



**Panteia**

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



## **Verkenning hulpmiddelenzorg**

Ton Grimmius, Sonja van der Kemp

Zoetermeer, 6 november 2019

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Uitkomsten verkenning op hoofdlijnen</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Module Diabetes</b>	<b>9</b>
3.1	Reikwijdte van de module	9
3.2	Voortgang	9
3.3	Opbrengsten	9
3.4	Aandachtspunten	10
3.5	Conclusie	12
<b>4</b>	<b>Module Stoma</b>	<b>13</b>
4.1	Reikwijdte van de module	13
4.2	Voortgang	13
4.3	Opbrengsten	13
4.4	Aandachtspunten	14
4.5	Conclusie	15
<b>5</b>	<b>Module Continentie</b>	<b>17</b>
5.1	Reikwijdte van de module	17
5.2	Voortgang	17
5.3	Opbrengsten	17
5.4	Aandachtspunten	18
5.5	Conclusie	20
Bijlage 1	Onderzoeksaanpak en respondentenoverzicht	21





# 1 Inleiding

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is een verkenning uitgevoerd naar de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling en implementatie van de volgende drie kwaliteitsstandaarden voor het voorschrijven en leveren van onder de Zorgverzekeringswet vallende hulpmiddelen:

- bloedglucosemeters
- continetiehulpmiddelen
- stomahulpmiddelen.

Deze standaarden zijn in ontwikkeling genomen in vervolg op een op 19 januari 2016 gehouden bestuurlijk overleg hulpmiddelen (BOH). Dit regelmatig terugkerende overleg heeft ten doel om de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg een impuls te geven. De sleutel hiervoor is gelegen in het zogenoemde functioneringsgericht voorschrijven en leveren van hulpmiddelen. Dit houdt in dat bij de keuze voor een hulpmiddel niet slechts wordt gekeken naar medisch-klinische factoren maar ook naar de manier waarop de gebruiker van het hulpmiddel zijn/haar leven invult. Hierdoor krijgt de gebruiker het best bij hem/haar passende hulpmiddel: goedkoop als het kan, duur waar nodig.

Voor elk van de hierboven genoemde typen hulpmiddelen wordt de kwaliteitsstandaard ontwikkeld en geïmplementeerd door in een platform en daaronder hangende werkgroepen samenwerkende ketenpartners (patiëntenverenigingen, zorgverleners, leveranciers, producenten, zorgverzekeraars). Alvorens zich te richten op de eigen kwaliteitsstandaard hebben de drie platforms gezamenlijk het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg ontwikkeld, waarin de basiseisen van goede hulpmiddelenzorg zijn vastgelegd. Vervolgens is men per platform – uitgaande van dit generieke kader – aan de slag gegaan met het ontwikkelen van een kwaliteitsstandaard voor het 'eigen' hulpmiddel. Deze specifieke 'hulpmiddelgeoriënteerde' kwaliteitsstandaarden worden gezien als modules van het Generieke Kwaliteitskader.

In de volgende hoofdstukken is de stand van zaken rond implementatie van de modules Diabetes, Stoma en Continentie beschreven, alsmede de daarbij ervaren knelpunten. Deze beschrijving is gebaseerd op 14 gesprekken met diverse betrokken partijen bij de hulpmiddelenzorg (zie bijlage 1).





## 2 Uitkomsten verkenning op hoofdlijnen

In de volgende drie hoofdstukken worden per specifieke kwaliteitsstandaard de belangrijkste uitkomsten van de interviews met de bij deze standaarden betrokken partijen weergegeven. Omdat er nogal wat overeenkomsten zijn in de gesprekken over de verschillende standaarden, geven we in dit hoofdstuk een overkoepelend overzicht van de uitkomsten. In dit overzicht zijn ook de gesprekken meegenomen met respondenten die niet specifiek bij een bepaalde standaard zijn betrokken, maar vanuit hun positie en rol in de gezondheidszorg daar wel een visie op hebben.

- De respondenten onderschrijven de toegevoegde waarde van een kwaliteitsstandaard voor goede hulpmiddelenzorg. Alhoewel de respondenten ook knelpunten ervaren in de implementatie van de standaarden, blijven ze belang hechten aan deze implementatie, omdat ze verwachten dat de hulpmiddelenzorg daardoor kan verbeteren.
- De samenwerking van partijen in de platforms heeft ervoor gezorgd dat men elkaar heeft leren kennen en inzicht heeft in elkaars standpunten. Nog los van de realisatie en implementatie van de kwaliteitsstandaarden, is dit op zich al een impuls voor goede hulpmiddelenzorg.
- Uitgangspunt bij het ontwikkelen van de kwaliteitsstandaarden was dat eerst zou worden gewerkt aan de inhoud van de standaarden en dat in een later stadium naar de financiering zou worden gekeken. Mede als gevolg daarvan valt achteraf te constateren dat eigenaarschap, verantwoordelijkheden, financiering en praktische uitvoerbaarheid onvoldoende zijn benoemd en hebben meegewogen bij het ontwikkelen van de standaarden. Hierdoor dreigt stagnatie bij het uitrollen van de standaarden in de praktijk.
- Door de focus op de inhoud zijn (bij continentie- en stomahulpmiddelen) in de praktijk moeilijk te implementeren producten ontstaan (indicatorensets, formulieren e.d.).
- Voor de bloedglucosemeters en de continetieuhulpmiddelen wordt het niet aangehaakt zijn van zorgverleners in de eerste lijn als een belangrijke omissie gezien. Voor goede hulpmiddelenzorg is het van belang dat ook zij volgens de standaard werken omdat zij een groot deel van de patiënten begeleiden.
- Volgens het Generiek Kwaliteitskader is een van de vereisten voor goede hulpmiddelenzorg een brede keuze van hulpmiddelen tegen een goede kwaliteit en aanvaardbare kosten. Veelvuldig is gewezen op de prijsdruk vanuit zorgverzekeraars waardoor leveranciers zich genoodzaakt (zouden) zien hun assortiment te versmallen en de vereiste brede keuze onder druk staat. Andere platformleden dan leveranciers en zorgverleners kunnen veelal niet beoordelen in hoeverre de discussie hierover reëel is en of door het prijsbeleid slechts 'lucht' uit markt wordt gehaald of dat daadwerkelijk sprake is van een ongewenste versmalling van het aanbod. Deze intransparantie belast de samenwerking in de platforms.

