen in) activiteiten (ICF) • participatie (problemen) (ICF) • externe factoren (ICF) • persoonlijke factoren 		
2.8	Analyseren van verzamelde gegevens en vaststellen of er voldoende informatie beschikbaar is	Zo nodig teruggaan naar anamnese of (aanvullend) onderzoek als er niet voldoende informatie beschikbaar is om de gezondheidstoestand te kunnen vaststellen		<pre> graph TD A{Er zijn voldoende gegevens beschikbaar (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>			De ZD beoordeelt hier of hij over voldoende informatie beschikt om de medische diagnose, de functionele diagnose en de prognose te kunnen vaststellen
2.9 Ik informeer mij over de medische diagnose die ZD heeft gesteld en ga na of ik het daarmee eens ben	Gezondheids-toestand bepalen - vaststellen medische diagnose	ZD informeert de CL over de medische diagnose.	<u>Bronnen:</u> - zorgdossier	<pre> graph TD A{Dit is de medische diagnose (ZD)} </pre>	Medische diagnose in termen van: <ul style="list-style-type: none"> • aard ziekte / aandoening (ICD-10, ICPC-2-nl, DSM-IV) • ernst ziekte/ aandoening • complicerende en risicofactoren • medische verrichtingen (operaties enz.) (CMSV, CvV, CBV) • comorbiditeit / nevenpathologie (ICD-10, ICPC-2-nl, DSM-IV) • 	Ik weet welke medische diagnose de ZD heeft gesteld	Niet iedere ZD mag een medische diagnose bepalen; dat mag alleen een arts Als een 'niet-arts' op basis van 'rode vlaggen' signaleert dat er mogelijk sprake is van (ernstige) pathologie, dient hij/zij CL naar een arts te verwijzen

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
2.10 Ik informeer mij over de functionaliteitsdiagnose die ZD heeft gesteld en ga na of ik het daarmee eens ben	- vaststellen functionaliteitsdiagnose in overleg met CL	Functionaliteitsdiagnose is het oordeel van ZD over het functioneren van de cliënt, inclusief de factoren die op het functioneren van invloed zijn ZD informeert CL over de functionaliteitsdiagnose	<u>Instrumenten:</u> • IPPA	Dit is de functionaliteitsdiagnose (ZD)	Functionaliteitsdiagnose in termen van: • stoornissen (ICF) • beperkingen & participatieproblemen (ICF) • belemmerende en bevorderende externe factoren (ICF) • belemmerende en bevorderende persoonlijke factoren	Ik weet welke functionaliteitsdiagnose de ZD heeft gesteld	Het gaat in de ICF om de hoofdstukken 3 t/m 8 van activiteiten / participatie en om alle hoofdstukken van externe factoren (1 t/m 5) voor zover relevant in het kader van het probleem
2.11 Ik informeer mij over de prognose	- vaststellen prognose	Vaststellen prognose voor ziekte / aandoening en voor functioneren ZD informeert CL over de prognose	<u>Bronnen:</u> - vakkennis - vakliteratuur	Dit is de prognose (ZD)		Ik weet welke prognose de ZD heeft opgesteld	Hierbij gaat het om de prognose, zonder dat er sprake is van therapie / behandeling
2.12 Vragen stellen als informatie onduidelijk of onvoldoende is	Adequate informatie geven aan CL over de functioneringsproblemen en de factoren die van invloed zijn op het functioneren (aandoening, externe factoren en persoonlijke factoren)					Ik heb duidelijke en voldoende informatie over mijn functioneringsproblemen en de medische, externe en persoonlijke factoren die op mijn functioneren van invloed zijn	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
2.13 Zorgvraag formuleren	Overleggen met CL over formulering zorgvraag en vaststellen wat de mogelijkheden zijn als er geen consensus over zorgvraag is	Mogelijkheden als er geen consensus is over zorgvraag: 1. uitstappunt; CL of ZD ziet af van verdere actie 2. CL besluit alleen verder te gaan (gaat door naar stap 4) 3. CL besluit naar andere ZD te gaan of wordt door ZD naar een andere ZD verwezen (naar activiteit 2.1)		<pre> graph TD A{Dit is de zorgvraag} -- consensus --> B[Doorgaan] A -- geen consensus --> C[1. Uitstappunt] A --> D[2. CL gaat alleen verder; naar stap 4] A --> E[3. CL gaat naar andere ZD / activiteit 2.1] </pre>	Zorgvraag	Ik weet wat mijn zorgvraag is en ga akkoord met de omschrijving van mijn zorgvraag	
2.14 Ik informeer mij of de zorgvraag in aanmerking komt voor aanpak in zorgtraject	Beslissing nemen of - op basis van bestaande maatschappelijke opvattingen - de zorgvraag in aanmerking komt voor aanpak in het zorgtraject en CL hierover informeren	Bepalen of de zwaarte van de zorgvraag zodanig is dat het nodig is een zorgtraject in te zetten	<u>Bronnen:</u> - regelgeving	<pre> graph TD A{Zorgvraag komt in aanmerking voor aanpak in zorgtraject} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Uitstappunt] </pre>	- zwaarte van de zorgvraag (aandoening, progressief) - aanpak in het zorgtraject	Ik weet of de zorgvraag in aanmerking komt voor aanpak in zorgtraject	
2.15 Vragen of er cliënten-organisaties zijn	Vermelden of er organisaties voor cliënten zijn, wat zij doen en hoe CL daarmee in contact kan komen	Het kan gaan om algemene organisaties of over organisaties die zich specifiek richten op mensen met een bepaalde aandoening of een bepaald probleem	<u>Bronnen:</u> - vakkennis - internet		Naam en adresgegevens van cliënten-organisaties	Ik weet bij welke cliënten-organisaties ik terecht kan en wat ze voor mij kunnen betekenen	

Eindresultaat stap 2: Zorgvraag



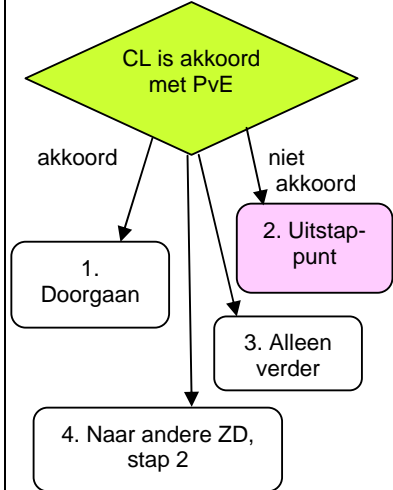
3a. Zorgplan maken: oplossingsrichting opstellen							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
<p>3a.1 Formuleren wensen / verwachting ten aanzien van functioneren en instemmen met de behandel-doelen</p> <p>CL gradeert de behandel-doelen van meest tot minst belangrijk</p>	<p>Vaststellen mogelijkheden van cliënt voor functioneren</p> <p>Vaststellen behandel-doel(en) (in termen van voorkomen, herstellen, compenseren en verbeteren) en behandel-doelen voorleggen aan CL</p>	<p>Behandel-doelen formuleren op basis van beoogd functioneren en de zorgvraag van CL</p> <p>Het gaat bij beoogd functioneren om de functies, activiteiten en participatie die de gebruiker wil (wens CL), kan en mag (gezien vanuit de deskundigheid van ZD) uitvoeren of anatomische eigenschappen die CL verbeterd / gecompenseerd wil hebben</p>			<p>Behandel-doelen in termen van verbeteren, consolideren, vertragen achteruitgang van functioneren c.q. voorkomen, verminderen of compenseren of draaglijk maken van functioneringsproblemen (ICF)</p> <p>Prioriteitsvolgorde behandel-doelen</p>	<p>Ik heb voldoende informatie en ik stem in met de behandel-doel(en) en de aangegeven prioriteiten</p>	<p>Het gaat hier om generieke behandel-doelen, dus niet specifiek voor het hulpmiddel</p>
<p>3a.2 Ik informeer mij over oplossings-richtingen</p>	<p>Oplossings-richtingen aan CL voorstellen aansluitend bij de behandel-doelen (incl. hulpmiddel als oplossing)</p>		<p><u>Bronnen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - verstrekkingsboek - beslisbomen - behandel-protocollen 		<p>Range aan oplossings-richtingen</p> <p>Overzicht welke behandel-doel(en) bereikt worden met een hulpmiddel</p>	<p>Ik weet wat de mogelijke oplossings-richtingen zijn en welke doelen ermee kunnen worden bereikt op korte en lange termijn</p>	<p>Een oplossings-richting kan zijn bijv. een operatie, thuiszorg, paramedische behandeling, opname in een verpleeghuis of een hulpmiddel</p>
<p>3a.3 Benoemen van persoonlijke en externe factoren relevant voor de keuze van de oplossings-richting</p>	<p>Samen met CL in kaart brengen van relevante persoonlijke en externe factoren</p>	<p>Vragen naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruikservaring met technologie (als hulpmiddel optie is) • standpunt en verwachtingen t.a.v technologie (idem) • typische gewoonten / activiteiten • voorkeur CL voor oplossingsrichting(en) • mogelijk belemmering door externe factoren 	<p><u>Instrumenten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - History of support use (MPT) 		<p>Informatie over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (algemene en specifieke) gebruikservaring met huidige technologie of technologie gebruikt in het verleden • standpunten en verwachtingen t.a.v. technologie • typische gewoonten / activiteiten • voorkeur CL voor oplossingsrichting(en) • belemmeringen door externe factoren 	<p>Ik weet met welke persoonlijke factoren rekening gehouden wordt bij het bepalen van een oplossingsrichting en met welke externe factoren</p>	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3a.4 Ik informeer me over relevante factoren voor keuze oplossingsrichting	CL inzicht geven in de factoren die meegewogen moeten of kunnen worden bij het maken van een keuze	inclusief <ul style="list-style-type: none"> • voor- en nadelen van de verschillende oplossingen • vergoedingsmogelijkheden • formele regels 	<u>Bronnen</u> <ul style="list-style-type: none"> - vakkennis - productkennis - productinformatie - regelgeving <u>Instrumenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> - (nog te ontwikkelen) protocol 		Factoren die van invloed zijn op de keuze van de oplossingsrichting	Ik weet welke factoren meegenomen worden bij het kiezen van een oplossingsrichting	
3a.5 Een keuze maken voor een oplossingsrichting	CL adviseren over de keuze van een oplossingsrichting				De gekozen oplossingsrichting	Ik ga akkoord met de gekozen oplossingsrichting	Een oplossingsrichting kan ook een combinatie van oplossingen zijn
3a.6 Instemmen met een hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing	Vaststellen of een hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing noodzakelijk is	Aangeven wat de bijdrage kan zijn van een hulpmiddel aan het realiseren van de behandel-doelen	<u>Instrumenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ATD PA (MPT) - Initial worksheet for the matching Person and Technology Process (MPT) - History of support use (MPT) 		Individuele en psychosociale incentives en 'disincentives' t.a.v. hulpmiddelen-gebruik	Ik ga akkoord met de keuze van een hulpmiddel(en) als onderdeel van het zorgplan	Eisen aan het hulpmiddel vergelijken met de mogelijkheden / middelen die de persoon beschikbaar heeft Invloeden op de match tussen persoon en hulpmiddel bij succesvol gebruik

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3a.7 Formuleren wat het hulpmiddel, mogelijk moet maken of moet doen (human related intended use)	Nagaan wat het hulpmiddel, beredeneerd vanuit beoogd functioneren, mogelijk moet maken of moet doen in de ogen van de gebruiker (human related intended use)	Dat betekent nagaan: - welke activiteiten CL met het hulpmiddel wil doen, dan wel die door het hulpmiddel worden overgenomen (frequentie, intensiteit) - welke functies door het hulpmiddel worden ondersteund of vervangen / overgenomen (ernst van de stoornissen)			HRIU in termen van: Activiteiten en functies die door het hulpmiddel worden ondersteund of vervangen (ICF)	Ik weet en onderschrijf wat een hulpmiddel betekent voor wat ik wil, kan en mag op korte en langere termijn	Bij het formuleren van de HRIU kan blijken dat er alsnog onvoldoende informatie beschikbaar is (bijv. als andere ZD de intake heeft gedaan); in dat geval moet alsnog een stukje diagnostiek worden uitgevoerd (bijv. de activiteiten 2.3, 2.4 of 2.7)
3a.8 Overleggen over en instemmen met de keuze van (het) soort hulpmiddel(en) (go / no-go)	Nagaan welk soort hulpmiddel aansluit bij HRIU		<u>Bronnen:</u> - product-databanken		Soorten hulpmiddelen die voldoen aan HRIU (ISO 9999, Cliq)	Ik weet welke soorten hulpmiddelen beschikbaar zijn	
3a.9 Ik informeer me over de voor- en nadelen van de soorten hulpmiddelen	CL informeren over de voor- en nadelen van dit soort / deze soorten	In vergelijking met andere soorten die beschikbaar zijn	<u>Bronnen:</u> - product-databanken - verstrekkingenboek		Voor- en nadelen van de verschillende soorten hulpmiddelen	Ik weet wat de voor- en nadelen zijn van de verschillende soorten hulpmiddelen	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3a.10 Indien nodig vraag ik door over de afweging en/of contra-indicaties als deze niet duidelijk zijn voor mij	Verduidelijken van de afweging en/of contra-indicaties als deze voor CL niet duidelijk zijn				Contra-indicaties voor de verschillende soorten hulpmiddelen	Ik weet wat de contra-indicaties zijn voor de verschillende soorten hulpmiddelen	
3a.11 In grote lijnen laten informeren over de consequentie van de keuze wat betreft training en nazorg	CL informeren over de betekenis van de keuze voor dit soort hulpmiddel t.a.v. instructie, training, gebruik en nazorg (in hoofdlijnen)					Ik weet wat de keuze voor het soort hulpmiddel in grote lijnen betekent voor instructie, training, gebruik en nazorg	
3a.12 Ik informeer me over vergoedingsregelingen en procedures; wat zijn de voorwaarden voor verstrekking van een hulpmiddel	Nagaan of CL weet dat er voor hemzelf financiële consequenties kunnen zijn en zo nodig CL informeren over de kosten van dit soort hulpmiddelen en de beschikbare financieringsbronnen / soort regeling	Incl. het verschil tussen bijv. verstrekking in natura en een PGB	<u>Bronnen:</u> - verstrekking-regelingen / polisvoorwaarden - product-informatie		<ul style="list-style-type: none"> • Kosten voor de verschillende soorten hulpmiddelen • Wijze van financiering van de verschillende soorten hulpmiddelen • Financiële consequenties van de verschillende soorten hulpmiddelen voor CL 	Ik weet wat dit soort hulpmiddelen kost en hoe ze gefinancierd worden en welke vergoedingsregelingen voor mijn situatie gelden	
3a.13 Beslissen over welke soort hulpmiddel(en) de beste oplossing is (zijn)	CL adviseren over welk soort hulpmiddel(en) de beste oplossing is (zijn)		<u>Bronnen:</u> - product-informatie - vakkennis	<pre> graph TD A{Akkoord CL met soort(en) hulpmiddel(en)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug] </pre>		Ik heb besloten welk soort hulpmiddel(en) voor mij de beste oplossing is (zijn)	
Eindresultaat stap 3a: Duidelijkheid over welk soort hulpmiddel het gaat							

3b. Zorgplan maken: programma van eisen (PvE) opstellen							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3b.1	Vaststellen of er voldoende gegevens zijn om het PvE op te stellen	<p>Mogelijkheden</p> <ol style="list-style-type: none"> Indien er voldoende gegevens zijn in het zorgdossier om PvE vast te stellen wordt doorgegaan naar de volgende stap Indien vastgesteld wordt dat er onvoldoende gegevens zijn om PvE vast te stellen dient ZD deze gegevens nog te genereren door deze na te vragen bij een eventuele andere ZD eerder betrokken in het proces of zelf deze gegevens te genereren (via eerder genoemde activiteiten) 	<p><u>Bron:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - zorgdossier 		Het kan gaan om allerlei soorten gegevens zoals die eerder zijn vermeld		Bij het formuleren van het PvE kan blijken dat er alsnog onvoldoende informatie beschikbaar is (bijv. als een andere ZD de intake heeft gedaan); in dat geval moet alsnog een stukje diagnostiek worden uitgevoerd (bijv. de activiteiten 2.3, 2.4 of 2.7)
3b.2.	<p>Vertalen cliëntkenmerken die samenhangen met behandeldoel / beoogd functioneren en verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel (HRIU) naar benodigde productkenmerken (PRIU) in samenspraak met CL</p> <p>Formuleren PRIU</p> <p>Informatie geven aan CL over voor- en nadelen van bepaalde productkenmerken, prijs-kwaliteitverhouding en gebruikseigenschappen hulpmiddel</p>	<p>Kenmerken van het product zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> Activiteiten waarvoor het hulpmiddel kan worden gebruikt (bijv. zelfstandig verplaatsen buitenshuis) en functies die worden ondersteund (bewaren van het evenwicht of geheugensteun) Technische capaciteiten van het hulpmiddel die bepalen in welke mate de functionaliteit haalbaar is, incl. uitvoeringsvorm (bijv. aangepast handvat) Eigenschappen van het hulpmiddel die tezamen het gebruiksgemak van het hulpmiddel bepalen (bijv. opklapbaar om mee te nemen in de auto) Eigenschappen die tezamen het uiterlijk van het hulpmiddel bepalen maar die geen rol spelen in de functionaliteit (bijv. kleur) Overige eigenschappen die van invloed kunnen zijn bij keuze van het hulpmiddel (bijv. onderhoudsgemak, herinzetbaarheid) 	<p><u>Instrumenten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - niet generiek formulier toegespitst op de oplossingsrichting 		PRIU / gewenste kenmerken van het product (ISO 9999, Cliq)	Ik weet welke kenmerken ik van het product verlang en welke mogelijkheden er qua hulpmiddelen en productkenmerken zijn	<p>PRIU is dat wat de gebruiker van het hulpmiddel mag of kan verwachten. Dit is een kenmerk van het product</p> <p>De indeling van kenmerken is ontleend aan de NTA 8018 (NEN, 2007)</p>

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3b.3 Ik informeer mij over PvE	Opstellen van PvE op basis van PRIU en eventueel aanvullende eisen		<u>Bronnen:</u> - product-informatie		Gegevens PvE: - PRIU (staat bij 3b.2) - aanvullende eisen	Ik weet aan welke eisen het hulpmiddel moet voldoen	PvE is een combinatie van PRIU met eventuele aanvullende eisen
3b.4 Ik informeer mij over specifieke voorwaarden voor vergoeding bij aanschaffen hulpmiddel	CL informeren over specifieke voorwaarden voor vergoeding	kijken of de voorwaarden voor vergoeding en eventuele alternatieven (zoals bijbetaling) voor CL realistisch en haalbaar zijn en zo nodig overleggen met financier	<u>Bronnen:</u> - regelgeving - polis			Ik weet wat dit betekent voor de financiering en welke alternatieven ik heb (bijv. bijbetaling)	
3b.5 Instemmen met PvE (informed consent)	Toestemming van CL verkrijgen voor PvE	Mogelijkheden 1. CL akkoord: door met stap 4 2. CL niet akkoord: uitstap-punt 3. CL niet akkoord: CL beslist om alleen verder te gaan 4. CL niet akkoord: CL gaat naar andere ZD (terug naar stap 2)	<u>Instrumenten:</u> - formulier voor informed consent			Ik ga akkoord met dit PvE voor het gekozen hulpmiddel	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3b.6 Ik informeer mij of er een aanvraag bij ZF moet worden ingediend	Beslissen of er een aanvraag moet worden ingediend		<u>Bronnen:</u> - regelgeving - polis			Ik weet of er al dan niet een aanvraag bij ZF moet worden ingediend	
3b.7 Aanvraag indienen bij ZF	Namens CL aanvraag opstellen op basis van de eerder verzamelde gegevens				Gegevens aanvraag	Er is een aanvraag opgesteld die ik moet indienen bij de ZF	
3b.8 Afwachten reactie ZF op aanvraag (of bezwaar)	Bepalen of gestart kan worden met het selecteren, proberen en beslissen (stap 4)	Soms is het nodig te wachten op toestemming ZF voordat gestart kan worden met het selecteren, proberen en beslissen (stap 4)					Soms kan al direct na het indienen van de aanvraag worden doorgegaan naar stap 4, soms moet worden gewacht op toestemming
3b.9 Kennismaken van de beoordeling ZF	Kennismaken van de beoordeling ZF		<u>Bronnen:</u> - beslissing ZF		Beoordeling ZF	Toestemming verkregen voor aanschaf	


Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
3b.10 Beslissing nemen over het al dan niet maken van bezwaar bij negatieve beoordeling	Zo nodig beslissing nemen over evt. ondersteuning van CL bij bezwaar indienen	Mogelijkheden: 1 Er wordt besloten om de procedure niet voort te zetten 2 Er wordt besloten om enkele activiteiten over te doen in het zorgplan 3 Er wordt besloten om bezwaar aan te tekenen; naar volgende activiteit	<u>Bronnen:</u> - regelgeving - polis	<pre> graph TD A{Er wordt bezwaar aangetekend (CL)} -- ja --> B[3. Doorgaan] A -- nee --> C[1. Uitstap-punt] C --> D[2. Terug naar eerdere activiteit] D --> B </pre>		Ik teken bezwaar aan tegen uitspraak ZF	
3b.11 Bezwaar formuleren en indienen bij ZF	Zo nodig ondersteuning bieden bij het doorlopen van de bezwaar-procedure			<pre> graph TD A{Dit is het bezwaar (CL)} --> B[Terug naar 3b.8] </pre>	Gegevens bezwaar	Ik heb een bezwaarschrift ingediend bij ZF	

Resultaat stap 3b: Consensus over PvE en oordeel ZF

4. Selecteren, proberen en beslissen							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4.1 Ik informeer mij of ik gebruik kan maken van een seriematig vervaardigd product	Bepalen of er gebruik gemaakt kan worden van een seriematig vervaardigd product (al dan niet na aanpassing)	Nagaan of er in het beschikbare markt-aanbod een hulpmiddel is dat, al dan niet na aanpassing, voldoet aan het PvE; als dat niet het geval is moet worden overgestapt op een naar maat gemaakt product	<u>Bronnen:</u> - PvE - product-databanken	<pre> graph TD A{Uitgegaan kan worden van seriematig vervaardigd product (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan bij stap 4a] A -- nee --> C[Doorgaan bij stap 4b] </pre>		Ik weet of ik gebruik kan maken van een seriematig vervaardigd product	Seriematig vervaardigde producten zijn ontworpen om te voldoen aan bepaalde functionele vereisten en zijn verkrijgbaar in een serie met standaard maten en modellen
4a Selecteren uit, proberen van en beslissen over seriematig vervaardigde producten (met CE)							
4a.1 Informeren over geschikte producten uit marktaanbod	Keuze maken uit marktaanbod	Nagaan welk product in het marktaanbod beschikbaar is dat voldoet aan het PvE zoals geformuleerd bij activiteit 3b.3	<u>Bronnen:</u> - product-databanken - PvE	<pre> graph TD A{Product voldoet aan PvE} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere stap] </pre>		Ik weet welke hulpmiddelen qua merk en type voldoen aan het PvE en geschikt zijn voor wat ik wil, kan en mag	
4a.2 Bepalen of ZD het hulpmiddel bestelt dan wel dat het hulpmiddel zelf wordt gekocht	Zo nodig bestellen van hulpmiddel of door cliënt zelf laten kopen	Als het hulpmiddel niet op voorraad is, wordt het besteld, dan wel aan CL wordt info verstrekt over het aan te schaffen product				Ik heb beslist of ik het hulpmiddel al dan niet zelf ga kopen	
4a.3 Hulpmiddel dat voldoet aan het PvE (onder begeleiding) proberen	Creëren van een geschikte passituatie Instructies geven voor juist gebruik hulpmiddel bij proberen en creëren van een geschikte passituatie				Bevindingen van geprobeerde hulpmiddelen	Ik heb tijd genoeg om de geschikte hulpmiddelen te proberen in een geschikte passituatie en daarbij deskundig advies in te winnen	In sommige gevallen kunnen meerdere hulpmiddelen achter elkaar worden geprobeerd

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4a.4 Ik heb uitgetoet of het hulpmiddel voldoet	Vaststellen of het hulpmiddel in de huidige vorm voldoet aan dat wat CL ermee wil doen in het dagelijks leven (human related intended use) en aan het PvE		<u>Bronnen:</u> - HRIU - PvE	<pre> graph TD A{Hulpmiddel in de huidige vorm voldoet (CL)} -- ja --> B[Naar activiteit 4a.8] A -- nee --> C[Doorgaan] </pre>		Ik weet of dit hulpmiddel voldoet of niet	
4a.5	Bepalen of het hulpmiddel na aanpassing voldoet	Bepalen of het hulpmiddel, eventueel na aanpassing, voldoet: 1. zo ja, dan wordt er doorgedaan 2. zo nee, er moet naar een alternatief gezocht worden in bestaand marktaanbod 3. als dat er niet is, dan wordt besloten of maatwerk nodig is	<u>Bronnen:</u> - HRIU - behandel-doelen	<pre> graph TD A{Hulpmiddel voldoet na aanpassing (CL)} -- ja --> B[1. Doorgaan] A -- nee --> C[2. Terug naar activiteit 4a.1] B --> D[3. Naar stap 4b] C --> D </pre>		Ik weet of dit hulpmiddel, na aanpassingen, voldoet of niet	
4a.6 Ik informeer me over de aanpassingen die nodig gebleken zijn	Vaststellen welke aanpassingen noodzakelijk zijn, deze voorleggen aan CL en CL informeren over vervolgstappen (tussenpassing)			<pre> graph TD A{Dit zijn de benodigde aanpassingen (ZD)} </pre>	Benodigde aanpassingen	Ik ben akkoord met de door te voeren aanpassingen	
4a.7 Vergoedingsmogelijkheden voor gekozen hulpmiddel, al dan niet met aanpassingen, nagaan	CL indien nodig ondersteunen in het nazoeken van de vergoedingsmogelijkheden voor het hulpmiddel al dan niet met aanpassing(en)		<u>Bronnen:</u> - regelgeving - polis		Vergoedingsmogelijkheden	Ik weet wat de financiële consequenties van mijn keuze zijn	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4a.8 Beslissen of het inlassen van een periode om het hulpmiddel uit te proberen nodig is	Samen met CL (en zo nodig in overleg met ZF) bepalen of testen hulpmiddel in relevante omstandigheden nodig is	Factoren die de beslissing kunnen beïnvloeden zijn: complexiteit van het hulpmiddel, persoonlijke kenmerken, zoals het moeilijk begrijpen van de uitleg, twijfel bij CL over de meerwaarde van het hulpmiddel Zo nodig overleg met ZF		<pre> graph TD A{Periode nodig om hulpmiddel uit te proberen} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Ga naar activiteit 4a.10] </pre>	Zo nodig toestemming van ZF voor het inlassen van een periode om het hulpmiddel uit te proberen.	Ik ga akkoord met een periode om het hulpmiddel uit te proberen	
4a.9 Gebruiken van hulpmiddel in relevante omstandigheden	Functioneren en gebruik van hulpmiddelen testen in relevante omstandigheden	bijv. op school, tijdens werk, thuis laten uitproberen van het hulpmiddel			Bevindingen proefperiode: <ul style="list-style-type: none"> klachten bij gebruik voordelen gebruik nadelen gebruik 	Ik heb praktische ervaring met het hulpmiddel in voor mij relevante omstandigheden	
4a.10 Terugkoppelen aan ZD(n) en ZF over geschiktheid van het hulpmiddel						Ik heb aangegeven of het hulpmiddel geschikt is	
4a.11 Definitieve keuze maken voor bepaald hulpmiddel	Op basis van voorgaande resultaten maken van een definitieve keuze voor een hulpmiddel en verkrijgen toestemming CL	Mogelijkheden: <ol style="list-style-type: none"> Bij consensus wordt het hulpmiddel besteld en geleverd (door naar stap 5) Als er geen consensus wordt bereikt, moet worden teruggegaan naar een eerdere activiteit (afhankelijk van reden van het niet bereiken van consensus) Als er ook na herhaald doorlopen van de cyclus geen consensus wordt bereikt, kan het proces ook worden gestopt (door CL of ZD) 	<u>Instrumenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> formulier voor informed consent 	<pre> graph TD A{Er is consensus over het geselecteerde hulpmiddel} -- ja --> B[1. Naar stap 5] A -- nee --> C[2. Naar eerdere activiteit] A -- nee --> D[3. Uitstappunt] </pre>	Geselecteerde hulpmiddel (ISO 9999, Cliq)	Ik ga akkoord met de aanschaf van dit specifieke hulpmiddel	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4a.12 Beslissen om het hulpmiddel te bestellen, om het al dan niet aan te passen.	Instemming met CL bereiken over het te bestellen hulpmiddel en, indien nodig, de aanpassingen en de vervolgstappen					Ik stem in met het besluit om het hulpmiddel te bestellen, al dan niet met aanpassingen	
4a.13 Ik informeer me over de bestelling	Bestellen hulpmiddel en zo nodig laten doorvoeren van aanpassingen	Incl. afstemmen met leverancier, zo nodig opvragen offerte en afspraak maken m.b.t. tijdschema en te nemen stappen Incl. tussenpassing(en) organiseren bij individueel aangepaste hulpmiddelen			Gegevens: <ul style="list-style-type: none"> • offerte • bestelopdracht • gerealiseerde aanpassingen • tijdschema • tussenpassing(en) 	Ik weet welk hulpmiddel is besteld en, eventueel, welke aanpassingen worden doorgevoerd en hoe het tijdschema is	
4b Selecteren uit, proberen van en beslissen over individueel op maat vervaardigde producten (zonder CE)							
4b.1 Ik informeer me over vervolgstappen	Op basis van PvE bepalen aan welke specificaties het product moet voldoen en hoe het traject gaat verlopen	Incl. CL informeren over de vervolgstappen (tussenpassingen)				Ik weet aan welke specificaties het hulpmiddel moet voldoen, hoe het traject gaat verlopen en welke vervolgstappen er worden genomen	
4b.2 Vergoedingsmogelijkheden voor gekozen hulpmiddel nagaan	CL indien nodig ondersteunen in het nazoeken van de vergoedingsmogelijkheden voor het hulpmiddel		<u>Bronnen:</u> <ul style="list-style-type: none"> - regelgeving - polis 		Vergoedingsmogelijkheden	Ik weet wat de financiële consequenties van mijn keuze zijn	
4b.3 Ik informeer me over status van vervaardiging hulpmiddel	(Laten) maken van het hulpmiddel					Ik weet hoe het met de vervaardiging staat	Weggelaten in de BRL is het hele maakproces; hier staat slechts aangegeven dat het product wordt gemaakt


Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4b.4 Meewerken aan tussenpassing(en)	Tussenpassing(en) organiseren					Ik probeer tussenproducten uit	
4b.5 Vervaardigde hulpmiddel onder begeleiding proberen	Instructies geven voor juist gebruik hulpmiddel bij proberen en creëren van een geschikte passituatie				Bevindingen van geprobeerde hulpmiddel(en)	Ik heb tijd genoeg om het hulpmiddel te proberen in een geschikte passituatie en daarbij deskundig advies in te winnen	
4b.6 Beslissen of het hulpmiddel verder getest / uitgeprobeerd moet worden in relevante omstandigheden	Samen met CL (en zo nodig in overleg met ZF) bepalen of het testen van het hulpmiddel in relevante omstandigheden nodig is	Factoren die de beslissing kunnen beïnvloeden zijn: complexiteit van het hulpmiddel, persoonlijke kenmerken, zoals het moeilijk begrijpen van de uitleg, twijfel bij CL over de meerwaarde van het hulpmiddel Zo nodig overleg met ZF		<pre> graph TD A{Periode om het hulpmiddel uit te proberen is nodig} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Ga naar activiteit 4b.7] </pre>	Zo nodig toestemming van ZF voor het inlassen van een periode om het hulpmiddel uit te proberen	Ik besluit dat ik wel of niet nog verder wil testen / proberen in relevante omstandigheden.	
4b.7 Gebruiken van hulpmiddel in relevante omstandigheden	Functioneren en gebruik van hulpmiddelen testen in relevante omstandigheden	bijv. op school, tijdens werk, thuis uitproberen van het hulpmiddel			Bevindingen proefperiode <ul style="list-style-type: none"> • klachten bij gebruik • voordelen gebruik • nadelen gebruik 	Ik heb praktische ervaring met het hulpmiddel in een voor mij relevante omgeving	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
4b.8 Terugkoppelen aan ZD(n) en ZF over geschiktheid van het hulpmiddel	Inzicht in door CL bevonden geschiktheid					Ik weet of het hulpmiddel voor mij al dan niet geschikt is	
4b.9 Definitieve keuze maken voor bepaald hulpmiddel	Op basis van voorgaande resultaten maken van een definitieve keuze voor karakteristieken hulpmiddel	Mogelijkheden: 1. Bij consensus wordt het hulpmiddel besteld en geleverd (naar stap 5) 2. Als er geen consensus wordt bereikt, moet worden teruggegaan naar een eerdere activiteit (afhankelijk van reden van het niet bereiken van consensus) 3. Als er ook na herhaald doorlopen van de cyclus geen consensus wordt bereikt, kan het proces ook worden gestopt (door CL of ZD)		<pre> graph TD A{Er is consensus over het geselecteerde hulpmiddel} -- ja --> B(1. Naar stap 5) A -- nee --> C(2. Naar eerdere activiteit) A -- nee --> D(3. Uitstappunt) </pre>	Gegevens geselecteerde hulpmiddel	Ik ga akkoord met de definitieve keuze voor het hulpmiddel	
4b.10 Informeren over de status van de afwerking	(Laten) afwerken van het definitieve hulpmiddel					Ik weet wat de status is van de afwerking	
Eindresultaat stap 4: Geselecteerd hulpmiddel							

5. Leveren en instrueren							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
5.1 Informeren over status van levering	Hulpmiddel afwerken en afstellen	Zo nodig afleveren bij CL thuis				Ik krijg mijn hulpmiddel geleverd	
5.2 Additionele vragen stellen over gebruik	Geven van waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen	Algemene en productspecifieke waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen inzake gebruik en onderhoud van het hulpmiddel	<u>Bronnen:</u> - handleiding met gegevens - contactpunt bij vragen			Ik heb een contactpunt waar ik heen kan met vragen en problemen over mijn hulpmiddel (technische aard en naar gebruik)	
5.3 Controleren van het geleverde hulpmiddel: voldoet dit aan de gestelde eisen?	Controleren of het geleverde hulpmiddel voldoet aan de gestelde eisen	Wanneer het hulpmiddel niet geheel voldoet: terugkoppelen met de betrokken instantie (leverancier) en opdracht geven om het hulpmiddel aan te passen conform de gestelde eisen	<u>Bronnen:</u> - PvE	<pre> graph TD A{Hulpmiddel geleverd conform afspraak (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>		Ik weet dat mijn hulpmiddel voldoet aan het opgestelde PvE Indien niet, dan heb ik duidelijk waaraan het niet voldoet en kan ik dit terugkoppelen aan de ZD	
5.4 Instructies lezen en toepassen	Gebruiksaanwijzing en garantiebepalingen overhandigen en zo nodig toelichten	Instructie geven over aan- en uittrekken van hulpmiddel, instellen, gebruik (tijdstippen, activiteiten, duur) aan de hand van de gebruiksaanwijzing en wijzen op de garantiebepalingen	<u>Bronnen:</u> - gebruiksaanwijzing - garantiebepalingen		Gegevens over gegeven instructie	Ik beschik over leesbare gebruiksaanwijzing en garantiebepalingen en weet welke serviceafspraken gelden. Ik weet hoe en wanneer ik mijn hulpmiddel veilig en adequaat moet gebruiken.	

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegenereerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
5.5 Ik informeer mij over onderhoud hulpmiddel	Onderhoudsinstructie geven	Instructie geven over de beste manier om het hulpmiddel te (laten) onderhouden en waar de CL terecht kan voor controle hulpmiddel.	<u>Bronnen:</u> - gebruiksaanwijzing			Ik weet hoe ik mijn hulpmiddel moet (laten) onderhouden en waar ik terecht kan voor controle hulpmiddel	
5.6 Behoeft aan lotgenoten contact aangeven	Geven van informatie over mogelijkheden om contact te leggen met lotgenoten					Ik weet waar ik terecht kan voor uitwisseling van ervaringen met lotgenoten als ik daaraan behoefte heb	
5.7 Ik laat zien wat ik met het hulpmiddel kan	Toetsen vaardigheden CL bij het omgaan met het specifieke hulpmiddel en beoordelen of CL het hulpmiddel veilig en adequaat kan gebruiken	<p>Checken of CL de noodzakelijke vaardigheden heeft om dit specifieke hulpmiddel te gebruiken en te onderhouden</p> <p>Mogelijkheden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zo ja, doorgaan bij 6.2 2) zo nee, maar wel trainbaar; doorgaan 3) zo nee, maar niet trainbaar, terug naar eerdere activiteit 	<u>Instrumenten:</u> - bestaand of nog te ontwikkelen toetsingsformulier vaardigheden 'veilig en adequaat omgaan met het specifieke hulpmiddel'	<pre> graph TD A{CL kan hulpmiddel adequaat en veilig gebruiken (ZD)} -- ja --> B[1. Doorgaan naar activiteit 6.2] A -- "nee, niet trainbaar" --> C[3. Terug naar eerdere] A -- "nee, trainbaar" --> D[2. Doorgaan] </pre>	(Beperkingen in) vaardigheden CL in omgaan met hulpmiddel	Ik weet op welke aspecten ik niet / wel voldoende vaardigheden beschik om veilig en adequaat met mijn specifieke hulpmiddel om te gaan	
5.8 Keuze maken voor training	Formuleren welke training nodig is om de vaardigheden aan te leren die nodig zijn om het hulpmiddel veilig en adequaat te gebruiken en dit bespreken met CL		<u>Instrumenten:</u> - aanvraagformulier training	<pre> graph TD A{Dit is de geselecteerde training} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere stap] </pre>	Gegevens van de geplande training: <ul style="list-style-type: none"> • doel training • soort training • trainer • duur training • aantal sessies 	Ik weet wat beoogd wordt met de training en welke training daarvoor geschikt is	

Eindresultaat stap 5: Een geleverd product en een CL die kan omgaan met het geleverde product en zo nodig is verwezen voor training

6. Gebruiken							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
6.1 Trainen	Geven van de geadviseerde training	Speciaal aandacht voor geven van training op de vaardigheden waarin de CL te kort schoot om veilig en adequaat met het hulpmiddel om te gaan	<u>Instrumenten:</u> - specifiek toetsingsformulier voor hulpmiddel	 <pre> graph TD A{Training is geslaagd} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>	Gegevens van de gegeven training: <ul style="list-style-type: none"> • soort training • trainer • duur training • aantal sessies • resultaat training 	Ik ben in staat het hulpmiddel adequaat te gebruiken	
6.2 Hulpmiddel volgens instructie gebruiken			<u>Bronnen:</u> - gebruiksaanwijzing			Ik gebruik het hulpmiddel volgens de instructie	
6.3 Volgen van onderhoudsvorschrift			<u>Bronnen:</u> - onderhoudsvorschrift			Ik ben in staat het hulpmiddel zelf te onderhouden (let op: service en garantiebepalingen)	
6.4 Ervaringen bijhouden	Monitoren ervaringen met gebruik				Ervaringen	Ik ben in staat om ervaringen mee te delen	
6.5 Tijdig signaleren van problemen	Bieden van nazorg	Organiseren van aanspreekpunt bij technisch defect van het hulpmiddel (leverancier), bij problemen t.a.v. negatieve ervaring bij gebruik en bij reparatie				Ik weet problemen tijdig te signaleren en weet wanneer en waar ik terecht kan voor controle / nazorg en reparatie	
Eindresultaat stap 6: Een ervaren gebruiker							

7. Evalueren							
Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detailtering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
7.1 Aangeven van huidige gebruik en (ongewenste) ervaringen, klachten en bijwerkingen van het hulpmiddel aan ZD en ZF (en weten hoe ik dit moet doen)	Met CL bespreken van de ervaringen in het gebruik	Met CL te bespreken: <ul style="list-style-type: none"> • in hoeverre CL het hulpmiddel volgens afspraak gebruikt • ervaringen CL met gebruik • factoren van invloed op gebruik • klachten bij gebruik (bijv. pijn, transpiratie) • klachten over het hulpmiddel (haperen, onderhoud, gebruiksgemak) 			Gegevens t.a.v.: <ul style="list-style-type: none"> • ervaringen • klachten • bijwerkingen • factoren van invloed op gebruik • therapietrouw 	Ik ben in staat om problemen van (niet) gebruik / toepassing tijdig te onderkennen en te melden bij ZD	Het is belangrijk dat alle ZD'n die betrokken zijn bij de hulpmiddelen-zorg evalueren
7.2 Mogelijk relevante veranderingen in gezondheidstoestand signaleren en doorgeven aan ZD	Relevante veranderingen in de gezondheidstoestand vaststellen	Zowel positieve als negatieve veranderingen en ook veranderingen die adequate toepassing van het hulpmiddel belemmeren		<pre> graph TD A{Er is relevante verandering in gezondheidstoestand (ZD)} -- nee --> B[Doorgaan] A -- ja --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>	Relevante wijzigingen in gezondheidstoestand <ul style="list-style-type: none"> - aard / ernst ziekte / aandoening (ICD-10, ICPC, DSM-IV) - aard / ernst stoornissen, beperkingen, participatieproblemen (ICF) 	Relevante wijzigingen in mijn gezondheidstoestand zijn onderkend en gemeld	Gezondheidstoestand = ziekte + functioneren De veranderingen kunnen positief zijn (meer actief / betere participatie), maar ook negatief
7.3 Mate van tevredenheid met het resultaat en het proces aangeven aan ZD	Evaluëren van het effect in relatie tot het behandeldoel en het beoogde functioneren (HRIU)	Bepalen van <ul style="list-style-type: none"> • de mate waarin de behandeldoelen en de HRIU zijn gehaald • tevredenheid met het gebruik van het hulpmiddel 	<u>Instrumenten</u> voor het beoordelen van de effecten van het hulpmiddel vanuit het perspectief van CL, zoals: <ul style="list-style-type: none"> * Ippa * D-quest * PIADS * ATOP-M * CQ-index <u>Bronnen</u> <ul style="list-style-type: none"> - HRIU 	<pre> graph TD A{De resultaten / behaalde doelen zijn positief} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>	Tevredenheid over: <ul style="list-style-type: none"> • hulpmiddel zelf • resultaat (veranderingen in gezondheidstoestand, gerealiseerde doelen / HRIU) • proces (bejegening, wachttijden, enz.) 	Ik heb aangegeven in hoeverre het hulpmiddel mogelijk maakt wat ik wil en kan	Evaluatie zowel vanuit het perspectief van CL als van ZD