Overigens komen er weinig klachten binnen over niet goed functionerende hulpmiddelen. In een onlangs uitgebracht rapport zegt de Nederlandse Zorgautoriteit niet te hebben kunnen vaststellen dat door de focus op prijs bij de inkoop van hulpmiddelen mogelijk onvoldoende rekening wordt gehouden met de implementatie van de nieuwe



kwaliteitsstandaarden.<sup>1</sup> Wel wijst ze erop dat de prijsdruk mogelijk tot gevolg heeft dat innovaties de Nederlandse hulpmiddelenmarkt niet of later bereiken.<sup>2</sup>

- In de praktijk wordt nog weinig functioneringsgericht voorgeschreven volgens de afspraken in de standaarden. In contracten tussen zorgverzekeraars en leveranciers is (vaak) vastgelegd dat de leveranciers functioneringsgericht leveren. Deze situatie komt er feitelijk op neer dat leveranciers de functiegerichtheid van het hulpmiddel invullen en nog steeds sprake is van een aanbod georiënteerd proces.
- Meerdere malen is bij continuentie- en stomahulpmiddelen opgemerkt dat de zorgverzekeraars zich gereserveerd opstellen, hun kaarten tegen de borst houden en niet duidelijk maken of ze de in de standaard beschreven afspraken willen vertalen in hun werkwijze.
- Door het niet kunnen maken van de stap van inhoud – waar zeer veel energie in is gestoken – naar implementatie, is de voortgang bij de verschillende standaarden in meer of mindere mate in een impasse geraakt. Veel respondenten nemen woorden in de mond als 'vermoeidheid'. Om deze impasse te doorbreken zijn de volgende suggesties gedaan.
  - Maak duidelijke afspraken over eigenaarschap, verantwoordelijkheden en financiering.
  - Wellicht is een financiële impuls vanuit VWS nodig voor ondersteuning van de platforms.
  - Meer centrale ondersteuning, met name bij issues waar alle platforms/werkgroepen tegenaan lopen.
  - Beoordeel de kwaliteitsstandaarden en implementatieplannen op hun uitvoerbaarheid en voer waar nodig vereenvoudigingen door.

---

<sup>1</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor Hulpmiddelenzorg*, Utrecht, maart 2019, p. 5.

<sup>2</sup> Idem, p. 25.





## 3 Module Diabetes

### 3.1 Reikwijdte van de module

Voor diabetes zijn de afspraken vastgelegd in het Consensusdocument Kwaliteitscriteria voor standaard bloedglucosemeting 1.2, d.d. december 2018. Het document beschrijft de kwaliteitscriteria voor het voorschrijven en leveren van bloedglucosemeters met strips (of cassette) voor zelfcontrole en voor de educatie en begeleiding van de gebruikers van deze meters.

### 3.2 Voortgang

De volgende onderdelen van de implementatie zijn inmiddels gerealiseerd:

- Er is een stichting opgericht ten behoeve van de initiële verificatie, de Stichting Kwaliteitsbevordering Zelfcontrole Diabetes. Volgens het Consensusdocument moeten bloedglucosemeters voldoen aan in het document nader benoemde basiseisen en CE-markering. Bij het op de markt brengen van een nieuw type bloedglucosemeter vindt een initiële verificatie door een onafhankelijke instantie plaats waarbij volgens een vastgesteld protocol wordt gecontroleerd op onder andere juistheid en precisie.
- Een Keuzehulp (webapplicatie) is gerealiseerd en wordt beheerd door de Stichting Kwaliteitsbevordering Diabetes, die ook verantwoordelijk is voor het beheer van de keuzehulp deel uitmakende bestand met bloedglucosemeters. De keuzehulp is onder meer beschikbaar op de websites van de Nederlandse Diabetes Federatie, Diabetes Vereniging Nederland en zorgverzekeraars.
- Patiëntenversie (gekoppeld aan de keuzehulp)

Het instellen van een meldpunt is (nog) niet gerealiseerd. Het is onduidelijk of er nog behoefte is aan het apart inrichten van een meldpunt.

### 3.3 Opbrengsten

De module Diabetes heeft volgens respondenten een aantal concrete opbrengsten:

- Doordat partijen in de keten met elkaar hebben samengewerkt weet men elkaar veel gemakkelijker te vinden en is er meer onderling begrip voor elkaars standpunten. Dit draagt bij aan betere zorg.
- In de keten is een door alle betrokken gedeelde visie op wat het functioneringsgericht voorschrijven en het leveren van bloedglucosemeters inhoudt.
- De in de standaard opgenomen bloedglucosemeters worden door de zorgverzekeraars vergoed. De zorgverzekeraars eisen in hun contracten met de leveranciers dat zij bloedglucosemeters verstrekken volgens de kwaliteitsstandaard.
- Leveranciers mogen patiënten niet meer overzetten op een goedkope meter om commerciële redenen. Dit kan alleen na overleg met zorgverlener en patiënt. Zorgverzekeraars hanteren veelal een vaste vergoeding per strip, waardoor het voor leveranciers aantrekkelijk kan zijn goedkope(re) strips en de daarbij behorende meter te leveren. Volgens een aantal respondenten gebeurde dit een jaar of zeven geleden veelvuldig en was dit een belangrijke aanleiding voor het opzetten van de kwaliteitsstandaard.
- Volgens meerdere respondenten heeft de standaard geresulteerd in een kwaliteitsbodemp in het aanbod van bloedglucosemeters. Door de initiële keuring, die bovenop andere eisen zoals een CE-markering – komt, zijn goedkope, slecht functionerende, onnauwkeurige bloedglucosemeters van de markt verdwenen. Hierdoor is de hulpmiddelenzorg doelmatiger geworden, omdat onnauwkeurige metingen leiden



tot onzekerheid bij de patiënt en daardoor extra gebruik van strips. Ook kunnen ze leiden tot complicaties die op hun beurt ziekenhuisopname en/of uitval op school/werk tot gevolg kunnen hebben.