Activiteiten CL	Activiteiten ZD	Detaillering activiteiten ZD	Bronnen / instrumenten	Beslissing CL en/of ZD	Gegeneerde gegevens voor zorgdossier	Uitkomst voor CL	Vragen / discussie / opmerkingen
7.4 Ik informeer me over de controle m.b.t. de technische aspecten van mijn hulpmiddel	Controleren van technische aspecten van het hulpmiddel	Controleren of het hulpmiddel: - goed is ingesteld - voldoet aan de technische eisen conform de bestelling / configuratie - technische mankementen vertoont	<u>Bronnen:</u> - bestelformulier - gebruiksaanwijzing	<pre> graph TD A{Hulpmiddel voldoet aan technische eisen (ZD)} -- ja --> B[Doorgaan] A -- nee --> C[Contact opnemen met leverancier] </pre>	Technische gegevens van het hulpmiddel zoals: - instelling - afwijkingen van de te verwachten technische eigenschappen - technische mankementen	Ik weet dat mijn hulpmiddel voldoet aan de eisen in de bestelling / configuratie, dat het adequaat is ingesteld (indien van toepassing) en dat het geen technische mankementen vertoont	
7.5 Aangeven of er een reden is om het zorgproces bij te stellen	Oordelen of er een aanleiding is om het zorgproces bij te stellen	Inclusief Informatie geven over controle / nazorg		<pre> graph TD A{Er is aanleiding om het zorgproces bij te stellen} -- nee --> B[Geen specifieke activiteit] A -- ja --> C[Terug naar eerdere activiteit] </pre>	Gegevens met betrekking tot het wel dan niet bijstellen van het zorgproces. • reden bijstelling of niet. • aard nazorg, incl. controlemomenten	Ik heb geen aanleiding om het zorgproces bij te stellen Ik weet wanneer ik terecht kan voor controle / nazorg	In geval van bijstelling: nogmaals doorlopen van één van de voorgaande processtappen, bijv. terug naar stap 2: bepalen van medische diagnose en/of functionaliteitsdiagnose
Eindresultaat stap 7: Een tevreden cliënt met een goed functionerend hulpmiddel							

Bijlage 5 Omschrijvingen

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Aanspraak	Recht om het bezit of genot van iets te vorderen. In deze context wordt bedoeld dat men het recht of bezit vordert van een hulpmiddel.	www.encyclo.nl/begrip/aanspraak
Activiteiten	Onderdelen van iemands handelen. De term verwijst naar het functioneren vanuit individueel perspectief.	PH/ICF
Algemeen productkenmerk	Zie product related intended use.	PH
AMPS	Assessment of Motor and Process Skills, zie paragraaf 5.1.2.	
Anamnese	Voorgeschiedenis: het totaal aan gegevens dat een patiënt zich in een vraaggesprek met een zorgdeskundige over zijn klachten en algemene toestand kan herinneren. De anamnese omvat antwoorden op vragen over de hoofdklacht, de toestand van de diverse orgaanstelsels en de psychische en de sociale omstandigheden	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/anamnese.htm
Anatomische eigenschappen	Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend: lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.	ICF (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)
ATD PA	Assistive Technology Device Predisposition Assessment; zie paragraaf 5.1.2.	
Atop-M	Assistive Technology Outcomes Profile for Mobility; zie paragraaf 5.1.2.	
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; zie paragraaf 5.1.1.	
Behandeldoel	Doelstelling(en) van het zorgplan in termen van voorkomen, herstellen, verbeteren of compenseren van problemen in de gezondheidstoestand van de cliënt.	PH
Beoogd functioneren	Een beschrijving van hetgeen de cliënt wil, kan en mag. Daarbij dient rekening te worden gehouden met wat haalbaar is (bijv. gezien de ernst van de aandoening en de aanwezige stoornissen), de wensen van de cliënt zelf en externe en persoonlijke factoren (bijv. beschikbaarheid hulp, financiële mogelijkheden, woonsituatie).	PH
Beoogd gebruik gekoppeld aan de gebruiker	Zie 'Human related intended use'.	
Beoogd gebruik gekoppeld aan het hulpmiddel	Zie 'Product related intended use'.	

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Beperkingen	De moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Een beperking kan een lichte of ernstige afwijking in kwalitatieve of kwantitatieve zin betreffen bij het uitvoeren van de activiteit.	ICF (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)
Bezwaar(-procedure)	Beroepsmogelijkheid: mogelijkheid om, volgens statuten, officiële regelingen en wetten, bij een daarvoor bevoegd instituut, orgaan of rechtscollege met hogere bevoegdheden, een bezwaar in te dienen tegen proceduregang of besluit, genomen door een uitvoerend orgaan of lager rechtscollege.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/bezwaar-enberoep.htm
BMH	<p>Het Besluit Medische Hulpmiddelen is de implementatie in Nederlandse wetgeving van de Europese Richtlijn Medische Hulpmiddelen 2007/47/EEG van de Raad van 21 september 2007 betreffende medische hulpmiddelen. De richtlijn is ontwikkeld in het kader van het vrije handelsverkeer in Europa. Het doel is om de bescherming van de veiligheid en gezondheid van de gebruikers, patiënten en indien van toepassing andere personen, te waarborgen (Official Journal of the European Communities; 21 september 2007).</p> <p>Om aan de richtlijn te voldoen moet het hulpmiddel voldoen aan essentiële eisen. Deze bestaan uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • algemene eisen (veiligheid, informatie over toepassing en gebruik, uitsluiten van risico's, bijwerkingen) • eisen betreffende het ontwerp en de constructie (materialen, infectie, straling, toxiciteit, compatibiliteit). <p>De richtlijn geldt voor alle lidstaten van de EU. Hulpmiddelen worden geacht te voldoen aan de essentiële eisen uit artikel 3 van de Europese Richtlijn Medische Hulpmiddelen en moeten voorzien zijn van een CE-conformiteitsmarkering indien zij op de markt worden gebracht. Deze CE-markering mag niet aangebracht worden op hulpmiddelen naar maat gemaakt en hulpmiddelen voor klinisch onderzoek.</p>	PH (aangepast)
CBV	Het CBV-bestand omvat momenteel ruim 34.000 medische en paramedische verrichtingen. Elke verrichting heeft een unieke plaats (code) met een eenduidige betekenis (omschrijving). De CBV-code en de omschrijving vormen de kern van het bestand. Aan elke verrichting is een aantal items gekoppeld met aanvullende informatie ten behoeve van het gebruik van het bestand voor specifieke doeleinden (additionele rubrieken).	www.cbv.nl
CE-markering	De Europese Unie heeft een richtlijn uitgevaardigd voor medische hulpmiddelen. De richtlijn moet door de lidstaten worden opgenomen in de nationale wetgeving (zie BMH). Producten die aan een EU-richtlijn voldoen, zijn voorzien van de CE-markering. Dit teken wordt ten onrechte ook wel aangeduid als CE-merk, CE merk, CE-keurmerk, CE keurmerk, CE-teken of CE teken. De betekenis van de CE-markering is: "Dit product voldoet aan de wet". De CE-markering is dus geen kwaliteitskeurmerk, maar een verklaring van overeenstemming met de wet.	www.keurmerk.nl
Cliq	Nederlandse afgeleide van de ISO 9999.	www.cliq.nl

Term / begrip	Omschrijving	Bron
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). De CMOP werd ontwikkeld door de Canadese Vereniging van Ergotherapeuten en beschrijft transacties en wederzijdse beïnvloeding tussen de dimensies van beroepsmatige prestaties. Het wordt toegepast door de begeleidende Occupational Performance Process Model, dat het therapeutisch proces beschrijft vanuit het perspectief van een klant. Het model illustreert de relatie tussen persoon, beroep en milieu. Spiritualiteit is de vierde dimensie, geplaatst in het centrum van het model om het fundamentele belang te benadrukken.	Heijnsman et al, 2007 en..wikipedia.org/wiki/Canadian_model_of_occupational_performance
CMSV	Classificatie Medisch Specialistische Verrichtingen. Deze oorspronkelijke 6-cijferige WCC-standaard is ontwikkeld uit de eerste vier cijfers van de hoofdstukken voor diagnostische, operatieve en overige therapeutische verrichtingen van de ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) van de WHO (WHO, 1978). De versie 2.0 van de CMSV is in 1989 ingevoerd ten behoeve van de medische registratie in de Nederlandse ziekenhuizen. Update-versie 2.6 is sinds 1-1-2005 van kracht.	www.rivm.nl/who-fic/cmsv.htm
Contra-indicatie	Een reden of omstandigheid om bijvoorbeeld een bepaalde behandeling of geneesmiddel niet toe te passen. Contra-indicaties kunnen 'relatief' of 'absoluut' zijn. In het eerste geval kan er nog een afweging plaatsvinden, in het tweede geval mag het echt niet. Contra-indicaties worden niet alleen gesteld voor geneesmiddelen. In deze richtlijn heeft het ook betrekking op hulpmiddelen. Als voorbeeld kan er een contra-indicatie gesteld worden voor het verstrekken van een scootmobiel omdat die persoon niet over voldoende vaardigheden beschikt om zich veilig en adequaat in het verkeer te verplaatsen.	nl.wikipedia.org/wiki/Contra-indicatie
COPM	De Canadian Occupational Performance Measure werd ontwikkeld door de Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) en het Departement of National Health and Welfare en is gebaseerd op het Canadian Model of Occupational Performance (CMOP), een ergotherapeutisch praktijkmodel (Kinébanian 1998). Het meetinstrument dient ervoor participatieproblemen van een cliënt binnen de drie handelingsgebieden te inventariseren en prioriteiten aan behandeldoelen toe te wijzen. Tegelijkertijd worden uitvoering en tevredenheid, gerelateerd aan de problemen, gescoord. Op deze manier kunnen veranderingen in de waarneming van de cliënt met betrekking tot het handelen geëvalueerd worden.	Expertisecentrum Meetinstrumenten voor Revalidatie / www.meetinstrumentenzorg.nl
CQ-index	Consumer Quality Index; zie paragraaf 5.1.2.	
CVV	Classificatie van Verrichtingen, een afgeleide versie van de CMSV.	
DSM-IV	De DSM, een classificatie voor psychische stoornissen, is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. In juni 1994 verscheen de vierde editie (DSM-IV), in 2001 verscheen een tekstrevisie (DSM-IV-TR). De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen, wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.	APA, 1994 www.btsq.nl/infobulletin/DSM-4.html www.thesauruszorgenwelzijn.nl/DSMIV.htm