Tegelijkertijd is opgemerkt dat de goedkopere maar niet per definitie slechte meters - want voorzien van een CE-markering - door de keuring van de markt zijn verdwenen.

### 3.4 Aandachtspunten

In de interviews komen twee deels samenhangende aandachtspunten voor de implementatie prominent naar voren: het in de praktijk zeer beperkte gebruik van de keuzetool en de grote aandacht voor de in 2014 geïntroduceerde Flash Glucose Monitoring. Daarnaast is een aantal aandachtspunten minder vaak genoemd.

#### **Beperkt gebruik van de keuzehulp**

De respondenten zijn algemeen van mening dat de keuzehulp in de praktijk nauwelijks wordt toegepast, noch door patiënten noch door zorgverleners. In ziekenhuizen wordt de keuzehulp niet veel gebruikt omdat daar doorgaans jonge patiënten terecht komen met een acute zorgbehoefte als gevolg van een zich plotseling manifesterende diabetes type 1. In zo'n situatie is er geen tijd de tool in te zetten. Bovendien hebben de aan het ziekenhuis verbonden zorgverleners de nodige expertise om adequaat te kunnen handelen. Respondenten vinden het dan ook begrijpelijk en logisch dat in een dergelijke situatie de keuzehulp achterwege blijft. Wel zou deze moeten worden ingezet bij de begeleiding in de chronische fase.

Zorgelijker is dat de keuzehulp nauwelijks wordt gebruikt in de eerstelijns zorg, waar vooral patiënten met diabetes type 2 onder behandeling zijn. Zorgverleners, vooral huisartsen en hun praktijkondersteuners, zijn onbekend met de keuzehulp en/of de 'sense of urgency' ontbreekt. Het is daarom de vraag in hoeverre functioneringsgericht wordt voorgeschreven. Het vermoeden is dat zorgverleners door een gebrek aan specifieke deskundigheid vooral terugvallen op bij hen bekende bloedglucosemeters en deze voorschrijven. Wat dit betekent voor de doelmatigheid (de patiënt krijgt het best bij hem passende hulpmiddel tegen de laagst mogelijke kosten) is niet duidelijk. Meerdere respondenten merken in dit verband op dat de functionaliteit en betrouwbaarheid van de in de kwaliteitsstandaard opgenomen bloedglucosemeters niet sterk uiteenlopen. Hierdoor zijn de meeste meters geschikt voor het merendeel van de patiënten. Het gaat er vooral om dat bij het voorschrijven en leveren van bloedglucosemeters rekening wordt gehouden met eventuele in de patiënt gelegen factoren die het goede gebruik van een bloedglucosemeter kunnen belemmeren (bijvoorbeeld een meter met audiofunctie, groot of verlicht display bij slechtziende gebruikers).

Een aantal respondenten merkt op dat doordat de meters onderling niet zoveel verschillen, doelmatigheidswinst vooral kan worden behaald door het educatiegedeelte van de kwaliteitsstandaard. Dit moet leiden tot een beter gebruik van de meters. Mede daarom is het van belang dat zorgverleners de standaard toepassen.

Doordat de zorgverleners de kwaliteitsstandaard niet toepassen, maar de verzekeraars deze wel opleggen aan de leveranciers en tegelijkertijd blijven uitgaan een vaste prijs per strip, merkt een aantal respondenten op dat "het probleem wordt neergelegd" bij de leveranciers. Daar de vergoeding per strip niet varieert naar de inkooprijzen van de leveranciers, is het voor hen van belang dat waar mogelijk goedkoop wordt voorgeschreven, zodat zij zonder nadelige gevolgen voor hun bedrijfsvoering waar nodig duurdere strips kunnen leveren.

Volgens een aantal respondenten is van te voren onvoldoende nagedacht over de disseminatie van de kwaliteitsstandaard nadat deze eenmaal zou zijn ontwikkeld. Men heeft



zich vol enthousiasme en met volle inzet op de inhoudelijke ontwikkeling van de standaard geworpen en daarbij weinig tot geen aandacht gehad voor het uitrollen ervan onder patiënten en vooral zorgverleners.

Een tweede reden voor de gebrekkige disseminatie, die nauw samenhangt met de voorgaande, is de onduidelijkheid over de financiering van de disseminatieactiviteiten.

Volgens de respondenten is een campagne nodig onder patiënten en vooral zorgverleners om de kwaliteitsstandaard bekend te maken en het gebruik ervan bij het voorschrijven en verstrekken van een bloedglucosemeter te stimuleren. Deze campagne moet vooral bestaan uit het planmatig en regionaal voorlichten van zorgverleners en niet uit het "opsturen van e-mails en brochures". Partijen als patiëntenverenigingen en verpleegkundigen ontberen de menskracht en middelen om een dergelijke campagne te trekken. Sommige respondenten pleiten er dan ook voor dat bijvoorbeeld een organisatie als Vilans de regie op zich neemt, waar nodig met financiële ondersteuning vanuit VWS.

Ook is in een aantal interviews aan de orde geweest of het gebruik van de kwaliteitsstandaard kan worden bevorderd doordat de zorgverzekeraars verifiëren of conform de standaard is voorgeschreven en geleverd. Hiertegen zijn meerdere bezwaren ingebracht: de kwaliteitstandaard is primair van de beroepsgroepen en zij zouden zich deze op intrinsieke gronden eigen moeten maken en het is de vraag of een dergelijke verificatie juridisch haalbaar is.

### **Flash Glucose Monitoring**

Het tweede belangrijke aandachtspunt is de introductie van de Flash Glucose Monitoring (FGM) met behulp van de Free Style Libre (FSL) in 2014. Bij FGM wordt de bloedglucosewaarde niet gemeten door bloed te prikken, zoals bij de bloedglucosemeter, maar met behulp van een sensor. Sinds november 2017 wordt de FSL voor vier groepen patiënten met diabetes type 1 uit de basisverzekering vergoed (circa 40.000 patiënten<sup>3</sup>). Diabetes Vereniging Nederland is van mening dat iedereen die afhankelijk is van intensieve insulinetherapie voor deze vergoeding in aanmerking moet komen. Zorginstituut Nederland streeft ernaar voor het einde van het jaar 2019 hierover een standpunt in te nemen. Hoewel de FSL voor een beperkt aantal patiënten wordt vergoed uit de basisverzekering en het nog niet zeker is of dit aantal wordt uitgebreid, zijn de respondenten in het algemeen van mening dat de grote aandacht voor de FSL de belangstelling voor de in de standaard beschreven wijze van bloedglucosemeting (met vingerprikken) sterk heeft doen afnemen. Dit bemoeilijkt de verspreiding van de kwaliteitsstandaard.

### **Overige aandachtspunten**

Naast de bovenstaande door meerdere respondenten genoemde aandachtspunten heeft een enkele of hebben enkele respondenten de volgende punten naar voren gebracht:

- De aanwezigheid van leveranciers en producenten in het platform belast de inhoudelijke discussie over een kwaliteitsstandaard met oneigenlijke commerciële belangen. Het ontwikkelen van het zorginhoudelijke gedeelte van een standaard zou aan zorgprofessionals en patiëntenorganisaties moeten worden overgelaten.
- Er worden vraagtekens geplaatst bij de toegevoegde waarde van de Stichting Kwaliteitsbevordering Zelfcontrole Diabetes. De keuzehulp zou niet zodanig complex zijn dat daarvoor een stichting opgezet had moeten worden.
- Enkele respondenten pleiten voor onderzoek naar de effecten van de monitor dat verder gaat dan het meten van de patiënttevredenheid. Iemand kan ontevreden zijn over zijn/haar meter, terwijl deze functioneringsgericht is voorgeschreven en geleverd. Daarom zouden effecten veel meer moeten worden gemeten in termen van bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisopnamen, uitval van werk en school etc. Volgens deze

<sup>3</sup> <https://www.dvn/nieuws/nieuwsbericht/doorbraak-in-vergoeding-fgm> (geplaatst 30 april 2018).



respondenten is te weinig aandacht besteed aan het meten van de effecten. Een respondent vult aan dat door het ontbreken van een nulmeting er ook weinig zicht was op de concreet te bereiken effecten van de kwaliteitsstandaard.

- Vanwege de (complexiteit van de) privacyregels is ervoor gekozen in de keuzehulp geen patiëntgegevens op te nemen. Dit betekent dat de zorgverlener de gegevens apart moet invoeren in het systeem van de zorgverzekeraar.
- Een kwaliteitsstandaard voor bloedglucosemeters omvat maar een beperkte selectie uit het hele arsenaal van hulpmiddelen die beschikbaar zijn voor het reguleren van diabetespatiënten. Het is aan te bevelen een integrale standaard voor alle hulpmiddelen te ontwikkelen.

### **3.5 Conclusie**

De respondenten vinden het resultaat tot dusverre teleurstellend: er is heel veel inspanning geleverd om tot een door alle partijen gedragen kwaliteitsstandaard te komen die vervolgens in de praktijk nauwelijks wordt toegepast.

Om alsnog tot gebruik van de standaard in de praktijk te komen, moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

- Nagegaan moet worden in hoeverre het nodig is de kwaliteitsstandaard te verbreden naar andere hulpmiddelen voor diabetespatiënten dan alleen bloedglucosemeters. In het bijzonder gaat het daarbij om de FGM.
- Er moet een planmatige campagne – met (een) duidelijke trekker(s) en voldoende financiële middelen – komen om de kwaliteitsstandaard/keuzetool te promoten onder patiënten en vooral zorgprofessionals.



## 4 Module Stoma

### 4.1 Reikwijdte van de module

In module Stoma Hulpmiddelen (d.d. 28 juni 2017) is beschreven wat goede hulpmiddelenzorg is voor mensen met een stoma. De module beschrijft het proces van hulpmiddelenzorg voor mensen met een (geplande) stoma, zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het voorschrijven van stomahulpmiddelen vindt plaats door de stomaverpleegkundige in het ziekenhuis waar de operatie plaatsvindt waarbij de stoma wordt aangelegd. Er is een breed scala aan stomahulpmiddelen en achterliggende medische problematieken.

### 4.2 Voortgang

De stand van zaken van de implementatie is op dit moment volgens de respondenten als volgt:

- Gebruikersversie: Er is een patiëntenfolder ontwikkeld. De patiëntenorganisatie is hier heel tevreden mee, omdat het duidelijkheid geeft voor patiënten, maar ook voor professionals. Het proces van het maken van de folder was erg intensief. Het opstellen ervan dwingt de partijen om steeds concreter te maken wat ze aan het doen zijn.
- Scholing van professionals: Er wordt nagedacht over een scholing voor de stomaverpleegkundigen. Dat ligt bij het bestuur van de stomaverpleegkundigen, maar dat is vertraagd door wisselingen in het bestuur van V&VN stomaverpleegkundigen.
- Indicatoren: Ze zijn bezig met het opstellen van indicatoren, deze verwacht men halverwege 2020 gereed te hebben.
- Gedigitaliseerd protocol: Het ontwikkelen hiervan is van groot belang voor de implementatie, maar tegelijkertijd ook het punt waar het moeizaam loopt. Dat komt o.a. door de wisselingen in het bestuur bij V&VN. Verder is formulier erg ingewikkeld geworden, wat de digitalisering bemoeilijkt.