Term / begrip	Omschrijving	Bron
D-Quest	Nederlandstalige versie van de QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology); zie paragraaf 5.1.2.	
Eerstelijnszorg	Alle niet-gespecialiseerde, vrij toegankelijke voorzieningen in de gezondheidszorg en de hulp- en dienstverlening. De huisarts neemt hierbij een centrale plaats in.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/eerstelijnsgezondheidszorg.htm
Externe factoren	Alle aspecten van de externe of intrinsieke wereld die de achtergrond van iemands leven vormen en als zodanig iemands functioneren beïnvloeden. Externe factoren omvatten de al dan niet door mensen gemaakte, fysieke wereld en zijn verschijnselen, andere mensen in verschillende relaties en rollen, attitudes en waarden, sociale systemen en dienstverlening, beleid, regels en wetten.	PH/ICF (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)
Functies	Functies zijn fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.	ICF (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)
Functionaliteitsdiagnose	Een beschrijving van bij een persoon aanwezige (stoornissen in) functies en anatomische eigenschappen, (beperkingen in) activiteiten en participatie(problemen) en de externe en persoonlijke factoren die daarop een positieve of negatieve invloed hebben.	PH
Functioneren	Functioneren is een paraplueterm voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Het functioneren van een persoon kan worden beschreven met behulp van een (combinatie van) functie(s) en/of anatomische eigenschap(en) en/of activiteit(en) en/of participatie. Zijn er problemen in het functioneren - functioneringsproblemen - dan is er sprake van een (combinatie van) stoornis(sen) en/of beperking(en) en/of participatieprobleme(n).	ICF (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)
Functioneringsprobleem	Zie functioneren.	
Gebruiksaanwijzing	Een papieren of elektronisch document dat een voorschrift behelst hoe men iets behoorlijk gebruiken moet (aanwijzing hoe men iets behoorlijk gebruiken moet, bij het voorwerp of de stof gevoegd of behorend).	PH
Geprefabriceerd	Een geprefabriceerd hulpmiddel (confectie, gebruiksklaar) is een hulpmiddel dat ontworpen en gemaakt is om te voldoen aan bepaalde functionele behoeften en is normaliter beschikbaar in een aantal maatvoeringen. Het hulpmiddel hoeft geen aanpassing naar maat gemaakt door de leverancier om het geschikt te maken voor gebruik door een bepaalde gebruiker. Een geprefabriceerd hulpmiddel wordt industrieel seriematig vervaardigd op basis van standaardmaten en -modellen. Het kan zo nodig af- en ingesteld worden ten behoeve van gebruik door een individuele gebruiker op basis van de instructies en informatie van de fabrikant. Voor het geprefabriceerd hulpmiddel op de markt wordt gebracht, moet het voldoen aan de Richtlijn Medische Hulpmiddelen en voorzien zijn van een CE-markering.	PH

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Gezondheidsprobleem / gezondheidstoestand	Zie 'hulpvraag'.	
Hulpmiddel	Elk product (inclusief apparaten, uitrusting, instrumenten, technologie en computerprogrammatuur), speciaal vervaardigd of algemeen verkrijgbaar, dat stoornissen, beperkingen of participatieproblemen voorkomt, compenseert, bewaakt, lenigt of opheft.	Nederlandse vertaling van de ISO 9999, versie 2007 (NEN, 2009)
Hulpmiddelenzorg	Het geheel van op elkaar afgestemde zorg rond hulpmiddelen. Het proces start bij het signaleren van het probleem en eindigt bij de evaluatie of het hulpmiddel beantwoordt aan het beoogde doel. Tussentijdse beëindiging van het proces is aan de orde als blijkt dat het hulpmiddel geen geschikte oplossing is. Tussentijds instappen is aan de orde als het gaat om vervanging van het hulpmiddel bij een ongewijzigde situatie.	PH
Hulpvraag	Datgene wat de cliënt ervaart en wat zijn wensen zijn ten aanzien van een oplossing. In het kader van de Richtlijn Functiegerichte Aanspraak (RiFA) wordt hetzelfde bedoeld als met de gezondheidstoestand of het gezondheidsprobleem. Dit is de resultante van ziekte en functioneringsproblemen in termen van stoornissen, beperkingen en/of participatieproblemen. In het kader van deze richtlijn zal het meestal gaan om een probleem in functioneren.	
Human related intended use	Dat wat het hulpmiddel, beredeneerd vanuit beoogd functioneren, mogelijk moet maken c.q. wat het moet doen in de ogen van de gebruiker. <ul style="list-style-type: none"> Het hulpmiddel moet hem/haar helpen bij het uitvoeren van activiteiten (bijvoorbeeld een rollator bij het lopen) dan wel het hulpmiddel moet bepaalde activiteiten overnemen (bijvoorbeeld een traplift voor iemand die geen trappen meer kan lopen). Het hulpmiddel moet functies ondersteunen (bijvoorbeeld een zuurstofapparaat bij ademhalingsproblemen) dan wel de last van stoornissen verminderen (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal bij mensen die incontinent zijn en een prothese voor iemand die een ledemaat mist). 	PH
ICD-10	ICD-10, Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, Tiende Revisie, vertaling van de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) van de WHO (WHO, 1992). De ICD is de internationale standaardclassificatie van diagnostische termen voor de epidemiologie en voor vele doeleinden van gezondheidsmanagement. Deze omvatten de analyse van de algemene gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen en het monitoren van de incidentie en prevalentie van ziekten en andere gezondheidsproblemen in relatie tot andere variabelen, zoals de kenmerken en omstandigheden van de individuen die zijn aangedaan.	WHO, 1992 CSIZ, 1997 www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm

Term / begrip**Omschrijving****Bron**

ICF

De ICF is de International Classification of Functioning, Disability and Health. De ICF kent drie perspectieven om het menselijk functioneren te beschrijven:

- de mens als organisme; functies (inclusief mentale functies) en anatomische eigenschappen (negatief: stoornissen)
- het menselijk handelen; activiteiten (negatief: beperkingen)
- deelname aan het maatschappelijke leven; participatie (negatief: participatieproblemen).

De overkoepelende term is 'functioneren' met als negatieve pendant 'functioneringsproblemen' of 'problemen met het functioneren'. Naast een lijst van fysiologische en mentale functies, een lijst met anatomische eigenschappen en een gecombineerde lijst voor activiteiten en participatie, bevat de ICF een lijst met 'externe factoren', waarmee het mogelijk is de positieve of negatieve invloed van de omgeving te beschrijven op elk niveau van functioneren. Ook persoonlijke factoren zijn van invloed op iemands functioneren. 'Persoonlijke factoren' zijn in de classificatie niet uitgewerkt in een lijst van termen.

De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is om een aantal gegevens in het kader van (het voorschrijven van) hulpmiddelen te klasseren:

- de problemen met functioneren die de cliënt ondervindt op basis van zijn/haar medische situatie (ziekte,aandoening, medische verrichting, medicatie)
- het door de voorschrijver en door de cliënt zelf ingeschatte huidige en toekomstige c.q. mogelijk niveau van functioneren van de cliënt
- het door de cliënt zelf gewenste niveau van functioneren
- het beoogd gebruik van een hulpmiddel
- het gerealiseerde niveau van functioneren na verstrekking van het hulpmiddel (human related intended use).

WHO, 2001; RIVM 2002, 2008)

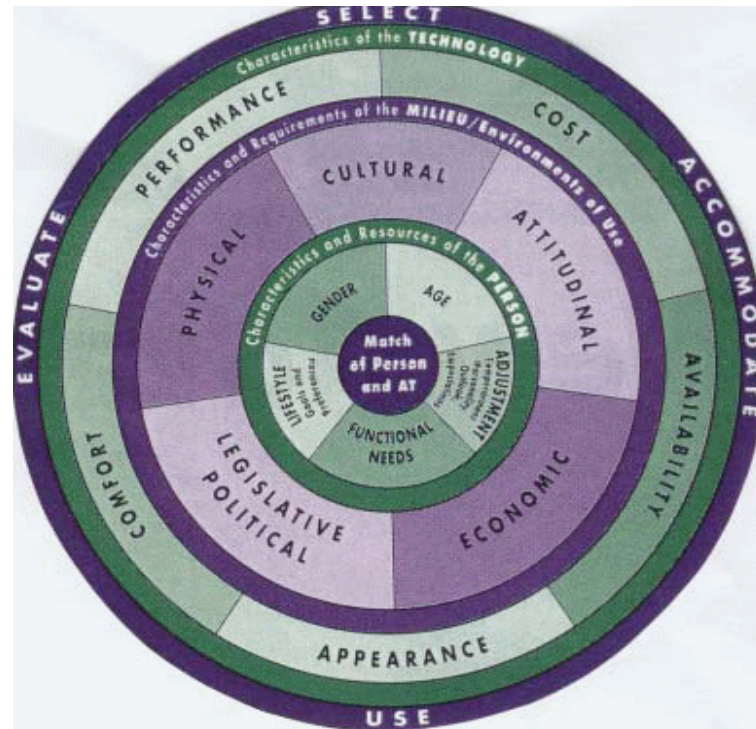
www.cliq.nl

ICF-schema:



Term / begrip	Omschrijving	Bron
ICPC-2-nl	De International Classification of Primary Care (ICPC) is bedoeld om het domein van de huisartsengeneeskunde te ordenen. Deze classificatie maakt het mogelijk de meest voorkomende symptomen en klachten, diagnoses en interventies in de huisartsenpraktijk te benoemen en te coderen. De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem: de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken, elk met een lettercode, de andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code.	www.rivm.nl/who-fic
Individueel op maat vervaardigd product	Zie 'Naar maat gemaakt hulpmiddel'.	www.handy-wijzer.nl/viewtext.asp?OID=36
Informed consent	De vrijwillig verkregen toestemming van een persoon of een verantwoordelijke (bijvoorbeeld ouder of voogd) voor deelname aan een studie of interventieprogramma. De persoon in kwestie moet duidelijk ingelicht zijn over het doel, de methode, de procedure, de voordelen en de risico's en - indien van toepassing - over de graad van onzekerheid van de uitkomst. Essentiële criteria van informed consent zijn: kennis en begrip van bovenstaande, dat de toestemming onbeïnvloed is gegeven en dat het recht op intrekken van de toestemming op elk moment in de studie of interventie duidelijk is medegedeeld.	Zie: <i>International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies</i> (Geneva: CIOMS/WHO 1991) en <i>International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects</i> (Geneva: CIOMS/WHO 1993).
Initial worksheet for the matching Person and Technology Process	De 'initial worksheet for the matching Person and Technology Proces' is een formulier van de MPT en heeft als doel om de initiële doelen te bepalen, de potentiële interventies en de technologieën die noodzakelijk zijn om de doelen te bereiken.	matchingpersonandtechnology.com
Instructie	Aanwijzing van hetgeen gedaan, hoe gehandeld moet worden (onderrichting in een vaardigheid).	PH
IPPA	Individually Prioritized Problem Assessment; zie paragraaf 5.1.2.	
Medische diagnose	Het label waarmee de arts zijn beroepsspecifiek oordeel over de gezondheid van een patiënt beschrijft. Het label kan verwijzen naar een ziekte of aandoening, naar een syndroom of naar een klacht of klachtenbeeld.	PH
MPT	Het Matching Person and Technology (MPT) model bevat de verwachtingen van de gebruiker, voorkeuren, achtergrond, invloeden van familie en omgeving en economische factoren bij bepalen van het geschikte hulpmiddel / de geschikte technologie. Karakteristieken die leiden tot gebruik of niet-gebruik worden geïdentificeerd alsook worden manieren bedacht om de omgeving, de persoon of de technologie aan te passen om een betere 'match' te krijgen. De MPT richt zich op volwassenen met beperkingen. Er zijn drie hoofdcomponenten (milieu, persoon en technologie), die beoordeeld worden middels een serie van vragen. Het component 'milieu' focust zich op de karakteristieken van de omgeving waarin AT (assistive technology) wordt gebruikt. Het component 'persoon' geeft informatie over het persoonlijke karakter, karakteristieken en het temperament van de gebruiker. Het component 'technologie' focust zich op specifieke karakteristieken van de technologie, inclusief factoren met betrekking tot design en vergoeding.	Scherer & Craddock, 2002

Het MPT biedt zes assessment-formulieren. De 'The Worksheet for the MPT Model' identificeert welke technologieën potentieel bruikbaar kunnen zijn voor de gebruiker. De 'Survey of Technology Use' verzamelt informatie over zijn ervaring met technologie. De 'Assistive Technology Device Predisposition Assessment' verzamelt informatie over de fysieke capaciteiten, zijn tevredenheid over het leven, zijn beleving over het hebben van een beperking / handicap en zijn temperament. Voor personen die naar school gaan is de 'Educational Technology Predisposition Assessment' beschikbaar. Dit meetinstrument focust op de karakteristieken van de student, zijn leerdoelen en zijn omgeving. De 'Workplace Technology Predisposition Assessment' identificeert gebieden die de acceptatie en het adequaat gebruik kunnen beletten bij het gebruik van nieuwe technologie in het werkveld of beroepsopleiding. De 'Health Care Technologies Predisposition Assessment' bepaald de nood aan gezondheidszorg, inclusief de karakteristieken van de persoon, de overweging om technologie in te zetten en attitudes. Het eindresultaat bij het gebruik van het MPT-proces is het selecteren van een adequate technologie.



Term / begrip	Omschrijving	Bron
Naar maat gemaakt hulpmiddel	Een hulpmiddel naar maat gemaakt (individueel gemaakt) wordt ontworpen en gemaakt om te voldoen aan functionele behoeften van een individuele gebruiker op basis van informatie afkomstig van een model, afdruk, maatneming, scan, tekening of afbeelding. Het hulpmiddel is bestemd om uitsluitend door één bepaalde persoon gebruikt te worden. Het hulpmiddel wordt speciaal vervaardigd volgens een voorschrift van een ter zake gekwalificeerde arts die, onder zijn verantwoordelijkheid, de speciale kenmerken van het ontwerp vaststelt. Genoemd voorschrift kan ook door een ander persoon opgesteld worden die uit hoofde van zijn beroep daartoe bevoegd is.	PH
Oplossingsrichtingen	Oplossingsrichtingen zijn de range aan oplossingen waarmee het probleem opgelost kan worden. Deze range beschrijft alle mogelijke richtingen waarbij technologie een oplossingsrichting kan zijn. Andere mogelijke oplossingsrichtingen zijn bijvoorbeeld een heelkundige ingreep of therapie. Een oplossingsrichting geeft niet aan hoe die technologie of die heelkundige ingreep er dan uit moet zien of moet gebeuren.	
Participatie	Iemands deelname aan het maatschappelijk leven.	ICF (WHO, 2001; RIVM, 2002, 2008)
Patiëntendossier	Zie zorgdossier.	
PEOP	Person-environment-occupation-performance model; zie paragraaf 5.1.2.	
Persoonlijke factoren	Persoonlijke factoren betreffen de individuele achtergrond van het leven van een individu en bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand.	ICF (WHO, 2001; RIVM, 2002, 2008)
PGB	Persoongebonden Budget (PGB) is een geldbedrag dat iemand kan aanvragen om zelf zorg, begeleiding, hulp(middelen) of voorzieningen vanuit de AWBZ, WMO of ZVW in te kopen. Men kiest zelf de zorg- of hulpverleners, begeleiders of hulpmiddelen uit.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/PGB.htm
PIADS	Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale; zie paragraaf 5.1.2.	
Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg	Beschrijving van het totale proces van hulpmiddelenzorg vanaf het formuleren van de hulpvraag tot en met het evalueren. De Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg bestaat uit 8 onderdelen die ieder weer uitgewerkt zijn naar verschillende aspecten. Het doel van de procesbeschrijving is het creëren van eenheid van taal over hulpmiddelenzorg.	PH

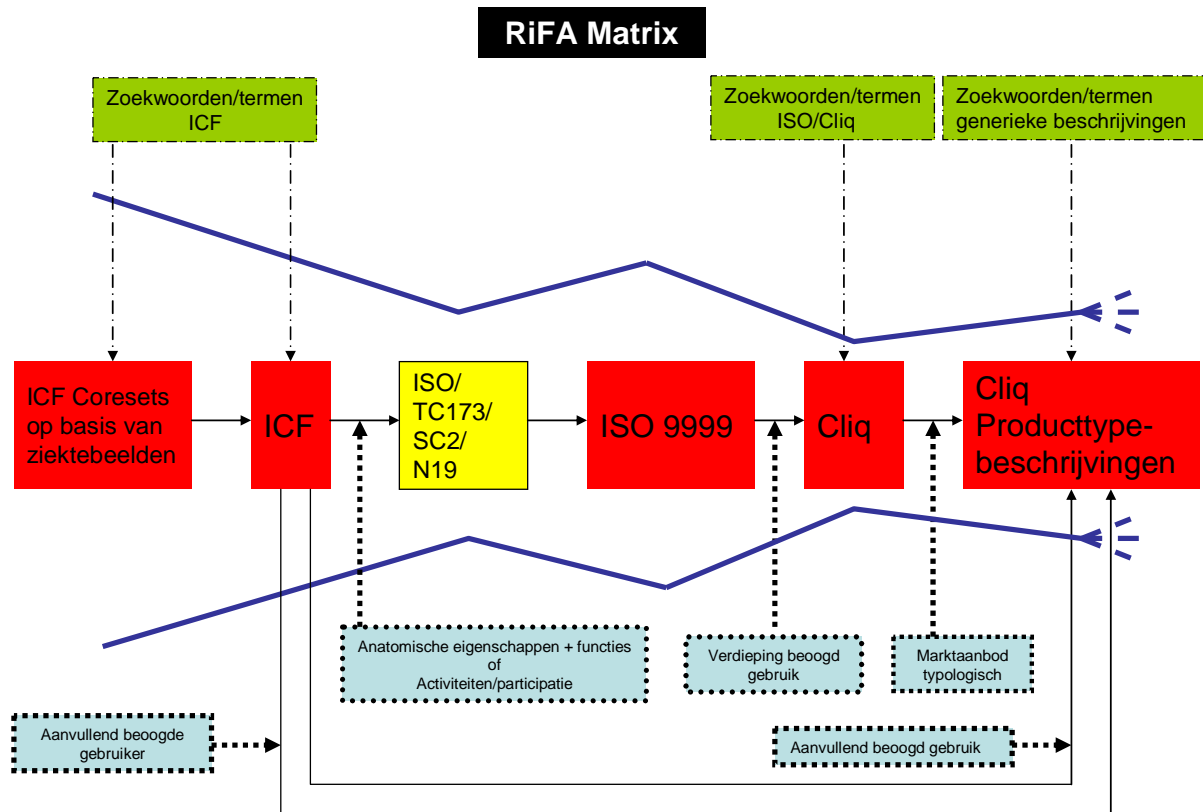
Term / begrip	Omschrijving	Bron
Product Related intended use	<p>Volgens de Europese Richtlijn Medische Hulpmiddelen een productkenmerk, waarmee de fabrikant aangeeft wat de gebruiker van het product kan en mag verwachten. Het is dus een kenmerk met een wettelijke status. Uitgeschreven gaat het om de volgende soorten producteigenschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de functionaliteit van het hulpmiddel: activiteiten waarbij het hulpmiddel kan worden gebruikt (bijvoorbeeld traplopen) en de stoornissen die door het hulpmiddel worden gecompenseerd (bijvoorbeeld afwijkende stand of verminderde belastbaarheid van een gewricht) • de technische capaciteiten van het hulpmiddel: deze eigenschappen bepalen in welke mate de functionaliteit haalbaar is: bijvoorbeeld hoe goed absorbeert het incontinentiemateriaal, hoe stijf is het materiaal, welke krachten kunnen worden opgevangen • de gebruiksvriendelijkheid en het comfort van het hulpmiddel: wat zijn de materiaaleigenschappen (hypoallergeen), draaggemak, transporteerbaarheid, bevestiging, gemak van aan- en uit- of afdoen; de ergonomische kant in traditionele zin; de handzaamheid, de hanteerbaarheid, generiek operationele aspecten • de uiterlijke kenmerken van het hulpmiddel: de eigenschappen die bepalen hoe het hulpmiddel eruit ziet zonder dat ze van invloed zijn op de functionaliteit (kleur, (on)zichtbaarheid, enz.) • overige eigenschappen die van invloed zijn op de keuze van het hulpmiddel (bijvoorbeeld onderhoud, materiaal, instelbaarheid). 	PH
Productkenmerken	Beoogd gebruik gekoppeld aan het hulpmiddel: zie 'Product related intended use'.	PH
Prognose	Ziekteverloop: vermoedelijk verloop van een ziekte en functioneren. Wordt ook gebruikt in de betekenis van levensverwachting en genezingskansen.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/prognose_s.htm www.encyclo.nl/begrip/prognose
Programma van Eisen (PvE)	Een specificatie van de vereiste productkenmerken voor een hulpmiddel. Het Programma van Eisen komt tot stand door de verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel (weergegeven in human related intended use) te matchen met algemene productkenmerken (weergegeven in product related intended use).	PH
Progressief ziektebeeld	Ziektebeeld toenemend in ernst.	www.encyclo.nl/begrip/progressief
Protocol	Aanpassing op maat van een zorginhoudelijke richtlijn voor gebruik in een bepaalde omgeving.	PH
Richtlijn	Documenten met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals (in de zorg), berustend op de resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het omschrijven van doeltreffend en doelmatig (medisch) handelen.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/richtlijnen.htm