Als de scholing en het gedigitaliseerd protocol zijn ontwikkeld, dan is de toolbox gevuld. Maar om te zorgen dat de instrumenten door alle partijen in de praktijk worden toegepast is meer nodig: betrokkenen vragen zich af wie de macht heeft om dit te realiseren. De partijen wijzen naar elkaar als het gaat om wie de volgende stap moet zetten.

### 4.3 Opbrengsten

Doordat de implementatie-activiteiten nog maar beperkt zijn gerealiseerd, kunnen patiënten nog weinig merken van de kwaliteitsstandaard. Datzelfde geldt ook voor de stomaverpleegkundigen.

In het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is wel vastgelegd dat leveranciers leveren op basis van functioneringsgericht voorschrijven. Leveranciers zijn daarmee verplicht om een breed assortiment te hebben, wat in het GKH is toegelicht. Dit is ook opgenomen in de inkoopafspraken tussen de zorgverzekeraars en de leveranciers. Daarmee heeft de patiënt in principe meer keuzemogelijkheid dan voorheen.



## 4.4 Aandachtspunten

De respondenten benoemen in de interviews een aantal ervaren knelpunten in de totstandkoming en implementatie van de kwaliteitsstandaard, waarvan enkele knelpunten zeer specifiek zijn voor de stomahulpmiddelen en andere knelpunten breder spelen.

### **Diversiteit aan patiënten en hulpmiddelen**

Bij stomahulpmiddelen is er volgens de respondenten sprake van een grote diversiteit aan hulpmiddelen en typen patiënten. Dat maakt het ten eerste lastig om eenduidige afspraken te maken. Een knelpunt dat daarmee samenhangt, is dat volgens de respondenten het registratieformulier te uitgebreid is, wat een belemmering vormt bij de digitalisering.

### **Draagvlak bij stomaverpleegkundigen en ziekenhuizen**

De respondenten geven aan dat stomaverpleegkundigen in de praktijk vaak al functioneringsgericht werken, maar dat er geen eenheid is in het veld en ieder daar op een eigen manier invulling aan geeft. Stomaverpleegkundigen zien, doordat zij vinden dat ze al functioneringsgericht werken, de noodzaak niet om hun werkwijze te veranderen. Tegelijkertijd is het de vraag of er in de praktijk daadwerkelijk sprake zal zijn van een grote verandering.

Naast de verpleegkundigen spelen ook de ziekenhuissystemen een rol bij stomahulpmiddelen. Ziekenhuizen werken vaak met bepaalde leveranciers en artikelen, en maken dus de afspraken met de leveranciers. De brancheorganisatie van ziekenhuizen is echter niet betrokken in de werkgroep, terwijl met hen ook consensus zou moeten worden bereikt over de uitvoering van de kwaliteitsstandaard.

### **Doorzettingsmacht**

Als aandachtspunt is genoemd dat de medisch speciaalzaken hun rol naar eigen inzicht kunnen uitvoeren. Het komt naar verluid in de praktijk voor dat zij iets anders leveren dan wat de stomaverpleegkundige adviseert. Er is geen partij die de macht heeft om de medisch speciaalzaken erop aan te spreken als het niet gaat zoals het is afgesproken in de kwaliteitsstandaard.

### **Rol van de zorgverzekeraars**

Verschillende stakeholders vinden dat de zorgverzekeraars niet de gewenste bijdrage leveren aan het bereiken van het gewenste resultaat. De zorgverzekeraars leveren volgens hen te weinig een actieve bijdrage en zijn te weinig bereid om toezeggingen te doen. De zorgverzekeraars zouden bijvoorbeeld hun systemen beter moeten laten aansluiten bij het functioneringsgericht voorschrijven. Er zijn twijfels over de mate waarin de zorgverzekeraars hier prioriteit aan geven en de mate waarin ze hun eigen organisatie en de andere zorgverzekeraars daarin mee kunnen nemen.

Ook is als knelpunt genoemd dat er bij de zorgverzekeraars te weinig vertrouwen is dat de stomaverpleegkundigen de keuze voor de hulpmiddelen op de juiste manier vaststellen. Als dit vertrouwen kan worden verbeterd, hoeft er minder te worden gecontroleerd en geeft dat minder belasting voor de patiënt.



### **Kennis van en ervaring met implementatieprocessen**

Bij de implementatie lopen partijen tegen knelpunten aan, zoals bijvoorbeeld het eigenaarschap van de standaard, die mogelijk voorzien hadden kunnen worden. *"De partijen zijn met veel enthousiasme aan de slag gegaan. Maar we hadden van tevoren beter de knelpunten in kaart kunnen brengen."*

Er liggen op het gebied van implementatie veel taken bij de verpleegkundige beroepsgroep en de patiëntenorganisaties. De vertegenwoordigers van de verpleegkundigen zijn inhoudelijk deskundig, maar hebben beperkte kennis en middelen voor het uitvoeren van deze trajecten. Ze hebben bovendien geen macht om veranderingen in het systeem te realiseren. Ook was meer begeleiding wenselijk geweest in het proces.

### **Financiële belangen**

Een deel van de betrokken partijen heeft financiële belangen, die voor de andere betrokkenen niet inzichtelijk zijn. Dat is niet bevorderlijk voor het onderlinge vertrouwen tussen de betrokken partijen. Respondenten ervaren dat de discussie over de financiële consequenties de implementatie van de kwaliteitsstandaard belemmert. Er zijn gedurende het traject een aantal onderwerpen geparkeerd, die samenhangen met de financiering. Bijvoorbeeld wat de gevolgen van de standaard zijn voor de financiering, zoals de financiering van de evaluatie van de hulpmiddelenzorg na het sluiten van de DOT door de stomaverpleegkundige. Deze onderwerpen moeten nu alsnog worden besproken om tot overeenstemming te komen.

Eén respondent benoemt tevens als belemmering dat er niet integraal wordt gekeken naar mogelijke besparingen elders in de zorg die het gevolg zijn van goede hulpmiddelenzorg.

## **4.5 Conclusie**

De module voor stomahulpmiddelen is het minst ver gevorderd in de implementatie. Op dit moment is alleen de patiëntenfolder gereed. Bij de implementatie spelen praktische belemmeringen een vertragende rol, zoals wisselingen in het bestuur bij V&VN, maar daarnaast spelen meer fundamentele belemmeringen:

- Belangrijk aandachtspunt is het draagvlak bij de stomaverpleegkundigen en de ziekenhuizen waar zij werkzaam zijn. Het is daardoor zeer de vraag of de tools, als zij beschikbaar zijn, daadwerkelijk gaan leiden tot een verandering in het voorschrijfgedrag van de stomaverpleegkundigen. Er lijken weinig concrete stimulansen voor deze doelgroep te zijn om te veranderen. Zo hebben zorgverzekeraars hun werkwijze (nog) niet aangepast aan de afspraken over functioneringsgericht voorschrijven. De ziekenhuizen zijn tot op heden niet betrokken geweest bij het traject.
- Het maken van afspraken over de financiële consequenties van de implementatie van de kwaliteitsstandaard, is een onderwerp wat nu alsnog aandacht dient te krijgen.







## 5 Module Continentie

### 5.1 Reikwijdte van de module

De module Continentiehulpmiddelen (d.d. september 2018) beschrijft de hulpmiddelenzorg (afvoerend en absorberend) voor mensen met continentiestoornissen in de thuissituatie.

### 5.2 Voortgang

De volgende onderdelen van het implementatieplan zijn inmiddels gerealiseerd:

- Stappenplan
- PES+ formulier (in gedigitaliseerde vorm gereed voor praktijkimplementatie).
- Indicatoren zijn ontwikkeld, maar moeten in de praktijk geïmplementeerd.
- Competenties continetie-hulpmiddelenzorg 1 januari 2022.
- Cliëntversie.

Een aantal onderdelen zijn op dit moment nog in ontwikkeling:

- Second opinion: op het moment ligt een voorstel voor een procedure voor waarin het oordeel van een onafhankelijk deskundige bindend is.
- Onderzoek patiëntervaringen.
- Scholingstraject / e-learning ten behoeve verpleegkundigen

De informatiestandaard is, mede vanwege inhoudelijke complexiteit, (nog) niet gerealiseerd.

### 5.3 Opbrengsten

De kwaliteitsstandaard heeft volgens respondenten een aantal concrete opbrengsten:

- De standaard zet, samen met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en de andere modules, de hulpmiddelenzorg op de kaart. De kwaliteitsstandaard helpt de positie van de hulpmiddelenzorg als ondergeschoven kindje binnen de zorgverlening te doorbreken.
- In het platform en de werkgroepen hebben de ketenpartijen elkaar leren kennen en elkaars standpunten leren begrijpen. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor betere hulpmiddelenzorg. Een aantal respondenten roemt ook de inzet en samenwerking van partijen in het platform en de werkgroepen. Enkele respondenten wijzen op de grote inzet van de verpleegkundigen.
- Er is in de randvoorwaardelijke sfeer veel ontwikkeld om het functioneringsgericht voorschrijven en leveren van hulpmiddelen ook daadwerkelijk te kunnen toepassen.
- Een enkeling merkt op dat de standaard er wellicht voor heeft gezorgd dat de trend van een steeds meer verschalend aanbod van afvoerende hulpmiddelen als gevolg van de door zorgverzekeraars uitgeoefende druk op de prijzen is doorbroken.

Men is nu op het punt gekomen dat de vele onderdelen die zijn ontwikkeld in de praktijk worden uitgerold. Dit loopt niet of nauwelijks vanwege (een aantal van) de hieronder te bespreken aandachtspunten. Vooral in de eerste lijn is het functioneringsgericht voorschrijven van continetie-hulpmiddelen nog nauwelijks bekend.



## 5.4 Aandachtspunten

### **Eerste lijn: grote noodzaak deskundigheidsbevordering; afwezigheid huisartsen is een omissie**

Volgens meerdere respondenten loopt de hulpmiddelenzorg in de tweede lijn (voornamelijk afvoerende middelen) goed. Doordat patiënten doorgaans langere tijd in ziekenhuis en revalidatiecentrum verblijven is er tijd voor het zorgvuldig functioneringsgericht voorschrijven van hulpmiddelen. Het voorschrift van de tweedelijns zorgverlener (bijvoorbeeld een revalidatiearts) wordt in het algemeen door de zorgverzekeraar overgenomen en wordt in de thuissituatie gecontinueerd.

De bedoeling is dat er ook in de eerste lijn (voornamelijk absorberende middelen) een – met de tweedelijns zorgverlener – vergelijkbare onafhankelijke voorschrijver komt. Hiervoor moeten op regionaal niveau verpleegkundigen worden opgeleid, waarop huisartsen(praktijken) kunnen terugvallen. Door meerdere respondenten wordt het als een groot gemis gezien dat huisartsen niet bij het platform voor de kwaliteitstandaard zijn aangesloten. Veel nieuwe patiënten melden zich juist bij de huisarts. Deze moet zich (conform de eerste stappen van de kwaliteitsstandaard) samen met de patiënt een beeld vormen of het verstrekken van een hulpmiddel dan wel een andere interventie (bijvoorbeeld bekkenbodetherapie) de meest geëigende aanpak is. Als de keuze op een hulpmiddel valt moet dit door de huisarts of de verpleegkundige naar wie hij doorverwijst functioneringsgericht worden voorgeschreven. Volgens de respondenten onderkennen huisartsen in het algemeen het probleem niet en schrijven ze niet functioneringsgericht maar op basis van hun productkennis voor.

Daarnaast wordt erop gewezen dat het opleiden van de regionale continetieverpleegkundigen moeizaam verloopt. Dit blijkt in belangrijke mate een kwestie van tijd en daarmee van geld. De financiering van het opleidingstraject is volgens respondenten onvoldoende geregeld. Daardoor komt het ontwikkelen van het opleidingstraject vooral neer op verpleegkundigen die dit naast hun reguliere werkzaamheden moeten doen. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat verpleegkundigen van de leveranciers worden ingezet, zij beschikken immers over de vereiste deskundigheid. Hiertegen is ingebracht dat deze deskundigen veelal werken vanaf een telefonische helpdesk. Dit is minder geschikt voor het functioneringsgericht voorschrijven van hulpmiddelen, waarbij persoonlijk contact en 'look and feel' erg belangrijk zijn. Daarnaast plaatsen respondenten vraagtekens bij het voorschrijven door leveranciers vanwege hun commerciële belangen.

### **Beleid zorgverzekeraars**

Een aantal respondenten merkt op dat zorgverzekeraars weliswaar de leveranciers in hun contracten binden aan het functioneringsgericht leveren, maar dat ze niet duidelijk maken of ze bereid zijn af te wijken van de door hen gehanteerde patiëntprofielen wanneer het functioneringsgericht voorschrijven tot een andere uitkomst leidt. De profielen gaan uit van de mate van incontinentie van de patiënt en laten diens functioneren buiten beschouwing. Een positief standpunt van de zorgverzekeraars in deze is een randvoorwaarde voor de leveranciers om het PES+ formulier in hun systemen in te bouwen.

Zoals gezegd heeft de kwaliteitsstandaard mogelijk tot gevolg gehad dat vershraling van het aanbod van afvoerende middelen als gevolg van prijsdruk door de zorgverzekeraars mogelijk is gestopt. Meerdere respondenten merken echter op dat de druk die zorgverzekeraars uitoefenen op de prijzen en de hieruit voortvloeiende noodzaak voor leveranciers hun assortiment te versmallen een issue blijft. Mede omdat tussen een aantal absorberende producten nauwelijks verschil in functionaliteit en kwaliteit bestaat, is voor ketenpartners van zorgverzekeraars en leveranciers onduidelijk in hoeverre dit nadelige



gevolgen heeft voor het functioneringsgericht (kunnen) voorschrijven en leveren van hulpmiddelen. Een aantal respondenten pleit voor grotere transparantie in deze.

In dit verband is verder opgemerkt dat leveranciers in de knel (kunnen) komen tussen niet functioneringsgericht en daarmee mogelijk niet kostenefficiënt voorschrijvende zorgverleners en op de kosten drukkende zorgverzekeraars waardoor ze geen brede voorraden aan kunnen houden. Leveranciers zouden daarom het gesprek met de zorgverlener en patiënt moeten kunnen aangaan als ze van mening dat een gelijkwaardig maar goedkoper alternatief beschikbaar is.

### **Complexiteit ontwikkeling en uitrol producten**

Meerdere partijen merken op dat de complexiteit en de hoeveelheid werk om de kwaliteitsstandaard te ontwikkelen en uit te rollen in de praktijk van te voren zijn onderschat. Per onderdeel benoemen we hieronder de ervaren knelpunten.

#### *Indicatoren*

Respondenten oordelen verschillend over de inhoudelijke ontwikkeling van indicatoren. Waar de één dit heeft ervaren als een ingewikkelde opgave, vindt de ander dat nog wel meevallen. Een groot aantal respondenten is het er echter over eens dat het in de praktijk uitrollen van de indicatoren erg complex blijkt. Eén van de genoemde oorzaken is dat een 'theoretisch perfecte' indicatorenset is ontwikkeld, maar dat daarbij te weinig rekening is gehouden met de (on)mogelijkheden deze set in de praktijk te implementeren. Men loopt nu tegen vragen aan als wie verantwoordelijk is voor de implementatie en het beheer van de indicatorenset en voor de daarmee gemoeide kosten, wie toegang heeft tot de indicatoren en met welk doel indicatoren worden vastgelegd (bijvoorbeeld als beoordelingsinstrument). Daarnaast gaat het voor een deel om concurrentiegevoelige informatie en spelen ook privacyaspecten een rol. Veel respondenten vragen zich af of de indicatorenset niet moet worden vereenvoudigd. Een aantal oppert het uitvoeren van (effect)onderzoek als alternatief.

#### *Informatiestandaard*

De ontwikkeling van de informatiestandaard verkeert nog in een heel vroeg stadium. Volgens enkele respondenten is ook dit terug te voeren op de grote complexiteit van de materie. Ook hier valt de term 'vereenvoudigingsoperatie'.

#### *PES+ formulier*

Ook het in praktijk toepassen van het PES+ formulier is complex omdat leveranciers verschillende systemen gebruiken en het ook nog eens gaat om concurrentiegevoelige informatie die gebruikers bij wisseling van leverancier mee zouden moeten kunnen nemen. Ten aanzien van PES+ is opgemerkt dat dit wellicht een te zwaar instrument is voor patiënten die bezig zijn hun zorgverlener in vertrouwen te nemen over een (mogelijk) continentieprobleem en voor patiënten met lichte vormen van incontinentie.

### **Procesgang**

De hierboven gesignaleerde aandachtspunten worden volgens meerdere respondenten voor een deel veroorzaakt door het uitgangspunt dat de platforms en de werkgroepen zich aanvankelijk alleen met de inhoud zouden bezighouden en dat men zich na inhoudelijke ontwikkeling van een standaard over de financiering zou buigen. Hierdoor is de praktische haalbaarheid tijdens de ontwikkelingsfase te veel buiten beeld gebleven.

Hoewel men in het algemeen positief is over de onderlinge samenwerking en verhoudingen in het platform en de werkgroepen, wijst een aantal respondenten erop dat de ervaring die



de verschillende partijen hebben met het opereren in dergelijke gremia en de tijd die ze daarvoor hebben sterk verschilt. Zo zijn verpleegkundigen dit veel minder gewend en hebben ze daar veel minder tijd voor dan bijvoorbeeld fabrikanten, leveranciers en zorgverzekeraars die voor dit soort trajecten ervaren en 'dedicated' personeel kunnen inzetten. Verpleegkundigen moeten hun platformwerkzaamheden veelal in eigen tijd, naast hun beroepsactiviteiten uitvoeren. Deze onevenwichtigheid is ook door andere respondenten dan alleen verpleegkundigen gesignaleerd.

Ten aanzien van specifieke activiteiten zoals het ontwikkelen van brochures, het maken van animatiefilmpjes, scholingsvraagstukken en digitalisering missen respondenten centrale ondersteuning. Dit soort activiteiten zijn in het algemeen geen onderdeel van de expertise van de platformleden. Nu hebben respondenten het gevoel dat de verschillende platforms ieder voor zich het wiel hebben moeten uitvinden.

## 5.5 Conclusie

Veel respondenten wijzen erop dat het ontwikkelen van de standaard een zeer intensief proces is geweest en zijn trots op wat ze gezamenlijk tot stand hebben gebracht. Echter, doordat de implementatie in de praktijk zo moeizaam verloopt, is ook een soort vermoeidheid en gelatenheid ontstaan waardoor niet uitgesloten wordt dat toepassing van de kwaliteitsstandaard uiteindelijk niet van de grond komt. Om deze impasse te doorbreken zijn de volgende ideeën geopperd:

- Houdt de kwaliteitsstandaard zoals die er nu ligt kritisch tegen het licht en stel – mede met het oog op de implementatie in de praktijk en de kosten daarvan – de vraag hoe de standaard kan worden vereenvoudigd.
- Benoem trekkers en verantwoordelijkheden en regel de financiering.<sup>4</sup>
- Voorzie waar nodig in centrale ondersteuning van activiteiten van de platforms/werkgroepen.
- Schaal werkzaamheden en ondersteuning waar mogelijk op. De verschillende platforms worden voor een deel geconfronteerd met problemen die om een zelfde oplossing(srichting) vragen.
- Beleg een goed georganiseerde en gefaciliteerde 'kroeg-' of 'heibijeenkomst' waarop partijen in een informele en ongedwongen setting met elkaar in gesprek kunnen gaan om de implementatie van een impuls te voorzien.
- Voor toekomstige trajecten: besteed in het begin van het project naast de inhoudelijke aspecten meer aandacht aan zaken als eigenaarschap, verantwoordelijkheden, financiering en randvoorwaarden van de implementatie.

---

<sup>4</sup> Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON) merkt in dit verband op dat er met de onlangs verschenen notities *Framework eigenaarschap van kwaliteitstandaarden, afgeleide producten en data* en *Eigenaarschap van implementatieproducten van kwaliteitsstandaarden* een tendens is dan wel lijkt te zijn ingezet dat het eigenaarschap van een kwaliteitsstandaard volledig bij één partij (meestal patiëntenvereniging of beroepsvereniging) wordt neergelegd. Bij de start van de kwaliteitsstandaard continuentiehulpmiddelen heeft DON het eigenaarschap op zich genomen in de zin dat ze eerste aanspreekpunt is in een situatie van gedeeld eigenaarschap van alle betrokken partijen en onder de voorwaarde dat ze over voldoende middelen blijft beschikken om deze rol te kunnen blijven vervullen. DON merkt op dat het – gezien de veelomvattendheid van de taken van de eigenaar gecombineerd met de complexiteit van de standaard – voor haar (en wellicht andere patiëntenverenigingen) onmogelijk is de in genoemde notities beschreven eigenaarsrol in te vullen. De beschikbare capaciteit, deskundigheid en financiële middelen van de organisatie schieten daarvoor tekort.



## Bijlage 1 **Onderzoeksaanpak en respondentenoverzicht**

De verkenning is uitgevoerd in september en oktober 2019 en heeft naast een beperkte documentstudie voornamelijk bestaan uit gesprekken met vertegenwoordigers van in de diverse platforms participerende organisaties en enkele 'kennisorganisaties'.

tabel 1 Overzicht van geraadpleegde personen

<b>Organisaties</b>	<b>Respondenten</b>
Diabetes Vereniging Nederland (DVN)	Carin Koning
Diagned	Mirjam de Bruin
Dwarslaesie Organisatie Nederland (DON)	Jos Dekkers
FHI, federatie van technologiebranches / Mediq	Susanne van Tiggelen
KNMP	Henk Vermaat
Menzis	Henk Eleveld
Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)	Stefan Kroon
Stomavereniging	Christel van Batenburg
V&VN	Anneke Bangma en Thessa Segeren-Boetzkes
Voorzitter Platform Continentie	Margo Weerts
Zilveren Kruis	Trudy Gerritsma
ZonMW	Marleen Jonker en Marleen Bink
Zorginstituut Nederland	Carin Nyst
Zorgverzekeraars Nederland	Ronald Kooistra