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Selecteren	Uitzoeken van de hulpmiddelen die voldoen aan het Programma van Eisen.	PH
Seriematig vervaardigd hulpmiddel	Zie geprefabriceerd hulpmiddel.	
Soort hulpmiddel	Soortgelijke producten vanuit functionaliteit geredeneerd.	
Stoornissen	Afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.	ICF (WHO, 2001; RIVM, 2001, 2008)
Survey of technology Use	Verzamelt informatie over de ervaring van de gebruiker met technologie.	en.wikipedia.org/wiki/Matching_Person_&_Technology_Model
Toestemming verkrijgen	Titel van de praktische handreiking (deel 2 Implementatie van de WGBO) om in overeenstemming met de WGBO verantwoord informatie te geven en te verkrijgen en tot een weloverwogen toestemming van de cliënt te komen. De handreiking omvat onder andere een handleiding voor patiënten, een checklist voor hulpverleners en een modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming voor een onderzoek of behandeling.	PH
Trainen	Het leren omgaan met het hulpmiddel. De training is in feite gericht op het verkrijgen van voldoende vaardigheden in het gebruik van het hulpmiddel ter compensatie van de functioneringsproblemen.	PH
Tweede lijnszorg	Zorg die alleen toegankelijk is na verwijzing door een zorgaanbieder uit de eerste lijn, zoals een huisarts.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/tweedelijnszorg.htm
Type hulpmiddel	Een type is een verbijzondering van het merk en meestal de modelnaam.	
Verwijzing	Het met redenen omkleed aanraden van de zorgvrager een andere zorgaanbieder in te schakelen om in de behoefte aan zorg of hulp te voorzien.	www.thesauruszorgenwelzijn.nl/verwijzing.htm
WBP	De WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens) is een wet van 6 juli 2000, houdende regels inzake de bescherming van persoonsgegevens (betreft de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens te implementeren). Meer informatie bij College Bescherming Persoonsgegevens: www.cbppweb.nl .	www.wetten.overheid.nl www.justitie.nl

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Wettelijk vertegenwoordiger	De wettelijk vertegenwoordiger voor minderjarigen is de ouder (voogd). Verder kent de wet nog drie andere vormen van wettelijke vertegenwoordiging: de eerste vorm is de curatele, de meest vergaande vorm, waarbij de beslissing over zowel persoonlijke als financiële zaken overgedragen wordt aan een curator. De tweede vorm is de bewindvoering, waarbij de beslissing over alle financiële zaken wordt overgedragen aan een bewindvoerder. Als laatste het mentorschap. Bij deze vorm wordt de beslissing over persoonlijke zaken, zoals verzorging en verpleging, overgedragen aan een mentor. In geval van bewindvoering en/of mentorschap worden beslissingen zoveel mogelijk in overleg met de cliënt genomen.	www.kiesbeter.nl www.kennisring.nl http://www.cbweb.nl/index.stm
WGBO	Patiënten en hulpverleners hebben rechten en plichten. Deze staan vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wet is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Zodra een arts een patiënt gaat onderzoeken of behandelen, is sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Ook medische keuringen vallen onder de WGBO. De WGBO vormt het juridisch kader voor de (contractuele) relatie tussen een hulpverlener en de patiënt. De wet heeft tot doel de rechtspositie van de patiënt te versterken.	www.wetten.overheid.nl www.wgbo.nl www.minvws.nl PH
WIA	Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen; zie paragraaf 5.1.1.	
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning; zie paragraaf 5.1.1.	
Zorgdeskundige	Persoon die actief is in de rechtstreekse verlening van zorghandelingen. Toelichting: de zorgdeskundige voldoet aan de geldende bevoegdheids- en bekwaamheidseisen en past de vigerende kwaliteitseisen toe. Een zorgdeskundige kan zijn een indicatiesteller (zoals een gemeenteconsulent), een behandelaar of een leverancier).	PH + aanvulling
Zorgdossier	Dossiers waarin gegevens die te maken hebben met de behandeling, verpleging of verzorging van de cliënt worden vastgelegd. Het totaal van informatie met betrekking tot de gezondheidstoestand van een zorgontvanger, inclusief diagnostische gegevens, behandel- / zorggegevens en de behandelingsovereenkomst.	
Zorgfinancier	Betaler van (vergoedingen voor) hulpmiddelenzorg. Dit kan de consument zelf zijn, de verzekeraar, de gemeente, werkgever of uitkeringsinstantie van de WIA, WAO, Wajong, e.d.	PH
Zorginhoudelijke richtlijn	Stelsel van systematisch ontwikkelde aanwijzingen ter ondersteuning van de besluitvorming van zorgpartijen omtrent te verlenen zorghandelingen met betrekking tot een gezondheidskwestie in gespecificeerde zorgsituaties.	PH

Term / begrip	Omschrijving	Bron
Zorgplan	Beschrijving van geplande, op één cliënt toegesneden zorgpakketten, waarin één of meer gezondheidskwesties worden behandeld, en die alle door een zorgdeskundige aan een cliënt te verlenen zorghandelingen omvatten. In het zorgplan kunnen handelingen van meerdere zorgdeskundigen staan.	PH
Zorgvraag	Vraag die wordt uitgesproken door een zorgpartij voor het verlenen van zorghandelingen aan een zorgontvanger. Toevoeging: zorgdeskundige(n) formuleert(eren) in samenspraak met de cliënt de zorgvraag. Soms is de cliënt daartoe niet in staat en zullen anderen (ouder(s), partner) dat voor hem/haar doen. Soms is de vraag van de andere direct betrokkene(n) van wezenlijk andere aard dan de behoefte van de cliënt. De zorgdeskundige dient hierop attent te zijn. Zie ook WBGO.	PH
ZVW	Zorgverzekeringswet; zie paragraaf 5.1.1.	

Bijlage 6 Schema matrix



Bijlage 7 Lijst afkortingen

AT	Assistive technology
ATD PA	Assistive Technology Device Predisposition Assessment
ATOMS	Assistive Technology Outcomes Measures System
Atop-M	Assistive Technology Outcomes Profile for Mobility
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BARTH	BeleidsAdviescommissie RevalidatieTechnische Hulpmiddelen van de VRA
BMH	Besluit Medische Hulpmiddelen
BRL	Basisrichtlijn
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CG-Raad	Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CL	Cliëntsysteem (zie voor uitleg de BRL)
Cliq	Classificatie met IQ
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
COPM	Canadian Occupational Performance Measurement
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CQ-index	Consumer Quality Index
CSO	Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties
CST PA	Cognitive Support Technology Device Predisposition Assessment
CVZ	College voor zorgverzekeringen
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen (sinds 1-1-2009 gefuseerd met het UWV)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ^e versie
EN	Ergotherapie Nederland (voorheen NVE)
EPD	Elektronisch patiëntendossier
ET PA	Educational Technology Device Predisposition Assessment
FHI	Federatie van Medische Technologie Branches
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (van CVZ)
GVT	Gezinsvervangend tehuis voor gehandicapten
HAAT	Human Activity Assistive Technology
HCT PA	Health Care Technology Device Predisposition Assessment
HT PA	Hearing Technology Device Predisposition Assessment
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 ^e revisie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (voorheen ICIDH)
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (thans ICF)
ICPC-2-nl	International Classification of Primary Care – Nederlandse vertaling van de 2 ^e versie
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
IPPA	Individually Prioritized Problem Assessment
ISO	International Standardization Organization
MATCH	Matching Assistive Technology & Child
MOS	Monitor Orthopedisch Schoeisel
MPT	Matching Person & Technology
MST	Matching Student and Technology
Nefemed	Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten
NEN	Nederlands centrum van normalisatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap

Nictiz	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NIVO	Nederlandse Industrie voor Orthopedie
NOAH	Nederlands Overleg Auditieve Hulpmiddelen
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NTA	Nederlands Technische Afspraak
NVE	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (thans EN)
NVvS	Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden
PEOP	Person-environment-occupation-performance
PH	Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg
PIADS	Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale
PPP	Protocollering en Prijssystematiek Prothesen
PvE	Plan/programma van Eisen
QUEST	Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
RiFA	Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SC	Subcommissie
SEMh	Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SOTU	Survey of Technology Use
TC	Technical Committee
TEK	Therapeutische elastische kousen
UWV	Uitvoeringsorgaan Werknemersverzekeringen
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VRA	Nederlandse Vereniging van RevalidatieArtsen
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WG	Working Group
WHO	World Health Organization
WIA	Wet Inkomen naar Arbeidsvermogen
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WT PA	Workplace Technology Device Predisposition Assessment
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten (thans opgenomen in WMO)
ZD	Zorgdeskundige (zie voor uitleg de BRL)
ZF	Zorgfinancier (zie voor uitleg de BRL)
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringwet