

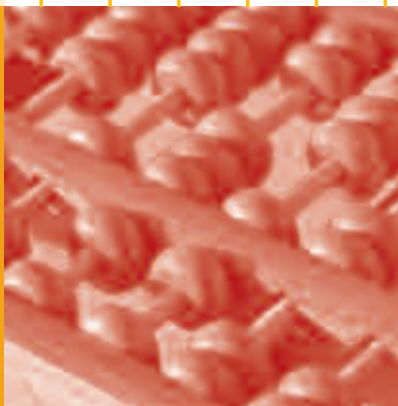
Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006

(Pakketbeheer hulpmiddelen)



CVZ

College voor zorgverzekeringen



Rapport

Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006

(Pakketbeheer hulpmiddelen)

Op 22 juni 2006 uitgebracht aan

- de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- de zorgverzekeraars

Publicatienummer

Uitgave

College voor zorgverzekeringen

Postbus 320

1110 AH Diemen

Fax (020) 797 85 00

E-mail info@cvz.nl

Internet www.cvz.nl

Volgnummer

26016197

Afdeling

PAKKET

Auteur

mw. E.C.M. Visser/mw. drs. A.J. Link

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 75

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website

(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer

(020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
2	2. Actuele ontwikkelingen pakketbeheer
2	2.a. Actualisatie regelgeving hulpmiddelenzorg
2	2.b. Heroriëntatie hulpmiddelenzorg
4	2.c. Stand van zaken beoordelingsmodel hulpmiddelenzorg
4	2.c.1. Algemeen
5	2.c.2. Criteria voor het beoordelen van hulpmiddelen
5	2.c.3. Beslisstructuren voor het beoordelen van hulpmiddelen
8	3. Werkwijze signalen
8	3.a. Huidige beoordelingscriteria
9	3.b. Toelating nieuwe hulpmiddelen
10	3.c. Signaleringsformulier
10	3.d. Overzicht signalen
15	4. Rangschikking signalen
15	4.a. Signalen waarop geen actie volgt
15	4.b. Signalen waarvoor nader onderzoek nodig is
16	4.c. Signalen die leiden tot aanbevelingen of nadere rapportage
16	4.d. Actieschema signalen
18	5. Hulpmiddelen met elektrostimulatie (ES)
18	5.a. Inleiding
18	5.b. Stand van de wetenschap
18	5.b.1. Verschillende vormen van elektrostimulatie
19	5.b.2. Algemeen
20	5.b.3. Hulpmiddelen met ES voor de bovenste extremiteit
21	5.b.4. ES voor de onderste extremiteit
22	5.b.5. Conclusie onderzoekers
23	5.b.6. Standpunt CVZ
24	6. Decubitus in de thuiszorg
24	6.a. Inleiding
24	6.b. Vervolgonderzoek naar decubitus in de thuiszorg
24	6.b.1. Geschiedenis
25	6.b.2. Voorbereidingsfase
26	6.b.3. Uitvoeringsfase
27	6.b.4. Kennis
28	6.b.5. Registratie
28	6.b.6. Levering AD-materialen
28	6.b.7. Conclusie onderzoekers

29	6.b.8. Aanbevelingen praktijk
30	6.c. Standpunt CVZ
31	7. Orthesen
31	7.a. Inleiding
31	7.b. Te verzekeren prestatie
32	7.c. Uitvoeringspraktijk
33	7.d. Doelmatige zorgverlening
33	7.e. Doel van het onderzoek
33	7.f. Uitvoering onderzoek
34	7.g. Resultaten van het onderzoek
34	7.g.1. Algemene conclusie
34	7.g.2. Overige conclusies
35	7.h. Aanbevelingen van de onderzoekers
35	7.h.1. Patiëntenenquête
35	7.h.2. Wijze van toetsing
35	7.h.3. Implementatie
35	7.i. Standpunt CVZ
37	8. Heupbeschermers
37	8.a. Inleiding
37	8.b. Signaleringsrapport hulpmiddelen 2002
38	8.c. Onderzoek naar heupbeschermers
38	8.c.1. Onderzoeksopzet
38	8.c.2. Registratie heupfracturen en spoedeisende hulpafdelingen
38	8.c.3. Preventief effect heupbeschermer
39	8.c.4. Kosteneffectiviteit
39	8.c.5. Therapietrouw
40	8.c.6. Kosten heupbeschermers
40	8.c.7. Algemene conclusie onderzoekers
41	8.d. Standpunt CVZ
43	9. Signalen waarover tussentijds is gerapporteerd
43	9.a. Diabetes hulpmiddelen voor zelfcontrole
45	9.b. Incontinentie (bekkenfysiotherapie)
47	10. Aanbevelingen

Bijlagen

1. Signalen waarop geen verdere actie zal worden ondernomen
2. Signalen waarvoor onderzoek nodig is; lopend onderzoek
3. Signalen waarvoor onderzoek nodig is; nog te starten
4. Geactualiseerde Signaleringslijst (juni 2006)
5. Onderzoeksresultaten decubitus
6. Onderzoeksresultaten heupbeschermers
7. Literatuurlijst
8. Brief Zorgverzekeraars Nederland d.d. 15 juni 2006
9. Brief FHI Medische Technologie d.d. 21 juni 2006
10. Standpunt CVZ m.b.t. reacties veldpartijen

Het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006 is opgesteld door

Mw. E.C.M. Visser en

Mw. drs. A.J. Link

In samenwerking met

Dhr. H. Bosboom, revalidatiearts

Mw. mr. C.C.S. Festen

Dhr. H.M. Gaasbeek Janzen, arts M&G

Dhr. J.C. de Wit

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) rapporteert jaarlijks over actuele knelpunten in de hulpmiddelenzorg. Als basis voor dit rapport dient de Signaleringslijst hulpmiddelen. Op deze lijst staan signalen die duiden op knelpunten en lacunes in de wet- en regelgeving, waardoor noodzakelijke zorg en toegankelijkheid van zorg onvoldoende is gewaarborgd. Ook signalen over ondoelmatigheid van de zorg komen op deze lijst.

In dit rapport schetst het CVZ de stand van zaken bij de ontwikkeling van een nieuw beoordelingsmodel voor hulpmiddelenzorg. Een andere nieuwe ontwikkeling is het project 'Heroriëntatie hulpmiddelenzorg' waarmee het CVZ van start is gegaan. Doel van dit project is, om in samenwerking met betrokken partijen te komen tot een logische indeling van hulpmiddelenzorg, waarbij afstemmings- en afbakeningsproblemen tussen verschillende wettelijke regelingen zoveel mogelijk tot het verleden zullen behoren.

Verder acht het CVZ een actualisering van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg op zijn plaats. Samen met betrokken partijen bekijkt het CVZ of de regelgeving – daar waar mogelijk – meer functiegericht kan worden omschreven. Ook gaat het CVZ na of de huidige ordening van hulpmiddelen logisch is.

In dit rapport rapporteert het CVZ over onderzoeken die recent zijn afgerond. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd naar aanleiding van signalen uit eerdere signaleringsrapporten. Het betreft de volgende onderwerpen:

- *Hulpmiddelen voor elektrostimulatie (ES)*

Het CVZ heeft enkele jaren geleden deze technologische ontwikkeling in de revalidatiezorg gesignaleerd. Enkele hulpmiddelen zouden voor langdurig gebruik in de thuissituatie geschikt zijn. De vraag is of deze hulpmiddelen een plaats moeten krijgen in de Regeling zorgverzekering. Het CVZ heeft hiernaar onderzoek laten doen.

De onderzoeksresultaten laten zien dat de toepassing van ES in de revalidatiezorg een veelbelovende ontwikkeling is, maar dat het hier gaat om hulpmiddelen die nog in de experimentele fase verkeren. Het CVZ is daarom van mening dat ES-hulpmiddelen op dit moment niet in aanmerking komen om te worden opgenomen als te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet.

De NESS Handmaster wordt op dit moment al wel in de praktijk toegepast en verstrekt door zorgverzekeraars. Deze verstrekking gaat echter gepaard met discussie over de vraag of er sprake is van een doelmatige voorziening. Veel verstrekkingengeschillen zijn hiervan het gevolg.

Daarom heeft het CVZ nader onderzoek gedaan naar dit hulpmiddel. Over de uitkomsten hiervan zal het CVZ op korte termijn rapporteren in een afzonderlijk rapport. Ook betreft het CVZ hierbij de recent beschikbaar gekomen relevante literatuur.

- *Decubitus in de thuiszorg.*

In het kader van het beleidsonderzoek hulpmiddelen heeft het CVZ onderzoek gedaan naar decubitus in de thuissituatie. In dit onderzoek is bekeken in hoeverre bepaalde instrumenten een daling van de omvang van decubitus kunnen bewerkstelligen. Het CVZ concludeert dat het implementeren van verschillende instrumenten binnen de deelnemende thuiszorginstellingen daadwerkelijk heeft geleid tot een forse daling van de omvang van decubitus. Het gaat daarbij onder meer om het aanstellen van een aandachtsveldhouder decubitus, het volgen van een B-learningprogramma door zorgverleners, het doen van regelmatige prevalentiemetingen, en het invoeren van een registratiesysteem. Een andere opvallende conclusie uit het onderzoek is, dat alleen al door meer aandacht voor decubitus door een jaarlijkse prevalentiemeting een daling kan worden bewerkstelligd.

Het CVZ zal de volledige onderzoeksrapportage inclusief de ontwikkelde instrumenten op zijn website zetten en deze rapportage onder de aandacht brengen van Z-org en ZN. Daarnaast zullen de thuiszorginstellingen en zorgverzekeraars per brief worden geïnformeerd over de rapportage met een verwijzing naar CVZ website.

Gebleken is dat eventuele problemen met betrekking tot het verstrekken van anti-decubitusmaterialen in onderling overleg tussen de instellingen, zorgkantoren of verzekeraars kunnen worden opgelost. Het CVZ concludeert hieruit dat er geen regeltechnische problemen zijn en daarmee geen reden voor een pakketwijziging.

- *Orthesen*

In het kader van het beleidsonderzoek hulpmiddelen heeft het CVZ een onderzoek naar orthesen uitgezet. Doel van het onderzoek was te komen tot een heldere indicatiestelling en een evaluatie van de omschrijving van de te verzekeren prestatie. Tijdens het onderzoek zijn onder meer richtlijnen geformuleerd voor de ortheseverstrekking bij specifieke aandoeningen aan enkel, knie, elleboog en pols. Deze richtlijnen dienen nog nader te worden getoetst, voordat tot implementatie kan worden overgegaan. Verdere richtlijnontwikkeling en implementatie van richtlijnen is zinvol, maar behoort niet tot het takenpakket van het CVZ. Daarom brengt het CVZ de uitkomsten van het onderzoek onder de aandacht van relevante partijen.

Verder concludeert het CVZ dat de omschrijving van de te verzekeren prestatie – door het onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen – in de praktijk doelmatige zorg in de weg kan staan. Om die reden prioriteert het CVZ de te verzekeren prestatie orthesen voor de actualisering van de Regeling.

- *Heupbeschermers*

Om de vraag te beantwoorden of heupbeschermers moeten worden opgenomen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet is onderzoek gedaan naar de therapietrouw, therapietrouwverhogende interventies en de kosteneffectiviteit van de heupbeschermer. Op basis van de onderzoeksresultaten en een recent onderzoek van Parker et al. komt het CVZ tot de conclusie dat er twijfels zijn ten aanzien van de effectiviteit van de heupbeschermer zowel in de thuissituatie als in verzorgings- of verpleeghuizen. Om deze reden is het CVZ van mening dat het niet doelmatig is om heupbeschermers op te nemen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet.

Tenslotte is in dit rapport een hoofdstuk gewijd aan signalen waarover het CVZ tussentijds heeft gerapporteerd. Het gaat daarbij om de volgende rapportages en aanbevelingen:

- *Diabeteshulpmiddelen voor zelfcontrole*

Het CVZ heeft voorgesteld de kortdurende zelfcontrole (met inbegrip van materiaal) voor pas gediagnosticeerde type 2 diabetes op te nemen als te verzekeren prestatie als onderdeel van de diabeteseducatie in de keten DBC diabetes. De hiermee gemoeide kosten werden geraamd op € 1,7 miljoen per jaar. Een schatting van de kostenbesparing is niet te geven. Wel is bekend dat een scherpe glucose-instelling het risico op diabetes gerelateerde complicaties vermindert bij type 2 diabetes.

- *Incontinentie*

Het CVZ heeft naar aanleiding van de eindrapportage van de deskundigencommissie incontinentie (DINC) de te verzekeren prestaties voor incontinentie nader bekeken en constateert dat de behandeling van incontinentie met medicijnen, operaties en incontinentie-absorptiematerialen onder de te verzekeren prestaties valt. Bekkenfysiotherapie is echter de eerst aangewezen behandeling bij urine-incontinentie. Deze behandeling wordt niet vergoed als gevolg van een algemene bezuinigingsmaatregel op het gebied van de fysiotherapie in 2004. Het CVZ stelt voor deze behandeling wederom toe te laten als te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet, omdat hiermee naar verwachting een besparing van € 4 miljoen op het totale behandelarsenaal voor incontinentie is te realiseren.

1. Inleiding

Jaarlijkse cyclus

Op verzoek van de minister van VWS rapporteert het College voor zorgverzekeringen (CVZ) jaarlijks over gesignaleerde knelpunten in de te verzekeren prestaties op het gebied van hulpmiddelenzorg. Als basis voor dit rapport dient de Signaleringslijst hulpmiddelen. Hiermee geeft het CVZ uitvoering aan het pakketbeheer hulpmiddelenzorg, als onderdeel van zijn kerntaak 'pakketbeheer'.

Signaleringslijst

Op de Signaleringslijst staan alle signalen op het gebied van hulpmiddelenzorg die het CVZ bereiken. Daarbij kan het gaan om verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel toe te laten tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. Ook komen signalen op de lijst vanuit de Commissie Verstrekkingengeschillen, correspondentie of uitvoeringspraktijk.

Heroriëntatie en actualisatie

Het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006 is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 besteedt het CVZ aandacht aan actuele zaken, zoals de stand van zaken rond de heroriëntatie hulpmiddelenzorg en het nieuwe beoordelingsmodel voor hulpmiddelenzorg. Ook zal het CVZ de actualisatie van de regelgeving op het gebied van hulpmiddelenzorg ter hand nemen.

De werkwijze die het CVZ tot dusver hanteert bij het beoordelen van signalen is beschreven in hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk geeft het CVZ ook een overzicht van de signalen. In hoofdstuk 4 volgt de rangschikking van deze signalen. Op sommige signalen volgt geen verdere actie van de kant van het CVZ. Andere signalen gaat het CVZ onderzoeken. Tenslotte zijn er signalen die in het rapport leiden tot aanbevelingen of een nadere standpuntbepaling.

Onderzoeks- resultaten

In de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8 rapporteert het CVZ over onderzoeken die recent zijn afgerond. Deze onderzoeken zijn naar aanleiding van signalen uit eerdere signaleringsrapporten uitgevoerd. Het betreft de volgende onderwerpen:

- Hulpmiddelen met elektrostimulatie;
- Decubitus in de thuiszorg;
- Orthesen;
- Heupbeschermers.

Reacties veldpartijen

Tenslotte is in hoofdstuk 9 een samenvatting opgenomen van rapportages die het CVZ tussentijds heeft uitgebracht naar aanleiding van signalen. Het betreft de rapportages over diabetes hulpmiddelen voor zelfcontrole en incontinentiezorg. Het ontwerp-rapport is voorgelegd aan veldpartijen. De schriftelijke reacties zijn als bijlagen bij dit rapport gevoegd (bijlagen 8 en 9). In bijlage 10 gaat het CVZ in op de binnengekomen reacties.

2. Actuele ontwikkelingen pakketbeheer

2.a. Actualisatie regelgeving hulpmiddelenzorg

Met ingang van 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. De te verzekeren prestaties op grond van deze wet zijn neergelegd in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (verder de Regeling). In paragraaf 1.4 van de Regeling is de te verzekeren prestatie 'Hulpmiddelenzorg' opgenomen. Deze paragraaf komt in grote lijnen overeen met de Regeling hulpmiddelen 1996 zoals die tot 1 januari jl. van toepassing was. Uitzondering hierop vormen enkele nieuwe hulpmiddelenrubrieken die met de komst van de Zorgverzekeringswet aan de hulpmiddelenparagraaf zijn toegevoegd.

Verouderde regelgeving

De komst van de Zorgverzekeringswet heeft voor het ministerie, het CVZ en andere betrokken instellingen veel werk met zich meegebracht. Door de werkdruk is het niet mogelijk gebleken het moment aan te grijpen om de regelgeving op het gebied van hulpmiddelenzorg te actualiseren. De Regeling bestaat grotendeels uit een limitatieve opsomming van hulpmiddelen die als te verzekeren prestaties zijn aangemerkt. Deze wettekst dateert grotendeels uit 1996, wijzigingen daargelaten. De toelichting op de regeling is echter nog ouder. Gelet op de snelle technologische ontwikkelingen is een actualisering van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg op zijn plaats.

Het CVZ heeft zich daarom voorgenomen deze actualisatie de komende periode gefaseerd ter hand te nemen. Samen met betrokken partijen bekijkt het CVZ of de regelgeving – daar waar mogelijk – meer functiegericht kan worden omschreven. Ook zal worden bekeken of de huidige ordening van hulpmiddelen binnen de Regeling logisch is. Het signaleringsrapport van 2007 zal daarom voornamelijk in het teken staan van deze actualisatie.

2.b. Heroriëntatie hulpmiddelenzorg

De verstrekking van hulpmiddelen is divers en complex. Het gaat om een veelheid van productsoorten en duizenden verschillende producten, die bovendien op grond van verschillende wettelijke regelingen, ieder met andere uitvoeringsinstanties, al dan niet voor vergoeding in aanmerking komen (zie Signaleringsrapport 2005, CVZ publicatie 216). Iedere deelmarkt kent zijn eigen dynamiek.

Lappendeken

Hoewel de huidige indeling van de hulpmiddelen vanuit historische perspectief verklaarbaar is, is in de afgelopen decennia een lappendeken van regelingen ontstaan die de uitvoerbaarheid van de hulpmiddelenzorg niet ten goede komt.

Afbakenings- problematiek

Ter illustratie:

- alarmeringsapparatuur bij een medische indicatie is als een te verzekeren prestatie genoemd in de Regeling, terwijl bij een sociale indicatie de apparatuur kan worden verstrekt ten laste van de Welzijnswet (flankerend ouderenbeleid);
- bij verblijf in een instelling kan een hulpmiddel, afhankelijk van de indicatie waarvoor de burger in die instelling verblijft, ten laste komen van het instellingsbudget of ten laste van de Regeling;
- hulpmiddelen die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, zijn regeltechnisch gescheiden. Bijvoorbeeld de rolstoel in de Wet voorzieningen gehandicapten en de robotmanipulator in de Regeling.

Het behoeft geen betoog dat door de huidige verkokerde regelgeving een situatie is ontstaan waarin niet alleen de uitvoerders, maar vooral de burgers, onvoldoende inzicht hebben in het aanbod van hulpmiddelen en de wijze waarop deze kunnen worden verkregen. Een ongewenste situatie. Immers, mede door de inzet van hulpmiddelen kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen. Hierdoor verbetert de kwaliteit van leven terwijl het uitstellen of afstellen van opname in een instelling een grote maatschappelijke baat oplevert (CVZ, Monitor hulpmiddelen 2004).

Heroriëntatie hulpmiddelenzorg

In overleg met het ministerie van VWS is het CVZ gestart met het project 'Heroriëntatie hulpmiddelenzorg'. Doel van dit project is, om in samenwerking met betrokken partijen, te komen tot een logischer indeling van hulpmiddelenzorg, waarbij afstemmings- en afbakeningsproblemen zoveel als mogelijk tot het verleden zullen behoren. Hierbij houdt het CVZ rekening met de wijzigingen die op het terrein van wet- en regelgeving hebben plaatsgevonden (Zorgverzekeringswet, Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) of nog zullen gaan plaatsvinden (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en Wet maatschappelijke ondersteuning). De toegankelijkheid en kwaliteit van de hulpmiddelenzorg voor de burger staan hierbij centraal.

Samen met partijen

Het CVZ heeft inmiddels met een aantal partijen gesproken over hun zienswijze op dit onderwerp. Nadat alle gesprekken zijn afgerond zal het CVZ enkele herindelingsscenario's presenteren, die vervolgens samen met veldpartijen worden uitgewerkt. Eind 2006 rapporteert het CVZ over de resultaten van deze heroriëntatie.

2.c. Stand van zaken beoordelingsmodel hulpmiddelenzorg

2.c.1. Algemeen

Principes en perspectieven

Het CVZ beoordeelt nieuwe en bestaande zorgvormen en adviseert over opname in het verzekerde pakket. Het CVZ wil komen tot een integraal beoordelingskader, dat toepasbaar is op de gehele zorg. Het CVZ beoordeelt de interventies vanuit vier principes (noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid). Daarnaast wil het CVZ de beoordeling van zorgvormen voortaan vanuit verschillende perspectieven gaan benaderen, namelijk het patiëntenperspectief, het hulpverlenerperspectief en het maatschappelijk perspectief.

Verschillen in de uitwerking van het beoordelingskader ontstaan wanneer bepaalde kenmerken van zorg om andere argumentatie en bewijslast vragen. Met andere woorden; gelijke criteria waar dat kan en specifieke waar dat moet.

Samenwerking RIVM

In 2005 is het CVZ – met ondersteuning van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) – gestart met het project Beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Doel van dit project is om eind 2006 een door partijen gedragen verbeterd beoordelingskader voor hulpmiddelenzorg beschikbaar te hebben, dat past binnen het integrale beoordelingskader van het CVZ. Een meer gestandaardiseerde werkwijze maakt voor alle partijen transparant welke gegevens nodig zijn en op welke criteria wordt getoetst bij de beoordeling of een hulpmiddel moet worden toegelaten tot het te verzekeren pakket.

Inventarisatie criteria

De eerste fase van het project is begin 2006 afgerond. In deze fase zijn de mogelijke beoordelingscriteria voor hulpmiddelenzorg geïnventariseerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van verschillende bronnen en methoden, te weten:

- de signaleringsrapporten van het CVZ;
- literatuur over verschillende beoordelingssystematieken;
- werkbezoeken aan Engeland en Denemarken;
- gesprekken met veldpartijen.

Op basis hiervan is een groslijst met criteria opgesteld en vervolgens een expertmeeting georganiseerd. De bevindingen en opmerkingen over de criteria die zijn gemaakt tijdens of naar aanleiding van deze expertmeeting zijn vervolgens besproken met de klankbordgroep.

**Briefrapport
RIVM**

2.c.2. Criteria voor het beoordelen van hulpmiddelen

Op basis van de werkzaamheden in de eerste fase en de discussie in de klankbordgroep is een lijst met criteria opgesteld, die gebruikt zouden kunnen worden in het beoordelingskader hulpmiddelenzorg.

Deze criteria zijn verwerkt in het briefrapport 'Criteria voor het beoordelen van hulpmiddelen' dat het RIVM in januari 2006 aan opdrachtgever CVZ heeft uitgebracht. In dit rapport is een aantal hoofdgroepen benoemd met bijbehorende criteria. Deze hoofdgroepen zijn één op één vergelijkbaar met de principes die in integrale traject voor pakketbeheer worden benoemd (principes van pakketbeheer).

Hieronder volgt een overzicht van de hoofdgroepen (principes) en bijbehorende criteria.

Principes

- **Noodzakelijkheid**
 - Ziektelast/beperkingenlast
 - Financiële toegankelijkheid
- **Effectiviteit**
 - Functionele uitkomst in termen van:
 - Doeltreffendheid/Effectiviteit en/of
 - Werkzaamheid
 - Veiligheid
- **Kosteneffectiviteit**
 - Operationalisatie van doelmatigheid
- **Systeemeffecten (uitvoerbaarheid)**
 - Kosten
 - Positieve/negatieve substitutie

De volgende fase van het onderzoek is inmiddels gestart. Deze fase zal worden benut om de criteria uit de eerste fase zodanig te groeperen en te waarderen dat een beslisstructuur ontstaat. Deze beslisstructuur moet het CVZ ondersteunen in de beoordelingsactiviteiten voor hulpmiddelenzorg.

2.c.3. Beslisstructuren voor het beoordelen van hulpmiddelen

Het CVZ hanteert als algemeen uitgangspunt, dat alle principes altijd aan de orde moeten komen. Om deze reden wordt er binnen dit project niet langer van een beslisboom, maar van een beslisstructuur gesproken. Een beslisboom zou betekenen dat bij iedere afweging een beoordeling kan eindigen en daardoor andere principes niet aan de orde komen.

Basisvragen

Dit neemt niet weg dat er bij de hulpmiddelenzorg voorafgaand aan de beoordeling een aantal basisvragen zullen worden gesteld. Bijvoorbeeld de vraag of een hulpmiddel algemeen gebruikelijk is of voor eigen rekening kan komen.

- Is het hulpmiddel speciaal voor mensen met een handicap bedoeld?
- Wordt het hulpmiddel in normale winkels – bij wijze van spreken op de hoek van de straat – verkocht?
- Heeft het hulpmiddel een prijs die niet buitengewoon hoog is en blijft het daarmee voor grote groepen mensen bereikbaar? Bij deze vraag spelen ook aspecten mee als negatieve substitutie en cumulatie van eigen betalingen.

Ook moet het mogelijk zijn de effectiviteit van het hulpmiddel aan de hand van onderzoeksgegevens te beoordelen;

- Heeft de fabrikant van een nieuw hulpmiddel voldoende onderzoeksgegevens overgelegd voor de beoordeling van het hulpmiddel (zie paragraaf 3.b.)

Beslisstructuur

Beslisstructuren beschrijven de onderlinge relaties tussen criteria en fungeren als hulpmiddel om tot een conclusie te komen bij de beoordeling van de verschillende principes. De uiteindelijke weging van principes en perspectieven bepaalt of toelating van een hulpmiddel tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet wenselijk is. Voor de uitwerking van de beslisstructuur zijn in de vervolgfase aanvullende literatuur en experts geraadpleegd.

Wat betreft deze literatuur gaat het onder meer om:

- het prioriteringsmodel van de commissie 'Keuzen in de Zorg';
- het advies van de commissie 'Contouren van het basispakket' van de Gezondheidsraad;
- het beoordelingskader voor Diagnose Behandeling Combinaties;
- de 'Procedure aanvraag vergoeding geneesmiddelen'.

De experts zijn in februari 2006 wederom geraadpleegd tijdens een expertmeeting. Er werd door de verschillende partijen gediscussieerd over de weging van beoordelingscriteria en relaties tussen deze criteria.

Vervolgens heeft men de criteria in workshopvorm toegepast op een viertal casussen. Hierbij hebben de experts ervaren dat het geen sinecure is een objectieve conclusie te formuleren.

Geen sinecure

In het vervolgtraject zal het CVZ de inhoudelijke toepasbaarheid van het ontwikkelde beoordelingskader toetsen. Daarvoor zal een lijst worden opgesteld met hulpmiddelen die representatief zullen zijn voor een grote groep hulpmiddelen. Bovendien wordt een aanvraagformulier/checklist ontwikkeld voor het in

***Maatschappelijke
discussie***

behandeling nemen van een dossier. Dit formulier moet het gemak van de aanvrager en het CVZ dienen. Ook moet het formulier voor zorgverzekeraars bruikbaar zijn bij de beoordeling van de doelmatigheid van hulpmiddelen.

Het beoordelingskader speelt verder een rol bij het toetsen van hulpmiddelen die al in de Regeling zijn opgenomen. Dit sluit aan bij de gedachten binnen het CVZ over de noodzaak van een maatschappelijke discussie over de vraag welke voorzieningen collectief gefinancierd moeten blijven en welke voor eigen rekening kunnen komen. De keuze daarvoor behoort op basis van inhoudelijke argumenten te gebeuren en niet alleen op basis van financiële motieven. Als eerste wil het CVZ de mobiliteitshulpmiddelen volgens het nieuwe beoordelingskader toetsen.

Totdat een verbeterd beoordelingskader beschikbaar is, beoordeelt het CVZ de signalen volgens de 'oude' systematiek. De criteria die in deze systematiek worden gebruikt, wijken niet of nauwelijks af van de principes uit het nieuwe beoordelingskader. Naar verwachting zal het nieuwe beoordelingskader meer transparantie brengen en een evenwichtiger weging van de criteria.

3. Werkwijze signalen

3.a. Huidige beoordelingscriteria

Om de op de Signaleringslijst voorkomende signalen te kunnen screenen/beoordelen, schat het CVZ in eerste instantie de omvang van een probleem. Veel signalen vloeien voort uit de adviesprocedure verstrekkingengeschillen bij het CVZ.

Omvang problematiek

Het aantal geschillen over een bepaald onderwerp is een graadmeter om de omvang van het probleem te beoordelen. Als slechts enkele geschillen over een signaal bekend zijn en er ook uit andere bronnen geen signalen zijn gekomen, is in het algemeen geen nadere actie nodig. Als de omvang van een bepaald probleem echter wel substantieel is, wordt het signaal – afhankelijk van het soort hulpmiddel – beoordeeld aan de hand van de volgende criteria.

- ***Substantiële kosten***

Van oudsher geldt dat een hulpmiddel pas voor opnemering in de Regeling in aanmerking komt als de aanschafkosten, of de eventuele meerkosten in verband met een aangepaste uitvoering, substantieel zijn. Bij het opstellen van de limitatieve lijst van te vergoeden hulpmiddelen is altijd het uitgangspunt geweest, dat alleen die hulpmiddelen op de lijst worden geplaatst:

- die medisch noodzakelijk zijn of compensatie bieden voor een beperking en;
- waarvan de kosten voor de verzekerde een substantieel financiële belasting betekenen.

Financiële belasting

Als bij de screening blijkt dat een signaal betrekking heeft op een probleem waarvan de kosten voor de verzekerde beperkt zijn, onderneemt het CVZ geen verdere actie, tenzij er sprake is van een cumulatie van eigen betalingen of negatieve substitutie-effecten.

- ***Algemeen gebruikelijk***

Hulpmiddelen die als ‘algemeen gebruikelijk’ kunnen worden aangemerkt, komen niet in de Regeling. Algemeen gebruikelijk zijn die hulpmiddelen – of alternatieven daarvoor – die een aanzienlijk deel van de bevolking aanschaf (gemeengoed). Als een signaal betrekking heeft op een hulpmiddel dat niet algemeen gebruikelijk is – terwijl de kosten van dit hulpmiddel substantieel zijn – dan vindt een nadere beoordeling van de problematiek plaats.

Gemeengoed

Wvg-protocol

Het CVZ heeft in dit verband de hantering van de term ‘algemeen gebruikelijk’ vanuit de Wvg bekeken. Deze benadering is vastgelegd in het Wvg-protocol. In de Wvg is de term ‘algemeen gebruikelijk’ gerelateerd aan wat niet-gehandicapten in vergelijkbare omstandigheden – waaronder financieel vergelijkbare – als regel tot hun aanschaffingspatroon kunnen rekenen. Het CVZ beoordeelt in voorkomende

gevallen of de operationalisatie van deze term vanuit de Wvg ook in het kader van de verstrekking van hulpmiddelen vanuit de Zorgverzekeringswet kan worden gevolgd. Een fundamentele discussie over het begrip ‘algemeen gebruikelijk’ is aan de orde bij de ontwikkeling van het nieuwe beoordelingskader.

**Onderzoeks-
gegevens**

- *Werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid*

Om te kunnen bepalen of een (nieuw) hulpmiddel geschikt is voor opneming in de Regeling is het noodzakelijk te beschikken over onderzoeksgegevens – bij voorkeur gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften – die de werkzaamheid, effectiviteit en veiligheid van het hulpmiddel aantonen.

**Waarde
vergelijkbare
behandelopties**

- *Therapeutische waarde en kosteneffectiviteit*

Voordat een hulpmiddel in de Regeling kan worden opgenomen, moet duidelijk zijn wat de therapeutische waarde is van het hulpmiddel ten opzichte van andere interventies voor dezelfde indicatie. Ook moet duidelijk zijn hoe de kosten van het hulpmiddel zich verhouden tot de kosten van vergelijkbare behandelmogelijkheden (kosteneffectiviteit) en moeten epidemiologische gegevens bekend zijn over het voorkomen van de aandoening waarvoor het hulpmiddel gebruikt wordt. Om over deze aspecten meer duidelijkheid te krijgen is meestal onderzoek nodig.

Bij de beoordeling van hulpmiddelen spelen verder nog zaken mee zoals:

- behoort het hulpmiddel tot het huidige domein van de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet?
- hoe zit het met de therapietrouw (interventielast)?
- zijn er substitutie-effecten te verwachten?
- is een hulpmiddel verouderd?

3.b. Toelating nieuwe hulpmiddelen

**Peer-reviewed
tijdschriften**

Literatuursearch

Een aantal signalen heeft betrekking op verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel toe te laten tot het pakket. In dat geval moet de fabrikant onderzoeksgegevens aanleveren voordat een verzoek tot opneming in de Regeling wordt overwogen. Zoals eerder vermeld, moet het daarbij gaan om onderzoeken die bij voorkeur zijn gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften. Als een fabrikant deze gegevens overlegt, pakt het CVZ het signaal op en beoordeelt dit. Het CVZ baseert zich daarbij niet alleen op de door de fabrikant aangeleverde informatie, maar doet – bij wijze van contra-expertise – een literatuursearch. Vervolgens brengt het CVZ de fabrikant schriftelijk op de hoogte van de uitkomst van de beoordeling.

Als de fabrikant geen onderzoeksgegevens kan overleggen of als deze gegevens onvoldoende zijn om tot een oordeel te kunnen komen over de (kosten-)effectiviteit, veiligheid en therapeutische waarde van een hulpmiddel, onderneemt het CVZ (voorlopig) geen verdere actie. Het signaal komt pas weer terug op de Signaleringslijst als de gevraagde gegevens beschikbaar zijn.

3.c. Signaleringsformulier

Het CVZ beoordeelt alle signalen aan de hand van voornoemde criteria. Voor deze beoordeling gebruikt het CVZ het 'Formulier behandeling signaal'. Op dit formulier wordt voor ieder signaal systematisch uitgewerkt:

- Om wat voor hulpmiddel het gaat (functie/doel);
- Een korte probleemschets;
- Een overzicht van de jurisprudentie en/of hoe de uitvoeringspraktijk omgaat met de problematiek;
- Het aantal verzekerden voor wie het signaal speelt en de verwachte ontwikkeling van dit aantal;
- Als bepaalde informatie nog niet beschikbaar is: welke informatie dat is en hoe die is te verkrijgen;
- Tenslotte geeft het CVZ haar standpunt over een bepaald signaal gevolgd door een conclusie.

Systematische beoordeling

Aanbevelingen

Als een signaal leidt tot nadere aanbevelingen, komt dat aan de orde in dit rapport. Ook rapporteert het CVZ over onderzoeken die naar aanleiding van voorgaande rapporten zijn gestart.

ISO versus ICF

CliQ

De formulieren die betrekking hebben op signalen die (nog) niet leiden tot nadere aanbevelingen of rapportage, zijn als bijlagen bij dit rapport gevoegd. De formulieren zijn gerangschikt volgens de ISO-classificatie voor Technische Hulpmiddelen. Deze ISO-classificatie is gerelateerd aan het hulpmiddel als product. Bij de beoordeling van de hulpmiddelen dient echter ook rekening te worden gehouden met de ICF-classificatie. Deze classificatie gaat uit van de capaciteiten, competenties en vaardigheden van de hulpmiddelengebruiker. In het kader van het CliQ-project is een systematiek in ontwikkeling voor de uitbouw van de ISO-classificatie, met het aspect 'beoogd gebruik' op basis van het ICF-denkkader. Zodra de CliQ-classificatie op alle terreinen van de hulpmiddelenzorg beschikbaar is, haakt het CVZ in zijn signaleringsrapport hierbij aan.

3.d. Overzicht signalen

Korte uiteenzetting problematiek

In onderstaand overzicht staan de signalen genoemd, met een korte uiteenzetting van de problematiek. De Signaleringslijst hulpmiddelen 2005 is aangevuld met nieuwe signalen die het CVZ sindsdien hebben bereikt. Deze inmiddels geactualiseerde lijst vormt de basis voor het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006.

Signaleringslijst hulpmiddelen

ISO 04 06 (nieuw)	<u><i>Apparaat voor toevoeging van CO2 aan water:</i></u> Slecht genezende wonden zouden positief reageren op de behandeling met CO2 rijk water. Het is de vraag of een dergelijke behandeling kan worden gerekend tot de te verzekeren prestaties van de Regeling. <i>Herkomst:</i> fabrikant
ISO 04 24	<u><i>Diabetes hulpmiddelen voor zelfcontrole</i></u> Zelfcontrole is een geaccepteerde methodiek voor insuline afhankelijke type I en insuline gebruikende type II diabetespatiënten. De patiëntenorganisatie wil dat zelfcontrole voor alle type II diabetespatiënten beschikbaar komt. Over de doelmatigheid en kosten van zelfcontrole bij niet insuline gebruikende type II diabetespatiënten is onvoldoende bekend. <i>Herkomst:</i> patiëntenvereniging
ISO 04 27	<u><i>Hulpmiddelen met elektrostimulatie (ES):</i></u> Er bestaat onduidelijkheid over de therapeutische meerwaarde en de kosteneffectiviteit van hulpmiddelen die gebruik maken van elektrostimulatie. Specifieke signalen zijn ontvangen over: <ul style="list-style-type: none"> • de Ness Handmaster • de BerkelBike <i>Herkomst:</i> verstrekkingengeschillen, zorgverzekeraars (OMTA), ontwikkelaar
ISO 04 30	<u><i>Koeltherapie bij Multiple Sclerose:</i></u> Het koelpak voor MS-patiënten is geen verstrekking. <i>Herkomst:</i> patiëntenorganisatie
ISO 04 33	<u><i>Decubitus in de thuiszorg:</i></u> De laatste jaren hebben er vele ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van decubitus. Er zijn richtlijnen ontwikkeld en rapporten verschenen. De prevalentie van decubitus in de thuissituatie is echter nog nauwelijks gedaald. <i>Herkomst:</i> onderzoek
ISO 04 48 nieuw	<u><i>Therabite:</i></u> De Therabite is een revalidatiesysteem voor de kaakbeweging bij trismus. Dit hulpmiddel is geen verstrekking. <i>Herkomst:</i> fabrikant

ISO 06 00	<u>Orthesen</u> : Er zijn verschillende signalen die betrekking hebben op de algemene problematiek <i>verstevigde</i> orthese versus <i>niet-verstevigde</i> orthese. <i>Herkomst</i> : verstrekingengeschillen
ISO 06 00 nieuw	<u>Dynasplint spalksystemen</u> : Dynasplint dynamische spalksystemen kunnen worden toegepast bij de behandeling van contracturen maar ook bij neurologische problemen. Het is de vraag of deze spalksystemen tot de te verzekeren prestaties behoren op grond van de Regeling. <i>Herkomst</i> : fabrikant
ISO 06 30	<u>Penisprothese</u> : De penisprothese voor vrouw/mantransseksuelen valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Regeling. <i>Herkomst</i> : VWS, verstrekingengeschillen
ISO 09 06	<u>Heupbeschermers</u> : De heupbeschermer kan wel worden verstrekt ten laste van de AWBZ aan verpleeghuisbewoners, maar valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Regeling. Dit betekent dat er geen heupbeschermers kunnen worden verstrekt aan mensen in de thuissituatie en in het algemeen ook niet aan bewoners van verzorgingshuizen. <i>Herkomst</i> : VWS, fabrikant
ISO 09 30	<u>Incontinentie absorptiematerialen</u> : Rond urine incontinentie is sprake van een ondoelmatig zorgproces. <i>Herkomst</i> : verstrekingenpraktijk, onderzoek
ISO 12 30	<u>Transferhulpmiddelen</u> : Er bestaat geen aanspraak op transferhulpmiddelen. <i>Herkomst</i> : verstrekingengeschillen
ISO 12 39	<u>Elektronisch oriënteringshulpmiddel: Victor Trekker</u> : Het betreft een PDA-achtig oriënteringsapparaat – speciaal ontwikkeld voor blinden en slechthzienden. Evaluatieonderzoek is nodig om inzicht te krijgen voor welke groep visueel gehandicapten dit hulpmiddel meerwaarde heeft. <i>Herkomst</i> : patiëntenorganisatie, verstrekingengeschillen

ISO 18 09 nieuw	<u>Sta-op voorziening; Lyfty:</u> Lyfty is een lichte en compacte stoellift die onder de stoel van de gebruiker kan worden gemonteerd. De gebruiker kan daardoor zijn eigen stoel behouden. <i>Herkomst:</i> Fabrikant
ISO 18 12 nieuw	<u>Prosenba; Positioneringselement:</u> Dit positioneringsligelement is een nieuw soort dekbed dat door de speciale fabricage – doorgestikte segmenten waarin verschillende soorten ballen zitten – het sensorische systeem stimuleert en bijdraagt aan een beter lichamelijk welzijn. <i>Herkomst:</i> importeur
ISO 21 03 nieuw	<u>Lenzen, cornealenzen, scleralenzen, semi-sclerale lenzen en bandagelenzen:</u> De verstrekkingvoorwaarden in het kader van de Regeling zijn voor al deze lenzen verschillend. Het is de vraag of dit terecht is, zeker omdat de grens tussen de verschillende lenzen soms onduidelijk is. <i>Herkomst:</i> OMTA
ISO 21 09 nieuw	<u>Pilotus communicatiesoftware:</u> Pilotus is aangepaste software waarmee verstandelijk gehandicapten kunnen communiceren via het internet. Deze software komt niet voor vergoeding in aanmerking. <i>Herkomst:</i> fabrikant
ISO 21 30	<u>Voorleesapparatuur:</u> Bij de verstrekking van voorleesapparatuur zijn knelpunten gesignaleerd rond de volgende punten: <ul style="list-style-type: none"> • Diverse signalen met betrekking tot de Daisy-speler (indicatiecriteria, afbakening Wet REA); • Er is een nieuw voorleeshulpmiddel op de markt voor dyslectici; de ReadingPen. <i>Herkomst:</i> zorgverzekeraars (OMTA), verstrekkingengeschillen, leverancier
ISO 21 36	<u>Mobiele telefoons:</u> Als gevolg van technologische ontwikkelingen is er inmiddels een aantal mobiele telefoons op de markt voor ouderen en gehandicapten, al dan niet gecombineerd met een alarmfunctie en GPS. Deze telefoons komen niet voor vergoeding in aanmerking. <i>Herkomst:</i> fabrikanten, patiënten- en ouderverenigingen

ISO 21 45 <i>nieuw</i>	<u><i>BAHA-hoortoestel met softband</i></u> : Het betreft een voorziening voor een kleine doelgroep waarbij de BAHA (nog) niet kan worden geïmplantéerd. De BAHA kan wel worden verstrekt als beengeleiderhoortoestel, maar dan geldt een maximum vergoedingsbedrag dat niet in relatie staat tot de kosten van het hulpmiddel. <i>Herkomst</i> : verstrekkingengeschillen, voorschrijvers
ISO 24 18 <i>nieuw</i>	<u><i>Armon dynamische armondersteuning</i></u> : De Armon armondersteuning is ontwikkeld voor mensen met een verminderde armfunctie. De vraag is of dit hulpmiddel kan worden voorgeschreven ten laste van de Regeling. <i>Herkomst</i> : voorschrijvers

4. Rangschikking signalen

4.a. Signalen waarop geen actie volgt

Afgevoerde signalen

Het CVZ onderneemt op een aantal signalen (op dit moment) geen nadere actie. Dit betekent dat zo'n signaal niet langer op de Signaleringslijst blijft staan. Zoals in hoofdstuk 3 is uiteengezet kunnen hiervoor verschillende redenen zijn. Het kan zijn dat een signaal betrekking heeft op een incident en in de praktijk nauwelijks problemen geeft of dat de kosten van het hulpmiddel beperkt zijn. Ook komt het voor dat er voldoende adequate en goedkopere alternatieven op de markt verkrijgbaar zijn of dat een bepaald knelpunt is opgelost. Voor enkele nieuwe hulpmiddelen constateert het CVZ dat de door de fabrikant toegezonden studies niet toereikend zijn om tot een beoordeling van het hulpmiddel te komen.

Na toetsing aan de beoordelingscriteria volgt voor de volgende signalen geen nadere actie.

- ISO 04 06 Carbothera, apparaat voor toevoeging van CO₂ aan water
- ISO 04 27 BerkelBike, fiets voorzien van electrostimulatie
- ISO 04 48 Therabite, therapeutisch bewegingsapparaat voor kaakmobilisatie
- ISO 06 00 Dynasplint, dynamische spalksystemen
- ISO 18 09 Lyfty, sta-opvoorziening
- ISO 18 12 Prosenba, positioneringsligelement
- ISO 21 09 Pilotus, Communicatiesoftware
- ISO 24 18 Armon, dynamische armondersteuning

Voor de specifieke beoordeling van deze signalen verwijst het CVZ naar bijlage 1 bij dit rapport.

4.b. Signalen waarvoor nader onderzoek nodig is

Onvoldoende informatie

Er zijn ook signalen die (nog) niet leiden tot aanbevelingen. Dit is het geval als niet alle aspecten van een signaal in beeld zijn te brengen wegens gebrek aan informatie. Hiervoor is nader onderzoek nodig. Dit onderzoek zal het CVZ afhankelijk van de omvang en prioriteit zelf ter hand nemen of uitbesteden. Voor de volgende signalen is inmiddels onderzoek in gang gezet:

- ISO 04 30 Koeltherapie bij Multiple Sclerose
- ISO 12 30 Transferhulpmiddelen

Integraal pakketadvies

Voor een aantal andere signalen moet het CVZ nog bepalen hoe de ontbrekende informatie het best kan worden verkregen. Een paar signalen zullen in de nabije toekomst onderdeel uitmaken van een integraal pakketadvies.

***Uitkomsten
onderzoeken***

Het betreft de volgende signalen.

- ISO 06 30 Penisprothese
- ISO 12 39 Elektronisch oriënteringshulpmiddel; Victor
 Trekker
- ISO 21 03 Lenzen
- ISO 21 30 Voorleesapparatuur; • Daisy speler
 • ReadingPen
- ISO 21 36 Mobiele telefoons
- ISO 21 45 BAHA-hoortoestel met softband

Voor een nadere uitwerking van deze signalen en de geplande afronding van lopend onderzoek verwijst het CVZ naar bijlage 2 bij dit rapport.

4.c. Signalen die leiden tot aanbevelingen of nadere rapportage

De overige signalen komen aan de orde in dit rapport. Het gaat daarbij om signalen waarover het CVZ nadere aanbevelingen doet of tussentijds heeft gerapporteerd. Verder rapporteert het CVZ over onderzoeken die naar aanleiding van signalen uit voorgaande signaleringsrapportages zijn uitgevoerd, ook al leiden de resultaten daarvan niet altijd tot voorstellen voor aanpassing van regelgeving.

- ISO 04 27 Hulpmiddelen met electrostimulatie (ES)
 - Ness Handmaster
- ISO 04 33 Decubitus in de thuiszorg
- ISO 06 00 Orthesen
- ISO 09 06 Heupbeschermers

4.d. Actieschema signalen

De rangschikking van signalen zoals vermeld in voorgaande paragrafen leidt tot het volgende actieschema.

Geen nadere actie

Bijlage 1	ISO 04 06	Carbothera
	ISO 04 27	BerkelBike
	ISO 04 48	Therabite
	ISO 06 00	Dynasplint
	ISO 18 09	Lyfty
	ISO 18 12	Prosenba
	ISO 21 09	Pilotus
	ISO 24 18	Armon

Nader onderzoek nodig

Bijlage 2	ISO 04 30	Koeltherapie (koelpak)
	ISO 06 30	Penisprothese
	ISO 12 30	Transferhulpmiddelen
	ISO 12 39	Victor trekker
	ISO 21 03	Lenzen
	ISO 21 30	Voorleesapparatuur: <ul style="list-style-type: none">• Daisy-speler• ReadingPen
	ISO 21 36	Mobiele telefoons
	ISO 21 45	BAHA-hoortoestel met softband

Aanbevelingen aan Minister of uitvoeringspraktijk

Hoofdstuk 5	ISO 04 27	Hulpmiddelen met ES <ul style="list-style-type: none">• Ness Handmaster
Hoofdstuk 6	ISO 04 33	Decubitus in de thuiszorg
Hoofdstuk 7	ISO 06 00	Orthesen
Hoofdstuk 8	ISO 09 06	Heupbeschermers
Hoofdstuk 9	ISO 09 30	Incontinentie
	ISO 04 24	Diabeteshulpmiddelen voor zelfcontrole

5. Hulpmiddelen met elektrostimulatie (ES)

5.a. Inleiding

De laatste jaren neemt het aanbod van en de vraag naar hulpmiddelen waaraan elektrostimulatie (ES) is toegevoegd in de revalidatiezorg toe. Een ES-hulpmiddel wekt kunstmatig en gericht spieractiviteit op.

Doel ES

Het doel van ES is een verbetering te realiseren op (een van) de volgende aspecten: functie (beweging), spasticiteit (tonus), willekeurige motoriek (kracht en bewegingsbereik) en complicaties als pijn, oedeem en contracturen. Het is geschikt voor mensen bij wie de aansturing van de spieren niet of onvoldoende functioneert, bijvoorbeeld als gevolg van een dwarslaesie of CVA. ES-hulpmiddelen zouden de kwaliteit van leven kunnen verhogen en de behoefte aan andere vormen van zorg verminderen.

Probleemschets

Het CVZ heeft enkele jaren geleden deze technologische ontwikkeling in de revalidatiezorg gesignaleerd. Enkele hulpmiddelen zouden voor langdurig gebruik in de thuissituatie geschikt zijn. De vraag is of deze hulpmiddelen een plaats moeten krijgen in de Regeling. Het CVZ constateerde dat onder meer inzicht in de stand van de wetenschap en in de plaats van deze hulpmiddelen in het behandelarsenaal noodzakelijk was om deze hulpmiddelen te kunnen beoordelen.

Het iRv Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap en het Roessingh Research en Development hebben in opdracht van het CVZ hiernaar onderzoek gedaan. Dit onderzoek is in 2003 van start gegaan. Hieronder staan de belangrijkste bevindingen beschreven.

5.b. Stand van de wetenschap

5.b.1. Verschillende vormen van elektrostimulatie

In het veld van de ES bestaan er verschillende termen die onderling moeilijk zijn af te bakenen. Het gaat om de volgende termen: therapeutische elektrostimulatie (TES), functionele neuromusculaire stimulatie (FNS), functionele elektrostimulatie (FES), transcutane elektrische zenuwstimulatie (TENS) en neuromodulatie. Vele experts geven een eigen, onderling afwijkende, interpretatie en definitie aan de begrippen FES, TES, FNS, TENS en neuromodulatie. Om die reden spreekt het CVZ in dit stuk van ES.

De elektrostimulatie kan op verschillende manieren worden aangeboden. Hoe dichter de elektrode bij de zenuw/spier zit, hoe minder intensiteit nodig is om de spieractiviteit op te wekken. Een voordeel hiervan is dat de zenuw/spier veel specifiek kan worden gekozen.

<i>Percutaan</i>	Elektrostimulatie kan percutaan plaatsvinden via een draad of naald door de huid. Deze vorm van stimulatie gebruikt men vooral bij onderzoek.
<i>Subcutaan</i>	Subcutane stimulatie is stimulatie door middel van geïmplanteerde elektroden. Dit heeft als voordeel dat minder lading nodig is en dat een grote mate van selectiviteit kan worden bereikt.
<i>Transcutaan</i>	Een laatste vorm van stimulatie is de transcutane stimulatie. Hierbij vindt stimulatie plaats door middel van oppervlakte-elektroden. De voordelen hiervan zijn dat het gemakkelijk en snel toepasbaar is en dat de kosten laag zijn. Een nadeel is wel dat de elektroden elke keer opnieuw aangebracht moeten worden en steeds de optimale situatie moet worden bepaald. Daarnaast is oppervlaktestimulatie energetisch gezien ongunstig, omdat zich relatief veel weefsel tussen de elektrode en de te stimuleren weefselcellen bevindt. Een ander nadeel is dat het met oppervlaktestimulatie moeilijk is om spiergroepen die dichtbij elkaar liggen apart te stimuleren.

Het onderzoek heeft zicht gericht op de ES-hulpmiddelen voor langdurig thuisgebruik. Deze ES-hulpmiddelen maken vaak gebruik van transcutane stimulatie.

5.b.2. Algemeen

In Nederland zijn ongeveer 55 ES-hulpmiddelen met een CE-markering te verkrijgen. Dit zijn ES-hulpmiddelen voor de motoriek (bovenste extremiteit en onderste extremiteit), pijn, blaas- en/of darmproblematiek, epileptische aanval, chronische misselijkheid en braken.

De toepassing van ES is bij veel doelgroepen onderzocht. De belangrijkste doelgroepen zijn dwarslaesie, beroerte, traumatische hersenbeschadiging, multiple sclerose, cerebrale palsy, spierdystrofie en personen met blaas- en/of darmproblematiek.

<i>Verdieping</i>	Binnen het onderzoek is gekozen voor een verdieping op het gebied van de ES-hulpmiddelen voor de bovenste extremiteit, de onderste extremiteit en de blaas. Voor de pols-handstimulatoren en de ES-hulpmiddelen voor hemiplegische schouderpijn, sleepvoet en de blaas zijn de wetenschappelijke inzichten beschreven in systematische reviews. Hiervoor is gekozen omdat over deze deelgebieden de meeste literatuur beschikbaar was. Het bleek dat de systematische review van ES-hulpmiddelen voor de blaas voornamelijk ging over inwendige elektrostimulatoren. Omdat het in die situatie niet gaat om hulpmiddelenzorg als bedoeld in paragraaf 1.4 van de Regeling, maar om hulpmiddelen die onderdeel uitmaken van de geneeskundige hulp zoals medisch specialisten die plegen te bieden, is die systematische review verder buiten beschouwing gelaten.
--------------------------	--

5.b.3. Hulpmiddelen met ES voor de bovenste extremiteit

Er is een grote variëteit aan pathologie die kan leiden tot een stoornis in de functie of structuur van de bovenste extremiteit. De belangrijkste aandoeningen zijn een (cervicale) dwarslaesie of een herseninfarct of -bloeding (CVA).

De onderzoekers hebben ingezoomd op de hulpmiddelen waarvan bekend is dat ze ver zijn in hun ontwikkeling. Dit zijn de ES-hulpmiddelen voor hemiplegische schouderpijn en de pols-handstimulatoren. Van deze hulpmiddelen hebben de onderzoekers door systematische reviews de wetenschappelijke inzichten in beeld gebracht over de functionele winst ten opzichte van het niet-gebruik of een alternatieve behandeling.

Hemiplegische schouderpijn

In de systematische review naar het effect van ES op hemiplegische schouderpijn zijn acht artikelen (7 RCT's en 1 before after trail) gebruikt. De data-analyse was gericht op het effect op sublaxatie, pijn en motorische beperkingen. De onderzoekers concludeerden het volgende: ES lijkt een positief effect te hebben op pijn en sublaxatie. De resultaten over het effect van ES op motorische beperkingen zijn niet overtuigend en moeilijk te interpreteren aangezien alle studies een andere uitkomstmaat of schaal gebruikten. ES in de acute fase na een beroerte als behandeling voor schouderpijn en sublaxatie lijkt een positieve invloed te hebben op de schouderpathologie. Alle geïnccludeerde onderzoeken hadden een interventieperiode tussen de 4 weken en de 2 x 6 weken. Over de effecten van ES op hemiplegische schouderpijn op lange termijn bij gebruik in de thuissituatie zijn nog geen onderzoeken bekend. Meer onderzoek is nodig naar de effecten op de lange termijn, het indicatiegebied en de meest effectieve behandel frequentie en -duur.

Pols- handstimulatoren

In de systematische review naar het effect van ES op de hemiplegische onderarm op de willekeurige motoriek en functie zijn 19 onderzoeken (14 RCT's en 5 vergelijkende onderzoeken binnen proefpersonen) geïnccludeerd. In de review is onderscheid gemaakt tussen getriggerde ES en niet getriggerde ES. Bij getriggerde ES (ook wel actieve ES genoemd) is de patiënt zelf actief betrokken bij de beweging. De onderzoeken zijn onderling verschillend in onder andere interventieduur en de intensiteit van de therapie. Daarnaast is er sprake van een heterogene groep van proefpersonen.

Een eerdere review laat geen relatie zien tussen het gerapporteerde effect van ES en de duur van de CVA. Een eerdere subgroepanalyse suggereerde dat minder ernstige aangedane patiënten mogelijk meer baat hebben bij ES. Er is meer onderzoek nodig om deze hypothese te toetsen en andere patiëntkarakteristieken te identificeren.

De onderzoeken naar getriggerde ES zijn van matige kwaliteit. De resultaten suggereren dat getriggerde ES mogelijk de willekeurige motoriek bij CVA patiënten verbetert. Voor het verbeteren van de functie laten de resultaten een significante verbetering zien in de uitvoering van de Box & Block test (schuiven van blokken).

De kwaliteit van de onderzoeken naar niet-getriggerde ES zijn gemiddeld ruim voldoende. De resultaten zijn wisselend. Drie RCT's laten een significant verschil zien op de willekeurige motoriek tussen de interventie- en de controlegroep. Twee RCT's vinden geen significant verschil. Twee vergelijkende onderzoeken vinden geen significante verbetering in de willekeurige motoriek tussen de voor- en nameting. Op basis van deze resultaten is het niet duidelijk of niet-getriggerde ES een effectieve therapie is voor de verbetering van de willekeurige motoriek.

Eén RCT vindt een verbetering van de functie. Het is niet bekend of dit een significante verbetering is. Eén vergelijkend onderzoek heeft een significant verschil gevonden in de uitvoering van de Box & Block test aan het eind van de interventie.

De onderzoekers geven aan dat de resultaten suggereren dat getriggerde ES meer effect heeft dan niet-getriggerd ES. Er was echter geen onderzoek bekend waarbij beide methoden met elkaar zijn vergeleken.

De onderzoekers concluderen dat ES een veelbelovende therapie lijkt voor het verbeteren van de willekeurige motoriek en de functie van de aangedane arm na een CVA.

Ook hier geven onderzoekers aan dat meer onderzoek nodig is naar de precieze werking van ES, de optimale behandelmethode en de indicatie.

5.b.4. ES voor de onderste extremiteit

Aandoeningen aan de onderste extremiteit komen vaak voor bij mensen met een CVA, dwarslaesie, multiple sclerose en traumatische hersenbeschadiging. ES-hulpmiddelen bij deze aandoeningen kunnen een sleepvoet opheffen, sta- en loopfunctie verbeteren, spasticiteit verminderen, gewrichtscontracturen voorkomen of corrigeren en de problematiek van de beperkte mobiliteit ten gevolge van een dwarslaesie geheel of gedeeltelijk oplossen.

De onderzoekers hebben wederom ingezoomd op een hulpmiddel waarvan bekend is dat deze ver is in de ontwikkeling. Dit is het ES-hulpmiddel ter behandeling van de sleepvoet. Van dit hulpmiddel hebben de onderzoekers door middel van een systematische review de wetenschappelijke inzichten in beeld gebracht over de functionele winst ten opzichte van het niet-gebruik of een alternatieve behandeling.

Sleepvoet

In de systematische review naar het effect van ES op het looppatroon van personen met een sleepvoet ten gevolge van een 'upper motor neuron'-laesie, zijn negen studies geïnccludeerd. De data-analyse is specifiek gericht op het therapeutisch of het orthese effect van ES op de loopsnelheid en het energieverbruik. Het orthese effect is het effect gedurende de stimulatie. Het therapeutische effect is het effect dat behouden blijft na het verwijderen van de stimulator. De onderzoekers trekken de conclusie dat ES als orthesetoepassing een positief effect lijkt te hebben op de loopsnelheid en het energieverbruik. De literatuur is minder overtuigend over het therapeutische effect van ES. Het is ook niet duidelijk welk deel van de patiënten met een sleepvoet van ES zou kunnen profiteren. Alle studies lieten een significante afname van energieverbruik zien als de stimulator werd gebruikt. Twee van deze studies lieten ook een significant therapeutisch effect zien. Een beperking van deze review is dat slechts één studie een RCT was en maar drie van de negen studies over een controlegroep beschikten. De behandelduur varieerde bij acht onderzoeken tussen de drie weken en zes maanden. Eén onderzoek had een behandelduur van twee jaar.

5.b.5. Conclusie onderzoekers

Conclusies onderzoekers

De onderzoekers hebben op basis van het onderzoek en de systematische reviews de volgende conclusies getrokken:

- De systematische reviews maken duidelijk dat ES een veelbelovend gebied is.
- Slechts weinig toepassingen worden in de praktijk gebruikt of zijn verkrijgbaar op de markt. Veel toepassingen zijn nog experimenteel.
- De meeste toepassingen hebben therapeutische doeleinden, in het bijzonder pijnbestrijding en spiertraining.
- Er is nog onduidelijkheid over de lange termijneffecten, werkingsmechanisme, optimale behandelmethode en het indicatiegebied.
- De ontwikkelingen zijn in volle gang: nieuwe systemen en enkele (nu nog) experimentele systemen zullen in de toekomst het stadium van praktische toepasbaarheid bereiken.

5.b.6. Standpunt CVZ

Standpunt CVZ

Uit het onderzoek komt naar voren dat de toepassing van ES in de revalidatiezorg een veelbelovende ontwikkeling is. Op dit moment maken de meeste uitwendige ES-hulpmiddelen nog geen onderdeel uit van het therapeutische arsenaal.

Er zijn nog onvoldoende onderzoeksgegevens over de precieze werking van ES, de (lange termijn) effecten, het indicatiegebied en de optimale behandelmethode. Daarnaast is meer inzicht nodig in wat de effecten zijn in vergelijking met andere behandelmethoden, de kosteneffectiviteit en hoeveel besparing deze hulpmiddelen genereren op andere zorgvlakken (bijvoorbeeld fysiotherapie). Indien hulpmiddelen uit de experimentele fase zijn, beoordeelt het CVZ deze aan de hand van het beoordelingskader hulpmiddelenzorg dat op dit moment in ontwikkeling is. Het CVZ is van mening dat de ES-hulpmiddelen nog niet in aanmerking komen om te worden opgenomen als te verzekeren prestatie in de Regeling.

Bij het CVZ zijn enkele ES-hulpmiddelen bekend die in de Nederlandse praktijk worden toegepast. Op grond van de Regeling bestaat aanspraak op een uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn (TENS). Dit apparaat wordt al jarenlang toegepast bij overigens onbehandelbare pijn. Omdat het hier primair om pijnbestrijding gaat, is deze toepassing buiten de scope van dit rapport gehouden.

NESS Handmaster

Verder zijn er de NESS Handmaster en de BerkelBike. De NESS Handmaster werd de afgelopen paar jaar weliswaar verstrekt, maar dit ging gepaard met discussie over de vraag of er sprake is van een doelmatige voorziening. Veel verstrekkingengeschillen waren hiervan het gevolg. Daarom heeft het CVZ nader onderzoek gedaan naar dit hulpmiddel. Over de uitkomsten hiervan zal het CVZ op korte termijn rapporteren in een afzonderlijk rapport. Ook betreft het CVZ hierbij de recent beschikbaar gekomen relevante literatuur.

De BerkelBike is een nieuw op de markt geïntroduceerd hulpmiddel. Er zijn echter nog onvoldoende gegevens beschikbaar om te adviseren de BerkelBike toe te laten tot het te verzekeren pakket. De beoordeling van de BerkelBike is opgenomen in bijlage 1.

6. Decubitus in de thuiszorg

6.a. Inleiding

Prevalentie aanzienlijk

Bij decubitus is er sprake van afbraak van de huid en het onderliggende weefsel. Dit wordt veroorzaakt door druk, schuif- en wrijfkrachten of een combinatie hiervan. De laatste jaren zijn er veel ontwikkelingen geweest op het gebied van decubitus. Er zijn richtlijnen ontwikkeld en rapporten verschenen. De prevalentie van decubitus in de thuissituatie is echter nog steeds aanzienlijk.

In 1998 is de Universiteit Maastricht een Landelijke Prevalentiemeting Decubitus gestart. De gemiddelde prevalentie van decubitus in thuiszorginstellingen was in 1998 21,3%. Inmiddels is dit gedaald naar 12,2% in 2005. Uit dit prevalentieonderzoek is gebleken dat deelname aan de jaarlijkse prevalentiemetingen leidt tot een lagere prevalentie (Halfens et al., 2005).

Decubitus veroorzaakt veel pijn en frustratie bij patiënten en mantelzorgers. Daarnaast zijn de kosten van decubituszorg in Nederland aanzienlijk. Door het nemen van preventieve en behandelmaatregelen, zoals het inzetten en het juist gebruiken van anti-decubitusmaterialen (verder AD-materialen), kan decubitus worden voorkomen of genezen.

Belangrijke indicator

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet decubitus als belangrijke indicator voor de kwaliteit van zorg. Daarom heeft decubitus een vaste plaats gekregen in het kwaliteitsjaarverslag van thuiszorginstellingen.

6.b. Vervolgonderzoek naar decubitus in de thuiszorg

6.b.1. Geschiedenis

Doel onderzoek

In 2002 heeft het CVZ het rapport 'Anti-decubitusmaterialen onder druk' uitgebracht. Daaruit bleek dat er al veel ontwikkeld was op het terrein van decubitus, maar dat nog niet duidelijk was of die instrumenten tot een daling in de prevalentie van decubitus in de thuissituatie leiden. Het CVZ heeft daarom in het kader van het jaarplan beleidsonderzoek hulpmiddelen in 2002 een onderzoek naar decubitus in de thuissituatie uitgezet. Het doel van het onderzoek was met de bestaande informatie het veld te faciliteren om daadwerkelijk het voorkomen en de ernst van de decubitus in de thuissituatie te verminderen. Hierbij was de vraag of het mogelijk was om in één jaar – bij tenminste 80% van 15 deelnemende instellingen – de prevalentie van decubitus met tenminste 30% te verbeteren.

De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de Universiteit van Maastricht heeft het onderzoek uitgevoerd. Tegelijkertijd ontwikkelde Universiteit Maastricht in opdracht van ZON/MW een scholingsprogramma voor decubitus (B-learning). De onderzoekers van beide projecten hebben nauw met elkaar samengewerkt.

6.b.2. Voorbereidingsfase

Overzicht stand van zaken

In de voorbereidingsfase is de stand van zaken van de behandeling en preventie van decubitus in kaart gebracht. Er zijn richtlijnen vastgesteld, er is een overzicht gemaakt van beschikbare AD-materialen en er is een literatuurstudie gedaan. Daarnaast is een vragenlijst verstuurd naar 106 thuiszorginstellingen om het gevoerde decubitusbeleid in die instellingen te achterhalen en om inzicht te krijgen in de knelpunten. Een landelijke begeleidingscommissie met decubitusexperts uit het veld is ingesteld om knelpunten, protocollen en richtlijnen aan te dragen en vast te stellen. Op basis van deze resultaten is een set aan instrumenten vastgesteld die zijn aangeboden aan de deelnemende instellingen.

Voorlichtingsmateriaal

Voor de patiënt en/of mantelzorger is op basis van bestaand voorlichtingsmateriaal een boekje met informatie en tips opgesteld om de kennis en vaardigheden van patiënt en mantelzorger te verhogen. Ook is een dagrapportageboekje ontwikkeld waarin de mantelzorger kan aangeven wanneer zij zijn geweest en wat zij hebben gedaan.

Aandachtsvelder decubitus (AVD)

Bij de zorgverleners was een groot probleem het tekort aan kennis over decubitus. Hiervoor is in opdracht van ZON/MW een B(lended)-learningprogramma opgesteld. De scholing sluit aan bij het eigen opleidingsniveau, is individueel via een cd-rom te volgen en wordt afgerond met een kennistoets. Daarna volgt een vaardigheidstraining. Deze vaardigheidstraining is tijdens dit onderzoek binnen de instellingen door een aandachtsvelder decubitus (AVD) opgezet en getoetst. Hierbij is ook aandacht besteed aan de communicatie met de patiënt en mantelzorger en aan het gebruik van voorlichtingsmateriaal.

Kernbehandelingen

Voor de ondersteuning van de zorgverlener in de dagelijkse praktijk is er een handzaam kaartje met de kernhandelingen uit het decubitusprotocol en een overzicht van de inzet van AD-materialen ontwikkeld.

Registratieformulier

Er is een registratieformulier opgesteld waarmee inzicht kan worden verkregen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Aan de hand van dit formulier stelt de zorgverlener vast of een patiënt decubitus heeft (op basis van de klinische blik) of dat de patiënt een hoog risico op decubitus heeft. Dit gebeurt aan

de hand van de Bradenschaal. Bij hoog risico op decubitus dient elke week het gehele registratieformulier te worden ingevuld. Op het formulier registreert de zorgverlener de lokatie en ernst van de decubitus en welke preventieve en behandelmaatregelen die week zijn genomen.

***Kwaliteits-
indicatoren***

Op basis van deze registratie konden vier kwaliteitsindicatoren berekend worden. Dit zijn de uitkomst- en procesindicatoren zoals die door het CBO in de doorbraakprojecten decubitus in ziekenhuizen, revalidatiecentra en verpleeghuizen al zijn toegepast. De vier indicatoren geven de volgende informatie:

- het percentage patiënten waarbij een structurele risico-inventarisatie wordt uitgevoerd;
- het percentage patiënten waarbij zich, ondanks de gestructureerde wijze van risico-inventarisatie, toch decubitus ontwikkelt;
- het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen zijn genomen;
- het percentage patiënten dat ondanks de op de gestructureerde risico-inventarisatie geënte preventieve maatregelen, toch decubitus ontwikkelt.

Een AVD kan met behulp van Excel zelf deze indicatoren berekenen en terugkoppelen naar de zorgverleners en het management binnen de instelling.

***Levering
AD-materialen***

Zorgkantoren en zorgverzekeraars spelen een grote rol bij levering van AD-materialen. Op dit punt lijken knelpunten te bestaan die de tijdige levering van de juiste materialen vaak onmogelijk maakt. De onderzoekers en het CVZ hebben de deelnemende instellingen aangeboden te helpen bij het oplossen van barrières in de tijdige levering van de juiste materialen.

6.b.3. Uitvoeringsfase

***Beperkte deelname
project***

Het doel was om 15 instellingen verspreid over het land enthousiast te maken voor dit project. Uiteindelijk waren slechts zeven instellingen bereid om aan dit onderzoek deel te nemen. Dit is het gevolg van de moeilijke maatschappelijke positie van de thuiszorg. De instellingen staan onder financiële druk. Dit komt omdat de financiële risico's in de branche sterk zijn toegenomen. De toenemende marktwerking en concurrentie in de extramurale zorg en de mogelijk hevige concurrentie vanwege de overheveling van huishoudelijke verzorging naar de WMO zijn hier een mogelijke oorzaak van.

Binnen de zeven instellingen die bereid waren aan het onderzoek deel te nemen, zijn dertien interventieteams gekozen en zeven controleteams. Niet alleen was het aantal deelnemende instellingen gering, ook was er een grote mate van diversiteit. De instellingen verschilden onder andere in grootte, organisatiestructuur en personeelssamenstelling.

Tijdens het onderzoek zijn nog eens drie instellingen afgevallen vanwege organisatorische problemen. Voor de start van de implementatie van de instrumenten heeft in april 2004 een 0-meting plaatsgevonden (T0). Hierbij is de prevalentie in zowel de interventieteams als de controleteams vastgesteld. Een jaar later heeft een nameting plaatsgevonden (T1).

***Vermindering
decubitus***

Per instelling is de relatieve daling of stijging van de prevalentie van decubitus in de interventieteams en controleteams tussen T0 en T1 in beeld gebracht. De conclusie was dat alle interventieteams binnen één jaar een vermindering van decubitus van tenminste 30% hebben bereikt (min. 38% en max. 67%). Meer onderzoeksresultaten zijn opgenomen in bijlage 5 bij dit rapport.

Meer aandacht

De onderzoekers hebben – om te kunnen analyseren of deze daling statistisch significant was – de teams samengevoegd. Er bleek sprake te zijn van een significante daling van de prevalentie van decubitus in de interventieteams van 25% naar 11%. Opvallend is dat er ook een daling in de prevalentie van decubitus heeft plaatsgevonden binnen de controleteams van twee van de drie instellingen. Het lijkt erop dat de extra aandacht voor decubitus door het onderzoek niet alleen in de interventieteams voor een daling heeft gezorgd, maar ook in de controleteams. Met meer aandacht alleen lijkt al een verbetering te bewerkstelligen.

6.b.4. Kennis

Kennis vergroot

Er heeft een 0-meting plaatsgevonden om de kennis van decubitus bij de zorgverleners te meten voor deelname aan het B-learning programma. Dit is herhaald na afronding van de B-learning. Er is getoetst bij zorgverleners van vijf instellingen met samen vijftien teams (negen interventieteams en zes controleteams). De gemiddelde score op de kennistoets in de interventieteams was na afronding van het B-learningprogramma significant hoger dan in de controleteams, namelijk 14,5 versus 9,2 op een 20-puntschaal ($p=0,000$). Het B-learningprogramma is inmiddels aangepast en verbeterd en overgedragen aan het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV).

Het LEVV biedt instellingen het theoretische deel via internet aan. Voor € 1250,- (incl. BTW) kan een instelling een jaar lang gebruik maken van de module, waarbij 100 cursisten deze gelijktijdig kunnen volgen. Daarnaast biedt het LEVV het vaardigheidsdeel samen met het opleidingsinstituut Rescue Nederland aan.

Informatie hierover is te vinden op de decubituswebsite van het LEVV (www.decubitus-nederland.nl). Meer informatie over de resultaten van het B-learning-programma is te vinden in de volledige rapportage van Hulsenboom en Halfens (2005).

**Registratie niet
altijd haalbaar**

6.b.5. Registratie

De interventieteams van 6 instellingen hebben gewerkt met het registratiesysteem. Het was de bedoeling dat de instellingen gingen registreren tot en met april 2005. Dit bleek niet voor alle teams haalbaar. Drie instellingen hebben geregistreerd in de periode eind 2004 t/m april 2005. De andere teams hebben een kortere periode geregistreerd. In totaal zijn 1059 registratieformulieren ontvangen van 371 patiënten. Hiervan was 58% vrouw, was de gemiddelde leeftijd 73 jaar, had 53% een verhoogd risico op decubitus en had 24% op één of meerdere contactmomenten decubitus.

De indicator die berekend kon worden is dat bij 54% van de patiënten met een verhoogd risico voldoende preventieve maatregelen zijn genomen. Idealiter is dit percentage 100%. Het bleek voor de AVD'ers moeilijk om aan de noodzakelijke instellingsgegevens te komen (zoals 'nieuw in de zorg') voor het berekenen van de overige indicatoren. Eén AVD heeft een inschatting gegeven van de benodigde tijd die het registreren per patiënt kost en de tijd die het de AVD kost om de gegevens te verzamelen en te verwerken. De AVD geeft aan dat het verwerken van de gegevens 2 à 3 uur per maand kost. Het registreren zelf kost enkele minuten per patiënt. Met een aangepast registratieformulier kan dit wellicht minder worden.

**Problematiek
AD-materialen
opgelost**

6.b.6. Levering AD-materialen

Bij het eerste bezoek aan de instellingen gaven drie van de zeven instellingen aan problemen te ondervinden met de levering van AD-materialen. Twee instellingen gaven aan dat niet het materiaal het probleem was, maar de tijdige levering. De derde instelling had zowel problemen met het materiaal als met de tijdige levering (reorganisatie uitleencentrum en star beleid zorgverzekeraar/zorgkantoor). Alle drie de instellingen gaven aan eerst zelf met deze problematiek aan de slag te gaan. Dit heeft alle problemen opgelost. De juiste materialen werden volgens afspraak binnen 24 uur geleverd. Wel kwam naar voren dat sommige zorgkantoren/zorgverzekeraars de Nortonschaal gebruikten bij de bepaling van de inzet van AD-materialen. In het huidige project en het Landelijk Prevalentie Onderzoek wordt gebruikt gemaakt van de Bradenschaal. Navraag bracht aan het licht dat de Nortonschaal niet verplicht gesteld werd en de Bradenschaal ook geaccepteerd werd.

**Belemmerende
factoren**

6.b.7. Conclusie onderzoekers

De onderzoekers concluderen dat het B-learningprogramma en het registratiesysteem de belangrijkste kwaliteitsbevorderende strategieën zijn. Tijdgebrek van de AVD'ers en zorgverleners kwam zowel bij B-learning als bij het registratiesysteem als een belangrijk knelpunt naar voren. Daarnaast ontbrak het de AVD'ers en zorgverleners aan voldoende steun vanuit het management. Er bleek meer tijd nodig te zijn om de registratieformulieren te kunnen integreren in de dagelijkse

zorg. Het extramurale karakter van de organisatie maakte het verzamelen en controleren van de formulieren moeilijk. Een andere belemmerende factor bij de implementatie van de verschillende instrumenten was dat - door de moeilijke maatschappelijke positie van de thuiszorg - het niet het juiste moment voor het programma was.

Toch daling decubitus

Ondanks de beperkingen bij de implementatie van de diverse instrumenten en het feit dat nog lang niet alle patiënten met een verhoogd risico op decubitus voldoende preventieve maatregelen ontvangen, blijkt de prevalentie van decubitus in de interventieteams met minimaal 30% gedaald. Het registreren op zichzelf betekent aandacht voor de decubituszorg. Het leidt tot een verhoogde alertheid op decubitus, een beter inzicht in de feitelijke decubituszorg en een actief streven naar verbetering van de indicatoren.

6.b.8. Aanbevelingen praktijk

De onderzoekers geven de volgende aanbevelingen voor de implementatie van de verschillende instrumenten in de praktijk:

Aanbevelingen

- Het volgen van het B-learningprogramma door zorgverleners. Dit programma is voor € 1250,- (incl. BTW) te verkrijgen bij de LEVV. Hieraan kunnen 100 cursisten tegelijkertijd deelnemen.
- Het aanstellen van een AVD is een noodzakelijke voorwaarde om de diverse onderdelen van de best practices te kunnen implementeren. De AVD coördineert het decubitusbeleid van de instelling, is verantwoordelijk voor het verzamelen en verwerken van de informatie en koppelt deze informatie terug naar de zorgverleners en het management.
- Een voor de AVD toegankelijk geautomatiseerd patiëntenbestand, waarin gegevens op instellings- en teamniveau te achterhalen zijn, is een voorwaarde voor de eenvoudige verwerking van de registratiegegevens tot indicatoren voor kwaliteit van zorg.
- Houd met enige regelmaat een prevalentiemeting. Hierdoor ontstaat inzicht in de prevalentie van decubitus en inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg.
- Thuiszorginstellingen die geïnteresseerd zijn in de praktische toepassing van het registratiesysteem kunnen contact opnemen met ZON Omnizorg te Merkelbeek. Deze instelling heeft het registratiesysteem deels aangepast zodat dit voor hun beter toepasbaar is. ZON Omnizorg blijft de registratie met dit aangepaste systeem uitvoeren en behoudt op deze manier inzicht in het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen zijn genomen.
- Steun vanuit het management is onontbeerlijk voor een succesvolle implementatie en structurele inbedding van de verschillende instrumenten.

6.c. Standpunt CVZ

Implementatie instrumenten leidt tot daling decubitus

Het CVZ concludeert dat het implementeren van de instrumenten heeft geleid tot een daling van de omvang van decubitus van minimaal 38% en maximaal 67% binnen een thuiszorginstelling. Hierbij dient vermeld te worden dat de implementatie niet optimaal was door problemen als tijdgebrek en organisatorische problemen binnen de instellingen. Een andere opvallende conclusie is dat alleen al door meer aandacht voor decubitus – door het houden van een jaarlijkse prevalentiemeting – een daling te zien was in de prevalentie van decubitus. Dit komt overeen met de conclusie van Halfens (2005) op basis van de jaarlijkse prevalentiemetingen decubitus.

De interventieteams lieten over de periode april 2004 tot april 2005 een gemiddelde daling van 56% zien. Bij de controleteams was de gemiddelde daling 25%. In dezelfde periode heeft er ook een meting plaatsgevonden van de jaarlijkse Landelijke Prevalentiemeting Decubitus. Hierbij is een daling van 15% gevonden. Het lijkt erop dat de implementatie van de instrumenten in dit project tot een extra daling in de prevalentie heeft gezorgd.

Bij het verstrekken van AD-materialen bestonden in het begin problemen. Deze bleken door overleg tussen de instelling en het betreffende zorgkantoor of verzekeraar zelfstandig te kunnen worden opgelost. Het CVZ concludeert hieruit dat er geen regeltechnische problemen zijn en daarmee geen reden voor een pakketwijziging.

Website CVZ

Onderzoeksrapport naar Z-org en ZN

Het CVZ zal de volledige onderzoeksrapportage inclusief de ontwikkelde instrumenten op zijn website zetten en deze rapportage onder de aandacht brengen van Z-org en ZN. Daarnaast zullen de thuiszorginstellingen en zorgverzekeraars per brief worden geïnformeerd over de rapportage met een verwijzing naar CVZ website. Op deze manier wil het CVZ de ontwikkelde best-practices en de ontwikkelde instrumenten toegankelijk maken voor alle thuiszorginstellingen.

7. Orthesen

7.a. Inleiding

Orthesen zijn uitwendig lichaamsgebonden hulpmiddelen ter correctie, ondersteuning, immobilisatie of ter compensatie van een geheel of gedeeltelijk uitgevallen functie van het houdings- en bewegingsapparaat. De aandoeningen waarbij orthesen worden toegepast zijn divers. Het gaat onder meer om allerlei vormen van rugklachten, wervelbreuken, scoliose, osteoporose en reuma.

Verstevigd en niet-verstevigd

Uit de adviesprocedure verstrekkingengeschillen bij het CVZ komen een aantal signalen naar voren met betrekking tot orthesen. Het gaat daarbij vooral om de beoordeling van het begrip 'meerwaarde' van de verstevigde orthese ten opzichte van een niet-verstevigde orthese. Ook is voor bepaalde orthesen de indicatiestelling onduidelijk. Verder besteedde het CVZ in het rapport 'Tweede evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen' d.d. 22 juni 2000 aandacht aan de verstrekking van orthesen. Het CVZ concludeerde in dit rapport dat de beoordeling van het al dan niet verstevigd zijn van spalk-, redressie- of correctieapparatuur en de vereiste therapeutische meerwaarde in de praktijk problemen oproept. Ook de strikte indicatiecriteria voor kniebraces leidde tot problemen. Daarom heeft het CVZ dit onderwerp opgenomen in het Jaarplan beleidsonderzoek hulpmiddelen 2001.

7.b. Te verzekeren prestatie

Huidige omschrijving wettekst

In de Regeling zorgverzekering zijn orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals als te verzekeren prestatie aangemerkt. Het gaat om: verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur voor langdurig gebruik, waarbij de versteving een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese. Alleen voor de kniebrace gelden aanvullende indicatiecriteria. Er moet sprake zijn van:

- een al dan niet gecombineerd letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraalbanden zijn gescheurd;
- eenzijdige gonartrose, voor zover sprake is van een standafwijking van minimaal 10 graden varus/valgusstand.

De huidige omschrijving in de Regeling is in fasen tot stand gekomen.

Oneigenlijk gebruik

Van oudsher werd met de verstrekking ‘spalk-, redressie- en correctieapparatuur’ bedoeld een soort hulpmiddelen met beugelconstructies. Dit blijkt ook uit de terminologie ‘apparatuur’. Door ontwikkelingen op dit gebied dijde deze verstrekking uit tot de meest eenvoudige middelen, waaronder bandages. Deze bandages werden bovendien vaak voorgeschreven voor het gebruik tijdens sportactiviteiten, ter preventie van sportblessures. Om dit oneigenlijke gebruik van de Regeling terug te dringen is in 1992 de bepaling aan de Regeling toegevoegd dat orthesen van verstevigde materialen vervaardigd moeten zijn. Met deze aanscherping werd gepoogd weer aansluiting te vinden bij de oorspronkelijke bedoeling van de regeling. Als gevolg van deze aanscherping hebben producenten in de jaren daarna extra verstevigingen aangebracht in orthesen, die geen enkel therapeutisch effect hebben maar uitsluitend zijn bedoeld om de orthese voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Daarom is met ingang van 1 april 1999 bepaald dat het moet gaan om een versteviging die een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft boven een niet-verstevigde orthese.

De strikte omschrijving van een kniebrace als te verzekeren prestatie (aanvullende indicatiecriteria) heeft eveneens per 1 april 1999 plaatsgevonden. In het rapport ‘Tweede evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen’ d.d. 22 juni 2000 heeft het CVZ de minister van VWS voorgesteld het indicatiecriterium voor dit hulpmiddel te verruimen. Op basis van dit voorstel heeft de minister de Regeling met ingang van 1 januari 2001 aangepast. Vanaf deze datum bestaat ook bij de indicatie gonartrose in bepaalde gevallen aanspraak op een kniebrace.

7.c. Uitvoeringspraktijk

Uitbreiding marktaanbod

In de praktijk blijkt, dat de grens tussen “verstevigd” en “niet verstevigd” steeds moeilijker is te trekken door verschuivingen in en uitbreiding van het marktaanbod. Ook is de functionaliteit van de verstevigingen niet altijd eenduidig vast te stellen. Dit werkt ongelijkheid in de hand bij het beoordelen of het desbetreffende hulpmiddel uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening voor verstrekking in aanmerking komt. Ook speelt mee dat in de dagelijkse praktijk voorschrijvers van mening kunnen zijn, dat ‘niet verstevigde’ orthesen voor de patiënt een therapeutische waarde hebben. Deze orthesen komen echter voor rekening van de verzekerde. Hierdoor wordt soms toch een ‘verstevigde’ orthese voorgeschreven, terwijl kan worden volstaan met een veelal goedkopere ‘niet verstevigde’.

7.d. Doelmatige zorgverlening

**Geen eenduidige
richtlijnen**

Voor doelmatige zorgverlening is naar de mening van de bij deze verstrekking betrokken partijen een adequaat voorschrift vereist dat is afgestemd op patiënt en gebruikssituatie. Patiëntgegevens en technische gegevens moeten tot een juiste en eenduidige verstrekking leiden. Het voorschrijven hiervan berust tot nu toe op medische kennis, technische kennis en (klinische) ervaring. Vervaardiging en verstrekking van orthesen is nu voornamelijk gebaseerd op empirische kennis. Voor het beoordelen van de therapeutische waarde zijn er tot op heden geen eenduidige richtlijnen en indicatoren beschikbaar. Intussen gaat de (technische) ontwikkeling door en zijn nieuwe materialen ontwikkeld, waardoor mogelijk een verbeterde orthese - zonder metalen of kunststof versteviging - als een doelmatige voorziening aangemerkt zou kunnen worden.

7.e. Doel van het onderzoek

In 2002 is onderzoek gestart met als doel te komen tot een heldere indicatiestelling voor knie-, enkel-, elleboog- en polsorthesen en een evaluatie van de omschrijving van de te verzekeren prestatie in de Regeling. Er diende informatie beschikbaar te komen ten behoeve van het rationeel en uniform voorschrijven van deze hulpmiddelen.

Het onderzoek beperkte zich tot knie-, enkel-, elleboog en polsorthesen, vanwege de grote aantallen verstrekkingengeschillen, het volume van de doelgroep en het uitgebreide marktaanbod waarbinnen de onderlinge vergelijkbaarheid van de bestaande producten nog nauwelijks mogelijk is.

7.f. Uitvoering onderzoek

**Algemene
consensus**

Bij het voorschrijven van orthesen zijn verschillende voorschrijvers betrokken. Naast orthopedisch chirurgen en revalidatieartsen hebben huisartsen, reumatologen en neurologen te maken met het voorschrijven van orthesen. Ook technisch deskundigen zijn betrokken bij het selecteren en aanmeten van orthesen. Omdat meerdere partijen een rol spelen is het van belang tot een algemene consensus te komen op het terrein van het voorschrijven van orthesen. Samenwerking tussen voorschrijvende partijen was daarom een vereiste bij de uitvoering van het onderzoek.

RRD

Voor het uitvoeren van het onderzoek heeft het CVZ een overeenkomst gesloten met Roessingh Research and Development (RRD) te Enschede. Binnen het project is door RRD samenwerking gezocht met de onderzoeksgroepen van het Centrum voor Revalidatie van het Universitair Medisch Centrum Groningen voor wat betreft de revalidatiegenees-

kunde en van het Academisch Medisch Centrum Amsterdam voor wat betreft de orthopedie. De projectcoördinatie is tijdens de loop van het onderzoek overgegaan van RRD naar het Nederlands Paramedisch Instituut.

Voor de begeleiding gedurende het onderzoek was een begeleidingscommissie en klankbordgroep ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van op dit terrein relevante partijen. Het onderzoek is met enige vertraging in de loop van 2002 gestart. De eindrapportage heeft het CVZ in december 2005 ontvangen.

7.g. Resultaten van het onderzoek

7.g.1. Algemene conclusie

Het onderzoek heeft geresulteerd in een algemene richtlijn voor de indicatiestelling en het verstrekingsproces van orthesen. Deze richtlijn lijkt toepasbaar om te komen tot een adequaat orthesevoorschrift waarin de functiebeschrijving van de orthese om een bepaald behandeldoel te bereiken op systematische wijze tot stand komt. Dit op basis van de hulpvraag van de patiënt, de functionaliteitsdiagnose, relevante persoonlijke factoren van de patiënt, externe factoren en het behandeldoel in termen van beoogd functioneren.

Specifieke richtlijnen

Er zijn specifieke richtlijnen geformuleerd voor specifieke aandoeningen aan enkel, knie, elleboog en pols. Deze zijn tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke literatuur en de mening van experts. Deze richtlijnen zijn nog onvoldoende getoetst op toepasbaarheid.

7.g.2. Overige conclusies

1. Voor het merendeel van de in de studie onderzochte orthesetoepassingen is geen voldoende wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit.
2. De marginale toetsing binnen het project was onvoldoende om vast te stellen of de conceptrichtlijnen leiden tot een meer gefundeerd voorschrift voor een orthese.
3. De belangstelling van voorschrijvers uit het werkveld voor participatie in de richtlijnontwikkeling voor orthesen is matig.
4. De voorlopige richtlijn voor de indicatiestelling en het voorschrift van orthesen voor enkel, knie, elleboog en pols dient nader getoetst te worden voordat tot implementatie kan worden overgegaan.
5. Het in de Regeling genoemde onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen dient vervangen te worden door een functionele omschrijving van de orthese binnen het kader van de Cliq-classificatie.
6. Het aspect van aanspraak op vergoeding van een orthese maakte geen deel uit van het project.

Omschrijving Regeling aanpassen

7.h. Aanbevelingen van de onderzoekers

7.h.1. Patiëntenenquête

Patiëntenenquête

De onderzoeker bevelen op basis van de resultaten van de patiëntenenquête aan, deze aan te passen en opnieuw uit te zetten over een langere periode. De resultaten van de enquête kunnen dan gebruikt worden voor verfijning van de richtlijnen voorafgaande aan het implementatietraject.

7.h.2. Wijze van toetsing

Een uitgebreide toetsing van de richtlijnen dient plaats te vinden volgens eenzelfde opzet als de marginale studie binnen het uitgevoerde project. Vooraf moet het aantal en soort orthesen vastgesteld worden – voorgeschreven aan de hand van de conceptrichtlijnen – om valide uitspraken te kunnen doen over de haalbaarheid van de implementatie van de richtlijn in het werkveld.

7.h.3. Implementatie

Het implementatietraject valt uiteen in vijf onderdelen. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden naar enerzijds de algemene richtlijn en anderzijds de gewrichtsspecifieke richtlijnen.

1. Eerst moeten de richtlijnen aan de wetenschappelijke verenigingen van de betrokken voorschrijvers en verstrekkers worden voorgelegd ter goedkeuring
2. Daarna zal bepaald moeten worden wat de financiële en verzekeringstechnische consequenties zijn van het volgen van de richtlijnen. Immers, de huidige voorschrijfpraktijk wordt mede bepaald door wat de zorgverzekeraar vergoedt, wat de cliënt moet betalen en wat de fabrikant/leverancier eraan verdient.
3. De laatste randvoorwaarde is duidelijkheid ten aanzien van de gekozen orthese-specificatie op basis van de Cliq-classificatie. Leveranciers zullen deze classificatie moeten gebruiken voor hun producten.
4. Als aan de bovengenoemde punten is voldaan, kan het implementatietraject starten.
5. Gelijktijdig zal een evaluatie kunnen plaatsvinden, waarin onder meer cliënten, voorschrijvers, leveranciers en verzekeraars worden betrokken.

7.i. Standpunt CVZ

Geen taak voor CVZ

Het CVZ is van mening dat het (verder) ontwikkelen en de implementatie van richtlijnen zinvol is, maar dat dit niet langer tot zijn takenpakket behoort. Het (verder) ontwikkelen en toetsen van richtlijnen is een taak van de respectieve beroepsgroepen, terwijl het implementatietraject een samenwerkingsproject zou moeten zijn van de beroepsgroepen, verstrekkers, patiëntenorganisaties en verzekeraars. Deze laatste zijn immers verantwoordelijk voor de uitvoering van een doelmatig verstrekkingenbeleid. Het CVZ brengt de uitkomsten van dit project daarom onder de aandacht van deze partijen.

***Verantwoorde en
adequate zorg***

Verder merkt het CVZ op dat de onderzoekers tot de conclusie komen dat voor de effectiviteit van het merendeel van de orthesetoepassingen geen voldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Voor het CVZ is deze conclusie op dit moment geen aanleiding aan te bevelen de te verzekeren prestatie te beperken. Immers, niet alleen de wetenschappelijke literatuur is doorslaggevend bij een dergelijke aanbeveling. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten in het basispakket worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1 Besluit zorgverzekering). Daarnaast is in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering bepaald dat het bij de te verzekeren prestaties moet gaan om zorg die zorgverleners plegen te bieden. Hoewel de wetenschappelijke onderbouwing voor het merendeel van de orthesetoepassingen niet voldoende is, is zeker sprake van in het vakgebied geldende verantwoorde en adequate zorg en gaat het onbetwist om zorg die zorgverleners plegen te bieden.

***Prioriteit
actualisatie***

Het CVZ concludeert verder dat het op verzekeringsgronden geïntroduceerde onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthese in de praktijk doelmatige zorg in de weg kan staan. Het komt voor dat louter om vergoedingsredenen een duurdere verstevigde orthese wordt voorgeschreven, terwijl met een goedkopere niet-verstevigde orthese die niet tot de verzekerde prestatie behoort, kan worden volstaan. Het CVZ vindt dit een ongewenste situatie. Om die reden prioriteert het CVZ de te verzekeren prestatie orthesen voor de actualisering van de Regeling (zie paragraaf 2a).

8. Heupbeschermers

8.a. Inleiding

Heupfracturen vormen een belangrijk gezondheidsprobleem. In Nederland breken ieder jaar meer dan 15.000 ouderen hun heup. Heupfracturen zijn geassocieerd met een toename in comorbiditeit. Ongeveer de helft van de patiënten leert niet meer onafhankelijk lopen na een heupfractuur. Daarnaast is vaak een algehele achteruitgang te zien in het functioneren en een toename van de afhankelijkheid. Hierdoor moet een deel van de patiënten opgenomen worden in een verzorgingshuis of verpleeghuis en neemt de kwaliteit van leven af. Dit alles gaat gepaard met hoge kosten voor de maatschappij. Tevens zijn heupfracturen geassocieerd met een verhoogde mortaliteit. Ongeveer 15-20% van de patiënten overlijdt binnen één jaar na de fractuur.

Preventie heupfracturen

De heupbeschermer is een hulpmiddel ter preventie van heupfracturen bij ouderen met een verhoogd valrisico. De heupbeschermer vermindert de gevolgen van de val. Het is een strakzittende stretchonderbroek waarin energieabsorberend beschermmateriaal of een energieomleidende schaal, los of geïntegreerd, is verwerkt. Uit biomechanisch onderzoek blijkt dat harde heupbeschermers superieur zijn aan zachte beschermers.

8.b. Signaleringsrapport hulpmiddelen 2002

Stappenplan

In november 2000 heeft de minister het CVZ gevraagd te adviseren over opneming van de heupbeschermer in de Regeling. In het Signaleringsrapport hulpmiddelen 2002 stelde het CVZ vast dat, als de heupbeschermer wordt toegepast overeenkomstig het ontwikkelde stappenplan en trouw wordt gedragen, een forse daling van het aantal heupfracturen is te verwachten. Uit diverse onderzoeken bleek echter dat de therapietrouw bij het dragen van heupbeschermers een probleem was. De therapietrouw in verpleeghuizen was hoger dan in de thuissituatie. Belangrijke factor daarbij was gemotiveerd personeel. Over de therapietrouw bij de toepassing van heupbeschermers in de thuissituatie en de verzorgingshuizen bestond echter onduidelijkheid. Om die reden vond het CVZ opneming van heupbeschermers in de Regeling op dat moment nog niet aangewezen.

Experiment

Het CVZ stelde voor een experiment te starten naar de toepassing van heupbeschermers in de thuissituatie en in verzorgingshuizen. Dit onderzoek is in 2003 van start gegaan. Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de therapietrouw, therapietrouw verhogende interventies en de kosteneffectiviteit van de heupbeschermer.

8.c. Onderzoek naar heupbeschermers

8.c.1. Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd door het EMGO/VU. Op vijf spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen zijn het aantal heupfracturen, de plaats, tijdstip van de val en risicofactoren/patiëntkenmerken geregistreerd. Op basis van onderzoeksresultaten en literatuur is een kosten-batenanalyse uitgevoerd. Hierbij is het maximale preventieve effect van heupbeschermers bij ouderen die thuis wonen of in het verzorgingshuis geschat.

Daarnaast zijn mogelijke interventies om de therapietrouw in de thuissituatie en verzorgingshuis te verhogen beschreven. Er is een update gemaakt van de beschikbare heupbeschermers op de markt, de bijbehorende kosten en de overige belangrijke ontwikkelingen op dit gebied.

8.c.2. Registratie heupfracturen en spoedeisende hulpafdelingen

Gedurende één jaar zijn op spoedeisende hulpafdelingen van vijf ziekenhuizen alle heupfractuurpatiënten van 70 jaar en ouder geregistreerd. De ziekenhuizen bevonden zich in drie regio's en vormden een representatieve steekproef. Patiënten uit een verpleeghuis of bij wie de heupfractuur veroorzaakt was door een verkeersongeval of botmetastasen werden uitgesloten. Indien een patiënt van zijn fiets gevallen was zonder te botsen tegen een ander voertuig, werd dit niet als verkeersongeval beschouwd. Om het maximale preventieve effect te schatten bij thuiswonende ouderen of ouderen woonachtig in een verzorgingshuis is beraamd hoeveel heupbeschermers zouden zijn toegewezen aan de geregistreerde heupfractuurpatiënten op basis van twee bestaande risicoprofielen.

1. Het eerste profiel (Tweede Herziene Richtlijn voor Osteoporose) is ontwikkeld voor het voorspellen van osteoporose en fracturen;
2. Het tweede profiel is ontwikkeld voor het voorspellen van herhaaldelijk vallen.

Totaal gaven 330 (246 vrouwen en 84 mannen) van de 379 personen, die aan de in- en exclusie criteria voldeden, toestemming voor het interview. De meeste heupfracturen traden op in de middag (37,3%). In totaal vielen 231 personen (70%) binnen en 97 personen (29%) buiten. Meer onderzoeksresultaten zijn opgenomen in bijlage 6 bij dit rapport.

8.c.3. Preventief effect heupbeschermers

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat als heupbeschermers gegeven worden aan vrouwen met een hoog risico op fracturen, of aan vrouwen en mannen met een hoog risico op herhaaldelijk vallen, respectievelijk maximaal 48,2% en 51,7% van alle heupfracturen voorkomen kan worden.

Representatieve steekproef

Valincidenten

<p>Factoren</p>	<p>De volgende factoren zijn gedurende het onderzoek geïdentificeerd en kunnen het maximale preventieve effect van heupbeschermers beïnvloeden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. heupfractuur is niet gevolg van een val; 2. heupfractuur is opgetreden tijdens omstandigheden die het gebruik van heupbeschermers uitsluiten (bijvoorbeeld toilet en douche); 3. heupfractuur is opgetreden tijdens de nacht; 4. heupfractuur is opgetreden bij een persoon met een laag risico (en had geen indicatie voor een heupbeschermer).
<p>Relatief risico</p>	<p>Verder hangt het maximale preventieve effect af van de effectiviteit van heupbeschermer zelf en de therapietrouw met de heupbeschermer. Recent onderzoek van Van Schoor et al. (2006) laat zien dat de biomechanische eigenschappen van heupbeschermers verschillen en niet alle heupbeschermers even goed in staat zijn de kracht op de heup te reduceren.</p> <p><i>8.c.4. Kosteneffectiviteit</i></p> <p>De vraag is hoe effectief heupbeschermers moeten zijn om het gebruik ervan kostendekkend te maken.</p> <p>De onderzoekers hebben hiervoor een berekening opgesteld. Deze berekening staat beschreven in bijlage 5.</p>
<p>Toepassing binnen instellingen</p>	<p>Op grond van de gebruikte Cochrane van Parker et al. (2005) zijn de onderzoekers van mening dat heupbeschermers doelmatig lijken, indien gebruikt ter preventie van heupfracturen bij mensen in een verzorgings- of verpleeghuis. De maximale kostenbesparing wordt geschat op € 744,- per 70-jarige in de komende 20 jaar. Dit kan gezien het grote en nog steeds toenemende aantal 70-jarigen in Nederland een besparing opleveren voor de maatschappij.</p>
<p>Toepassing bij thuiswonenden</p>	<p>Tot dusver pleiten de gegevens niet voor een interventie bij thuiswonenden die één of meerdere risicofactoren voor een heupfractuur hebben. Het toepassen van heupbeschermers bij deze groep is niet effectief en dus ook niet kosteneffectief en doelmatig. De lage therapietrouw, die vooral binnen deze groep een rol speelt, is een denkbare verklaring hiervoor.</p> <p><i>8.c.5. Therapietrouw</i></p> <p>De gemiddelde therapietrouw in het verzorgingshuis is 48,0% en bij thuiswonende 46,1%. De lange termijn therapietrouw is respectievelijk 43,6% en 40,0%. Waarschijnlijk draagt de aanwezigheid van verzorging bij aan een hogere therapietrouw. Een deel van de bewoners van een verzorgingshuis wordt door de verzorging aangekleed in de ochtend. In dit geval kan de verzorging ervoor zorgen dat deze personen de heupbeschermer aantrekken.</p>

Interventies niet effectief

Er bleken vijf studies te zijn met therapietrouw verhogende interventies. De interventies lijken niet voor een verhoogde therapietrouw te zorgen.

Op basis van interviews, enquêtes en literatuuronderzoek zijn drie algemene conclusies te trekken over het gebruik van heupbeschermers in Nederland:

- Het gebruik van heupbeschermers varieert per zorgomgeving. In verpleeghuizen zijn heupbeschermers bekend en regelmatig aanwezig. Zelfstandig wonende ouderen of ouderen in een verzorgingshuis die heupbeschermers gebruiken zijn nauwelijks bekend.
- De kennis over heupbeschermers bij hulpverleners binnen verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties is matig tot slecht.
- Hulpverleners en ouderen spreken over verschillende barrières om heupbeschermers te (blijven) gebruiken: de onkosten, de beeldvorming, het gebrek aan (informatie over) effectiviteit en therapietrouw en de meerwaarde (positieve bekrachtiging) voor ouderen. Daarnaast zijn barrières aanwezig zoals het draagcomfort en organisatorische aspecten en procedures.

8.c.6. Kosten heupbeschermers

De prijs voor heupbeschermers varieert tussen de € 20,54 en € 205,37. De meeste heupbeschermers bestaan uit een paar broeken en één paar beschermers. Uit biomechanisch onderzoek blijkt dat harde heupbeschermers beter beschermen tegen heupfracturen dan zachte heupbeschermers. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de therapietrouw bij zachte heupbeschermers hoger is vanwege het draagcomfort.

8.c.7. Algemene conclusie onderzoekers

Geen risicoreductie in thuissituatie

Heupbeschermers lijken met name effectief in het verpleeg- en verzorgingshuis. In de thuissituatie werd geen risicoreductie gevonden. Het is zeer waarschijnlijk dat de effectiviteit van de heupbeschermer verhoogd kan worden door verbetering van de therapietrouw. Er is echter nog zeer weinig bekend over de effectiviteit van interventies ter verhoging van de therapietrouw. Heupbeschermers worden nauwelijks gebruikt in Nederlandse verzorgingshuizen en zijn relatief onbekend in thuiszorgorganisaties. Gezien de gegevens over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van heupbeschermers in het verzorgingshuis adviseren de onderzoekers een actieve implementatie in deze setting. Het vergroten van de kennis over de heupbeschermers lijkt hierbij een belangrijke eerste stap.

8.d. Standpunt CVZ

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat de heupbeschermer niet effectief is in de thuissituatie en dus ook niet kosteneffectief. De verstrekking van heupbeschermers aan ouderen in verzorgings- of verpleeghuizen lijkt op basis van het kosteneffectiviteitsonderzoek wel effectief.

Het onderzoek uitgevoerd door EMGO/VU laat zien dat bij thuiswonenden en ouderen woonachtig in verzorgingshuizen de heupbeschermer slechts in de helft van de gevallen een heupfractuur kan voorkomen. Daarnaast is de lange termijn therapietrouw bij zowel thuiswonenden als ouderen woonachtig in een verzorgingshuis laag, respectievelijk 43,6% en 40,0%.

Kosteneffectiviteits- onderzoek

Een probleem bij het kosteneffectiviteitsonderzoek is dat hierbij de ouderen wonende in verzorgings- en verpleeghuizen zijn samengevoegd. Dit komt doordat in de meeste onderzoeken geen duidelijk onderscheid is gemaakt in verzorgings- en verpleeghuizen, maar gesproken wordt van 'institutionalised people'. Voor het berekenen van de kosteneffectiviteit hebben de onderzoekers de Cochrane review gebruikt van Parker et al. (2005). Het CVZ kan op basis hiervan niet concluderen dat het verstrekken van heupbeschermers voor alleen de ouderen woonachtig in verzorgingshuizen ook effectief is.

Geen significant effect

Parker et al. (2006) heeft recent opnieuw een systematische review met een meta-analyse gepubliceerd. De onderzoekers hebben de resultaten van dit recente onderzoek niet kunnen meenemen. In deze review komt Parker terug op zijn eerder uitgebrachte Cochrane reviews (1999 en 2005). Het blijkt dat in deze systematische review de meegenomen cluster gerandomiseerde onderzoeken een significant effect van de heupbeschermer laten zien. De individueel gerandomiseerde onderzoeken bevestigen dit significante effect niet.

De verklaring van Parker hiervoor is dat de resultaten van twee grote onderzoeken met cluster randomisatie significante heterogeniteit lieten zien. Deze onderzoeken waren van grote invloed op het gevonden significante effect omdat ze samen ruim 60% van het totale aantal proefpersonen bevatten. Selectie bias is een systematische fout bij het samenstellen van de onderzoeksgroep. Dit is een risico bij cluster randomisatie wanneer er gedurende de looptijd van het onderzoek proefpersonen worden toegevoegd. De toelating tot een bepaald verzorgings- of verpleeghuis hoeft namelijk niet random te hebben plaatsgevonden. Dit kan vertekening van de resultaten tot gevolg hebben.

***Twijfel over
effectiviteit
heupbeschermers***

Parket et al. (2006) concludeert op basis van deze systematische review dat heupbeschermers in de thuissituatie niet effectief zijn. Daarnaast trekken de onderzoekers de eerder gevonden effectiviteit van heupbeschermers bij ouderen woonachtig in verzorgings- en verpleeghuizen in twijfel. Lopend en nieuw onderzoek moet deze onzekerheid oplossen.

Op basis van de onderzoeksresultaten van het EMGO/VU en het onderzoek van Parker et al. (2006) is het CVZ van mening dat het niet doelmatig is om heupbeschermers op te nemen als te verzekeren prestatie in de Regeling voor ouderen woonachtig in de thuissituatie en in verzorgingshuizen.

9. Signalen waarover tussentijds is gerapporteerd

9.a. Diabeteshulpmiddelen voor zelfcontrole

Op 14 juli 2005 heeft het CVZ het rapport 'Zelfcontrole bij type 2 diabetes' uitgebracht. Hier volgt een korte samenvatting van dit rapport.

Suikerziekte

Diabetes mellitus is een verstoring van de glucosestofwisseling in het lichaam. Er zijn twee typen diabetes mellitus: type 1 en type 2. Bij type 1 maakt het lichaam geen insuline meer aan. Diabetes type 2 patiënten maken nog wel insuline aan, maar de hoeveelheid is niet toereikend. Bij het ontstaan van type 2 spelen zowel genetische als omgevingsfactoren, onder meer overgewicht en lichamelijke inactiviteit een rol. Bij

Forse stijging

diabetesproblematiek type 2 is sprake van een forse stijging in de incidentie. Deze stijging is te wijten aan de vergrijzing van de bevolking en aan veranderde leef- en eetgewoontes. Opvallend is dat ook het aantal kinderen en tieners met diabetes toeneemt.

Behandeling

Behandeling van type 2 diabetes is erop gericht de glucosespiegel te reguleren en te komen tot een scherpe instelling om zo het ontstaan van acute en chronische complicaties te voorkomen. Bij een deel van de type 2 diabetes kan dit gerealiseerd worden met conventionele behandelingen als gewichtsverlies en het meer gaan bewegen. Veel type 2 diabetes kunnen hun bloedglucosespiegel reguleren door het slikken van medicijnen (orale antidiabetica). Er zijn echter ook type 2 diabetes die insuline toegediend moeten krijgen.

Zelfcontrole van bloedglucose is voor diabetespatiënten een hulpmiddel om de bloedglucose adequaat te reguleren. Zelfcontrole is een geaccepteerde methodiek van controle voor insuline afhankelijke type 1 en insuline gebruikende type 2 diabetespatiënten. Het was nog onbekend of zelfcontrole voor alle type 2 diabetes doelmatig is.

Onderzoek zelfcontrole type 2

Het CVZ heeft het EMGO instituut gevraagd te onderzoeken of instelling van de bloedglucose door middel van zelfcontrole een adequaat en doelmatig middel is bij niet maximaal ingestelde tabletgebruikende type 2 diabetes. Het doel van het onderzoek was te komen tot een besluit ten aanzien van de Regeling, gericht op het implementeren van de nieuwe inzichten en het kwantificeren van de kosten en effecten op macroniveau.

De belangrijkste vraagstellingen van dit onderzoek waren:

- Is instelling van de bloedglucose door middel van zelfcontrole een adequaat en doelmatig middel (volgens de literatuur en volgens praktijkdeskundigen) bij niet maximaal ingestelde tabletgebruikende type 2 diabetes?
- Zijn er relevante patiëntkenmerken te onderscheiden?

Kortdurende zelfcontrole

De belangrijkste conclusie die het CVZ trekt uit de systematische review is dat kortdurende zelfcontrole bij type 2 diabetes zonder insulinebehandeling een klein maar significant verlagend effect heeft op het glucosegehalte in het bloed. Dit kan op termijn leiden tot minder complicaties. Uit het onderzoek onder praktijkdeskundigen blijkt dat zij het verkrijgen van inzicht in de aandoening als groot voordeel van zelfcontrole zien, het liefst direct bij diagnose. De deskundigen zijn van mening dat voldoende competentie en motivatie van de patiënt relevante patiëntkenmerken zijn voor een succesvolle behandeling met zelfcontrole.

Meerwaarde

Op basis van de gevonden resultaten constateert het CVZ dat kortdurende zelfcontrole bij niet maximaal ingestelde tabletgebruikende type 2 diabetes meerwaarde heeft. Het ministerie van VWS heeft het initiatief genomen om een diagnose-behandelcombinatie voor diabetes op te stellen waarbij meerdere disciplines en instellingen zijn betrokken (zogenaamde keten-DBC's). Het is nog onduidelijk of en wanneer het CTG/ZAio deze DBC vaststelt. Het CVZ heeft voorgesteld de zelfcontrole (met inbegrip van materiaal) voor pas gediagnosticeerde type 2 diabetes (zonder insulinetherapie of maximale orale medicatie) op te nemen als onderdeel van de diabeteseducatie in de keten-DBC diabetes.

Diabeteseducatie in keten-DBC

De kosten die gepaard gaan met het opnemen van een kortdurende zelfcontrole als onderdeel van de diabeteseducatie in de keten-DBC diabetes bedragen circa € 1,7 miljoen per jaar. Een redelijke schatting van de kosten die hiermee op lange termijn worden bespaard is niet te geven. Wel is bekend dat een scherpe glucose-instelling ook bij type 2 diabetes het risico op diabetes gerelateerde complicaties vermindert.

9.b. Incontinentie (bekkenfysiotherapie)

Urine-incontinentie

In mei 2006 heeft het CVZ de notitie 'Voorstel opname bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie in de Zorgverzekeringswet' vastgesteld. Urine-incontinentie is iedere vorm van ongewild urineverlies. Naar schatting heeft 5% van de volwassenen problemen met continentie. Incontinentie komt vaker voor bij vrouwen. Incontinentie leidt vrijwel altijd tot afname van de kwaliteit van leven door onder andere schaamte, depressie en beperkingen in de mobiliteit, fysiek functioneren en participatie.

DINC

In 2003 heeft het CVZ in het rapport 'Urine-incontinentie bij volwassenen' vastgesteld dat het zorgproces bij urine-incontinentie ondoelmatig is. Ook in het Signaleringsrapport hulpmiddelen werd deze ondoelmatigheid gesignaleerd. Om het zorgproces te optimaliseren heeft het CVZ in 2004 de Deskundigencommissie Incontinentie (DINC) ingesteld. Omdat urine-incontinentie bij uitstek een zorgvraag is waarbij verschillende disciplines betrokken zijn, is de commissie samengesteld uit vertegenwoordigers van diverse geledingen. Op basis van de rapportage van de DINC is het CVZ tot het voorstel gekomen om bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie op te nemen in de Zorgverzekeringswet.

Integrale beoordeling

Het CVZ heeft aangekondigd pakketvragen integraal te gaan beoordelen. Bij een integrale beoordeling is het van belang inzicht te krijgen welke behandelmethoden voor dezelfde 'aandoening' tot de te verzekeren prestaties behoren. Het CVZ heeft de verzekerde prestaties voor incontinentie nader bekeken en constateert dat de behandeling van incontinentie met medicijnen, operaties en incontinentie-absorptiematerialen (verder: IA-materialen) onder de te verzekeren prestaties vallen. Bij de beoordeling van bekkenfysiotherapie heeft het CVZ de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaar toegepast. Verder heeft het CVZ de bekkenfysiotherapie beoordeeld vanuit de verschillende perspectieven (patiënt, hulpverlener en maatschappij).

Het CVZ is van oordeel dat de behandeling van urine-incontinentie noodzakelijke zorg is en een claim op de solidariteit van de zorgverzekering rechtvaardigt, omdat het een meer dan minimale ziektelast veroorzaakt. Daarnaast vindt het CVZ bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie noodzakelijk te verzekeren zorg omdat de kosten voor een individuele gebruiker substantieel zijn (minimaal 9 behandeling van € 40 = € 360,-).

***Bekken-
fysiotherapie
effectief***

Al in eerdere rapporten heeft het college geconcludeerd dat oefentherapie leidt tot een aanzienlijke verbetering (1998) en dat bekkenfysiotherapie een effectieve en eerste aangewezen behandeling is (2003). Recent is een Cochrane review (2006) gepubliceerd over het effect van bekkenbodemspieroefeningen op urine-incontinentie bij vrouwen. De therapie helpt bij alle vormen van urine-incontinentie. Het effect is waarschijnlijk het grootst bij 'jonge' vrouwen ($\pm 40-60$ jaar) met stressincontinentie die deelnemen aan bekkenbodemspieroefeningen onder begeleiding van een therapeut voor tenminste drie maanden.

***Gemiddelde
besparing***

Geen van de geïnccludeerde onderzoeken uit de Cochrane review heeft een kostenanalyse of een kosteneffectiviteitsonderzoek uitgevoerd. Daarom heeft het CVZ op basis van een aantal aannames een schatting gemaakt van de kostenconsequenties. Naar verwachting komen ongeveer 230.000 gebruikers in aanmerking voor bekkenfysiotherapie. De kosten van bekkenfysiotherapie zijn na 5 jaar € 82,8 miljoen (uitgaande van negen behandelingen). De totale besparingen van IA-materialen na 5 jaar zijn € 102,5 miljoen. De gemiddelde besparing per jaar komt hiermee neer op bijna € 4 miljoen.

Naast de kosten en baten uitgedrukt in geld, spelen de volgende zaken een rol: een verbetering van kwaliteit van leven door afname schaamte, depressie en beperkingen in mobiliteit en fysiek functioneren en een toename in maatschappelijke participatie.

***Eerste behandel-
methode***

Bekkenfysiotherapie wordt in de praktijk, in de literatuur en in het Farmacotherapeutisch Kompas beschouwd als de eerst aangewezen behandelmethode, maar maakt geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties. Vanaf 2004 is fysiotherapie namelijk beperkt tot mensen met een chronische ziekte en wordt fysiotherapie pas na negen behandelingen vergoed. Dit is een maatregel geweest in het kader van kostenbeheersing in de zorgsector.

Het CVZ is op de hoogte van de kostenbeheersing in de zorgsector, maar vindt het opmerkelijk dat de eerst aangewezen behandelmethode vanwege kostenbeheersing niet onder de te verzekeren prestaties valt. Dit terwijl andere interventies en IA-materialen, die vaak op een later moment in het zorgproces worden ingezet, wel als te verzekeren prestaties zijn opgenomen.

***Bekken-
fysiotherapie
toelaten***

Op basis van bovenstaande beoordeling adviseert het CVZ bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie voor de eerste drie maanden als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet op te nemen als onderdeel van de paramedische zorg.

10. Aanbevelingen

Het CVZ stelt vast dat voor een aantal signalen (vooral nog) geen verdere acties nodig is (bijlage 1). Andere signalen worden verder onderzocht (bijlage 2 en 3). Daarnaast is onderzoek afgerond naar een aantal knelpunten uit eerdere signaleringsrapporten. Het betreft de volgende onderwerpen.

- Hulpmiddelen voor elektrostimulatie
- Decubitus in de thuiszorg
- Orthesen
- Heupbeschermers

Experimentele fase

Hoewel de toepassing van elektrostimulatie in de revalidatiezorg een veelbelovende ontwikkeling is, bevinden hulpmiddelen voor elektrostimulatie zich nog in de experimentele fase. Het CVZ is daarom van mening dat ES-hulpmiddelen op dit moment nog niet in aanmerking komen om te worden opgenomen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet.

Implementatie instrumenten

Op basis van de onderzoeksrapportage 'Decubitus in de thuiszorg' constateert het CVZ dat het implementeren van de ontwikkelde instrumenten daadwerkelijk een forse daling in de omvang van decubitus kan bewerkstelligen. Het CVZ zal de volledige onderzoeksrapportage daarom onder de aandacht brengen van Z-org en ZN, de thuiszorginstellingen en de zorgverzekeraars. Verder concludeert het CVZ dat er rond de verstrekking van AD-materialen geen regeltechnische problemen zijn en daarmee geen reden voor een pakketwijziging.

Orthesen prioriteit actualisatie

Tijdens een onderzoek naar de orthesen zijn onder meer richtlijnen geformuleerd voor de ortheseverstrekking bij specifieke aandoeningen aan enkel, knie, elleboog en pols. Het (verder) ontwikkelen en toetsen van richtlijnen is een taak van de respectieve beroepsgroepen, terwijl het implementietraject een samenwerkingsproject zou moeten zijn van alle veldpartijen. Het CVZ brengt de uitkomsten van het project daarom onder de aandacht van deze partijen. Daarnaast prioriteert het CVZ de te verzekeren prestatie orthesen voor de actualisering van de Regeling.

***Heupbeschermer
niet in pakket***

Op basis van onderzoek concludeert het CVZ dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van de heupbeschermer zowel in de thuissituatie als in verzorgings- of verpleeghuizen. Om deze reden beveelt het CVZ aan de heupbeschermer niet op te nemen als te verzekeren prestatie in de Regeling.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter

drs. J.S.J. Hillen

Plv. Algemeen Directeur

dr. A. Boer

BIJLAGE 1

Signalen waarop geen verdere actie zal worden ondernomen (behorend bij paragraaf 4.a.)

ISO 04 06		Carbothera
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	De Carbothera is een apparaat waarmee een hoge concentratie CO ₂ (koolzuurgas) aan water kan worden toegevoegd. De importeur claimt dat door een bad met CO ₂ rijk water de bloedcirculatie sterk wordt gestimuleerd, omdat het gas snel in het bloed wordt opgenomen. Niet alleen gaan de haarvaten in de huid verder openstaan, ook de doorbloeding in de ledematen wordt gestimuleerd. Hierdoor kan de genezing van slecht helende wonden aanzienlijk verbeteren. De Carbothera kan worden toegepast bij open wonden en zweren die ontstaan als gevolg van diabetes of slechte doorbloeding van extremiteiten.
2.	Korte probleemschets	De Carbothera kan niet worden gerekend tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. De importeur verzoekt om toelating tot het verzekerde pakket.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er zijn geen geschillen bekend over de verstrekking van de Carbothera.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	Niet bekend.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	De importeur dient onderzoeksgegevens aan te leveren – bij voorkeur gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften – die de werkzaamheid en effectiviteit van behandeling van slecht genezende wonden met CO ₂ rijk water aantonen en de therapeutische meerwaarde ten opzichte van andere interventies bij deze aandoening.

8.	Standpunt	De door de importeur toegezonden publicaties zijn niet voldoende om tot een positieve beoordeling van de Carbothera te komen. Het gaat voornamelijk om samenvattingen van een congres dat in 2002 in Boedapest is gehouden en niet om peer-reviewed publicaties. Het CVZ heeft een literatuursearch gedaan om de meest recente literatuur over de invloed van CO2 verrijkt water op wondheling of doorbloedingsstoornissen beschikbaar te krijgen. Op basis van deze search constateert het CVZ dat de beschikbare wetenschappelijke literatuur op dit moment onvoldoende is. Het door de importeur geclaimde effect van de behandeling met CO2 rijk water is niet aangetoond. Daarbij komt dat de Nederlandse richtlijnen met betrekking tot de behandeling van perifere circulatiestoornissen en ulcus cruris de behandeling met CO2 rijk water niet aanbevelen (www.cbo.nl)
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 04 27	BerkelBike
1.	<p>Hulpmiddel (functie/doel)</p> <p>De BerkelBike is een fiets, die in eerste instantie is ontwikkeld voor (thoracale) dwarslaesiepatiënten. De BerkelBike bestaat uit een rolstoel (in principe de eigen rolstoel van de patiënt) met een daaraan vastgekoppeld voorstuk. Met behulp van het voorstuk kunnen de armen en benen de driewielige fiets aandrijven. De aandrijving vindt in principe plaats door handpedalen, die tevens als stuur dienen. De handpedalen zijn gekoppeld aan de voetpedalen, waardoor deze dus mee gaan draaien. Doordat de beenspieren met behulp van elektrostimulatie (ES) worden aangestuurd, kunnen de benen ook een bijdrage leveren aan de voortbeweging.</p> <p>Armaandrijving is noodzakelijk, omdat de benen zeker in het eerste fietsjaar nog te weinig kracht hebben. De verwachting is dat door training de bijdrage van de benen daadwerkelijk zal kunnen toenemen. De aansturing van de benen vindt plaats door zes paar elektroden, die in een op maat gemaakte strakke broek zijn verwerkt. De spieren worden gestimuleerd door transcutane elektrostimulatie.</p> <p>Naast een BerkelBike met elektrostimulatie (de BerkelBike Impuls) bestaat er ook een variant zonder elektrostimulatie (de BerkelBike Basic). Deze is speciaal ontwikkeld voor mensen die rolstoelafhankelijk zijn, maar nog wel enige kracht in de benen hebben. Daarnaast is er een variant ontwikkeld voor gebruik binnenshuis voor mensen die geen knijpfunctie in de handen hebben (de BerkelBike Home). Deze is zowel met als zonder elektrostimulatie te verkrijgen.</p> <p>De fabrikant claimt dat door te fietsen veel medische complicaties die voorkomen bij een dwarslaesie kunnen worden voorkomen. Het gaat daarbij om het voorkomen of verminderen van decubitus, vochtophoping in benen en voeten, hart- en vaatziekten, botbreuken, suikerziekte (type II), problemen met de spijsvertering en depressiviteit.</p>
2.	<p>Korte probleemschets</p> <p>De BerkelBike kan niet worden gerekend tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. De ontwikkelaar van de BerkelBike verzoekt om toelating van dit hulpmiddel tot het pakket.</p>
3.	<p>Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk</p> <p>Er zijn geen geschillen bekend over de verstrekking van een BerkelBike.</p>
4.	<p>Incidentie</p> <p>Niet bekend.</p>

5.	Kosten hulpmiddel	Een BerkelBike Basic is aan te schaffen vanaf € 4200,- incl. BTW. Een BerkelBike Impuls is aan te schaffen vanaf € 9150,- incl. BTW. Een BerkelBike home is aan te schaffen vanaf € 8200,- excl. BTW.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	De ontwikkelaar dient onderzoeksgegevens aan te leveren – bij voorkeur gepubliceerd in peer-reviewed – tijdschriften die de werkzaamheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en veiligheid van het hulpmiddelen aantonen en de therapeutische (meer-)waarde ten opzichte van andere behandelinterventies.
8.	Standpunt	De ontwikkelaar heeft drie artikelen overgelegd waarin de resultaten van een Nijmeegs onderzoek naar de BerkelBike zijn neergelegd. Daarnaast heeft hij literatuur aangedragen over FES(-fietsen) in het algemeen en een door hemzelf opgesteld document over de kosteneffectiviteit van de BerkelBike. Het iRv (Kenniscentrum voor Revalidatie en Onderzoek) en het CVZ hebben deze onderzoeksgegevens beoordeeld. Hieruit volgt dat de BerkelBike een veelbelovende innovatie is. In de literatuur wordt een aantal primaire effecten van FES-fietsen op (deels) verlamde spieren beschreven. Zo doet de spierpompwerking die door ES in gang is gezet, de spierdoorbloeding toenemen. Aangenomen wordt dat door dat primaire effect het risico op het krijgen van secundaire medische complicaties – in het bijzonder decubitus – vermindert. Dat het risico op secundaire medische complicaties vermindert, wordt echter niet rechtstreeks aangetoond, maar afgeleid uit de primaire effecten. Met andere woorden: effecten van FES-fietsen zijn aangetoond, maar dat door deze effecten de secundaire complicaties van dwarslaesie kunnen worden voorkomen of verminderd, is niet aangetoond. Hierdoor is voornamelijk onduidelijk wat de meerwaarde is van FES-fietsen ten opzichte van andere interventies. Evenmin is het mogelijk de kosteneffectiviteit van de BerkelBike te beoordelen.

8.	Standpunt (Vervolg)	Daarnaast zijn er vraagpunten over de (grootte van de) doelgroep, de veiligheid, de therapietrouw en het gebruiksgemak.
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 04 48		Therabite
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	De Therabite is een therapeutisch bewegingsapparaat voor de behandeling van trismus. Trismus is een beperking van het vermogen tot het openen van de mond. Er bestaan verscheidene oorzaken voor trismus, waaronder radiotherapie, hoofd- en halschirurgie, trauma, beroerte en brandwonden. De Therabite is een met de hand te bedienen apparaat voor kaakmobilisatie.
2.	Korte probleemschets	De fabrikant van de Therabite verzoekt het apparaat op te nemen als te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er is een aantal verstrekkingengeschillen bekend over de Therabite. In deze zaken werd de Therabite niet alleen getoetst aan de Regeling hulpmiddelen, maar ook aan de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. De Commissie Verstrekingengeschillen oordeelde dat – gelet op de huidige inzichten – de Therabite bij de indicatie trismus een voorziening is waarvan de doelmatigheid onvoldoende is aangetoond. Om deze reden kan verzekerde geen aanspraak maken op dit hulpmiddel in het kader van de bijzondere tandheelkunde. Het hulpmiddel komt evenmin voor op de limitatieve lijst van hulpmiddelen zoals vermeld in de Regeling.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	Niet bekend.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input type="checkbox"/> Nee <input checked="" type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	

8.	Standpunt	<p>Het CVZ heeft de door de fabrikant ingezonden studies en publicaties vergeleken met de door het CVZ uitgevoerde recente literatuursearch voor de beoordeling van verstrekkingengeschillen. Deze literatuur bevat grotendeels oudere studies, waarvan sommige niet zijn gepubliceerd. Het gaat om diverse groepen patiënten, zoals carcinoompatiënten, bestralingspatiënten en patiënten met een craniomandibulaire disfunctie die intra- of extracapsulair kan zijn gelegen. Gemeenschappelijk hebben zij een beperkte mondopening ('trismus'). De studies betreffen kleine groepjes patiënten; aan langere termijneffecten wordt weinig tot geen aandacht geschonken.</p> <p>Het artikel van Dijkstra et al (2004), is zowel in de search van het CVZ als in literatuurlijst van de fabrikant als belangrijkste artikel aangemerkt. Het betreft een systematische review. De onderzoekers concluderen dat weliswaar veel is geschreven over trismus, maar dat de kwaliteit van die studies over het algemeen matig is waardoor de kennis over trismus beperkt blijft. Effecten van therapeutische interventies zijn nauwelijks onderzocht. De effectmaten lopen uiteen. De RCT met grote effectmaten kent geen follow-up. Er is behoefte aan criteria voor trismus, functionele consequenties van trismus, risicofactoren en interventiestudies.</p> <p>Nu nog steeds onvoldoende is aangetoond dat de Therabite noodzakelijk is voor een effectieve behandeling van trismus, ziet het CVZ geen aanleiding terug te komen op het eerder ingenomen standpunt in het kader van verstrekkingengeschillen. De conclusie is dan ook dat de verzekerde naar de huidige stand van de wetenschap redelijkerwijs niet is aangewezen op deze voorziening. Gelet hierop is er evenmin aanleiding te adviseren de Therabite op te nemen als verzekerde prestatie onder de hulpmiddelenzorg in het kader van de Regeling.</p>
9.	Conclusie	<p><input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 06 00		Dynasplint; dynamische spalksystemen
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>De dynamische spalksystemen van Dynasplint zijn spalken die gebruik maken van de LLPS technologie (lage belasting in combinatie met lange termijn rek).</p> <p>De Dynasplint spalksystemen worden toegepast voor de behandeling van contracturen in zowel de bovenste als onderste extremiteiten. Daarnaast heeft Dynasplint ook een neurologische lijn ontwikkeld. Deze spalksystemen kunnen worden toegepast bij de behandeling van verhoogde spierspanning en/of spasmen (dystonie/spasticiteit).</p> <p>Voor de behandeling van contracturen wordt de Dynasplint aanvankelijk korte tijd toegepast (meerdere malen per dag een halfuur) met een geringe kracht. Vervolgens wordt de draagduur geleidelijk en successievelijk opgevoerd tot het moment waarop de Dynasplint alleen nog gedurende de nacht gedragen wordt. Tijdens de periode waarin de patiënt een behandeling met een Dynasplint ondergaat – gewoonlijk drie maanden – wordt de kracht die door het systeem uitgeoefend wordt, geleidelijk verhoogd totdat het therapiedoel bereikt is.</p> <p>De neurologische lijn van Dynasplint is speciaal ontwikkeld voor neurologische patiënten. Het gaat dan om toevoegingen aan de ‘standaard’ orthesen waardoor deze orthesen ook toepasbaar zijn voor langdurige behandeling van de spiertonus en/of spasmen. Het dynamische spalksysteem van de orthese kan ingesteld worden op de spierspanning van de patiënt; het past zich aan in geval van weerstand of spasmen en probeert steeds het maximale bewegingsbereik van de patiënt te benaderen, door het gewricht voortdurend, maar toch geleidelijk te strekken.</p>
2.	Korte probleemschets	Dynasplint Europe heeft zijn dynamische spalksystemen ter beoordeling aan het CVZ voorgelegd, met de vraag of deze hulpmiddelen tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet kunnen worden toegelaten.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er zijn geen verstrekkingengeschillen bekend over de Dynasplint spalksystemen. Evenmin is bekend of deze systemen al in de uitvoeringspraktijk worden toegepast.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	Niet bekend.

6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	
8.	Standpunt	<p>Dynasplint spalksystemen zijn te beschouwen als verstevigde orthesen. Als deze orthesen <i>langdurig</i> worden gebruikt dan voldoen deze hulpmiddelen aan de omschrijving van de te verzekeren prestatie als bedoeld in artikel 2.12, eerste lid, onder c, van de Regeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandeling contracturen</i> Bij de behandeling van contracturen zal de Dynasplint worden toegepast als tijdelijke (eenmalige) herstellende of preventieve behandeling om de rek van de bindweefsels rond een gewricht de range of motion (ROM) te vergroten. De behandelduur is beperkt en het effect lijkt blijvend. Er zijn echter ook alternatieve behandelingen. Niet duidelijk is of de behandeling met de Dynasplint doelmatiger is dan andere behandelingen. Wel kan worden gesteld dat er bij de behandeling van contracturen in het algemeen geen sprake zal zijn van langdurig gebruik zoals de Regeling dat vereist. Dit betekent dat Dynasplint spalksystemen bij deze toepassing niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' vallen. <p>Op dit moment is nog niet duidelijk of behandeling van contracturen met dynamische orthesen inmiddels een gebruikelijke behandeling is in de kring van medisch specialisten. Als hiervan nu of in de toekomst sprake is, dan is het mogelijk dat deze systemen onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De financiering van deze zorg vindt plaats via Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's).</p>

8.	Standpunt (Vervolg)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandeling neurologische aandoeningen</i> <p>Bij de behandeling van neurologische aandoeningen zal in het algemeen wel sprake zijn van langdurig gebruik, zodat deze toepassing voldoet aan de omschrijving van de te verzekeren prestatie. Het betreft echter indicatie waarvoor al langere tijd meer gebruikelijke orthesen (functionele braces) worden toegepast. Doel van het toepassen van orthesen bij deze problematiek is het verminderen van houdings- en bewegingsbeperkingen: verbeteren van functie, stabilisatie, beperken van beweging, voorkomen/corrigeren van contracturen en misvormingen. Of het bij het langdurig gebruik van dynamische orthesen gaat om zorg die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en of deze orthesen een therapeutische meerwaarde hebben ten opzichte van de meer gebruikelijke versterkte orthesen is niet op grond van literatuur vast te stellen. De beschikbare literatuur handelt voornamelijk over de toepassing van dynamische orthesen als tijdelijk hulpmiddel ter voorkoming of behandeling van contracturen.</p> <p>Er bestaat geen bezwaar tegen het langdurig gebruik van dynamische orthesen, om optimale houdings- en bewegingspatronen te behouden of te bereiken bij neurologische patiënten die eventueel ook met een meer gebruikelijke orthese kunnen worden behandeld. Er is echter te weinig informatie beschikbaar om een specifieke therapeutische meerwaarde van deze Dynasplint spalksystemen ten opzichte van meer gebruikelijke behandelingen objectief aan te tonen.</p> <p>De beoordeling van doelmatigheid is in de huidige Zorgverzekeringswet nadrukkelijk neergelegd bij de zorgverzekeraars. Nu de dynamische orthesen van Dynasplint voldoen aan de omschrijving van de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet, is het aan de zorgverzekeraars te beoordelen of verstrekking van Dynasplint als dynamische orthese bij langdurig gebruik doelmatig is.</p>
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 18 09		Sta-opvoorziening Lyfty
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	De Lyfty is een sta-op-hulpmiddel dat op de markt is gebracht als alternatief voor de sta-op-stoel. Het betreft een compacte stoellift die onder de stoel van de gebruiker kan worden gemonteerd. De gebruiker kan daardoor zijn eigen stoel behouden. De Lyfty biedt alleen hulp bij het gaan staan en zitten en niet bij specifieke zitproblemen.
2.	Korte probleemschets	De fabrikant claimt dat de Lyfty een oplossing is voor mensen die op grond van de Regeling geïndiceerd zijn voor een sta-op-stoel. Hij heeft hiertoe een gebruikersonderzoek gedaan. Omdat de Lyfty goedkoper is dan een sta-op-stoel zou dit een aanmerkelijke besparing kunnen opleveren. De fabrikant vraagt of de Lyfty op basis van de uitkomsten van het gebruikersonderzoek kan worden verstrekt vanuit de Regeling. Helaas geeft dit onderzoek geen antwoord op alle vragen.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er is tot dusver één verstrekkingengeschil aan het CVZ voorgelegd. De Commissie Verstrekingengeschillen oordeelde dat de Lyfty niet kan worden aangemerkt als een 'aan functiebeperkingen aangepaste stoel' en daarom niet kan worden verstrekt vanuit de Regeling.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	De Lyfty kost € 669,60.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	Nader onderzoek naar de mogelijkheden om de Lyfty in te zetten bij mensen die een indicatie hebben voor een sta-op-stoel in de zin van de Regeling.

8.	Standpunt	<p>De fabrikant van de Lyfty heeft een praktijktest gedaan, waaruit blijkt dat de Lyfty mogelijk bruikbaar is. In tegenstelling tot een eerder ter inzage gekregen onderzoeksvoorstel is in het gebruikersonderzoek geen onderzoek gedaan naar de doelgroep waarvoor de Lyfty bruikbaar is (beperkingen/belemmeringen). Daarom is het onzeker of dit dezelfde doelgroep is als de doelgroep waarvoor een sta-opstoel is geïndiceerd op grond van de Regeling. De selectie van de doelgroep lijkt in het onderzoek vooral afhankelijk te zijn geweest van de vraag of de stoel waarover de gebruikers beschikten, geschikt was voor montage van de Lyfty. Er zijn slechts 25 Lyfty's uitgezet in plaats van 50 zoals in het eerdere voorstel nog de bedoeling was.</p> <p>Omdat het gebruikersonderzoek oorspronkelijk in samenwerking met een zorgverzekeraar is opgezet, is deze zorgverzekeraar naar een reactie gevraagd. De zorgverzekeraar heeft het CVZ laten weten dat men kennis heeft genomen van het eindrapport over het gebruikersonderzoek, maar dat men dit niet heeft goedgekeurd. De reden hiervoor is dat bepaalde gegevens uit het onderzoek niet in het rapport zijn meegenomen.</p> <p>De technisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft – namens de distributeur – alle cliënten met een indicatie voor een aangepaste stoel bezocht. Tijdens dit bezoek is beoordeeld of – in het kader van het gebruikersonderzoek – een Lyfty kon worden ingezet in plaats van een aangepaste stoel. Slechts twee op meer dan honderd cliënten kwamen in aanmerking voor de Lyfty. Dit waren cliënten die net zelf een seniorenstoel hadden aangeschaft waarvan de maatvoering redelijk juist was. Zij wilden graag de stoel behouden. Uiteindelijk heeft één van deze twee cliënten alsnog gekozen voor een aangepaste stoel. In de overige gevallen voldeed de stoel niet aan de ergonomische eisen van de cliënt, kon de stoel niet op een Lyfty worden bevestigd of waren de beperkingen van de cliënt zodanig dat niet met een Lyfty kon worden volstaan. Er was dan naast een probleem met het opstaan of gaan zitten ook sprake van een zitprobleem. Een enkele cliënt wilde niet meewerken aan het onderzoek, aldus de zorgverzekeraar.</p> <p>In dit onderzoek is ook een berekening van de kosteneffectiviteit van de Lyfty gemaakt. Hierbij dienen de volgende kanttekeningen te worden geplaatst. De berekening is gedaan vanuit het gezichtspunt van de zorgverzekeraar.</p>
----	------------------	--

8.	Standpunt (Vervolg)	<p>Er wordt een vergelijking gemaakt tussen een <i>onderdeel</i> van een sta-opstoel en een <i>complete</i> sta-opstoel. Voor de zorgverzekeraar is een kostenbesparing alleen te realiseren als een cliënt al over een adequate stoel beschikt, die hij zelf heeft aangeschaft. Een kostenvergelijking tussen de Lyfty en een sta-opstoel wordt bovendien bemoeilijkt omdat nog geen concrete gegevens beschikbaar zijn over de mogelijkheden tot herinzet van de Lyfty, het benodigde onderhoud en de levensduur.</p> <p>Gelet op hierop concludeert het CVZ dat er op dit moment onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om tot een positief oordeel te komen over opname van de Lyfty als een te verzekeren prestatie in de Regeling. Onduidelijk is voor welke doelgroep de Lyfty geschikt is. Verder is de meerwaarde van dit hulpmiddel ten opzichte van een gewonen sta-opstoel nog onvoldoende aangetoond en kunnen er kanttekeningen worden geplaatst ten aanzien van de kosteneffectiviteit.</p>
9.	Conclusie	<p><input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten</p> <p><input type="checkbox"/> Anders, namelijk:</p>
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 18 12		Prosenba, Positioneringsligelement
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>Het Positioneringsligelement is een soort rechthoekig dekbed, dat bestaat uit losse doorgestikte segmenten waarin verschillende soorten ballen zitten. Het betreft een hulpmiddel voor kalmering en sensorische stimulatie. In een brochure claimt de importeur dat het hulpmiddel werkzaam is doordat het gewicht van de ballen druk geeft op drukpunten van het lichaam. Afhankelijk van de vulling – plastic ballen en/of polystyreen korrels – is sprake van een lichte, milde of sterke stimulatie. Het element is op verschillende manieren te gebruiken, bijvoorbeeld als dekbed. Wanneer het om het lichaam is gewikkeld wordt de druk van de balletjes het best gevoeld. Hierdoor wordt het sensorische systeem gestimuleerd en draagt het bij tot een beter lichamelijk welzijn. Het ligelement met brandwerende tijk is getest en voldoet aan norm van de NT FIRE 037 brandbeveiligingstandaard.</p> <p>Volgens de importeur kan het hulpmiddel gebruikt worden bij onder andere: ADHD, anorexia, angst, CVA, ataxie, autisme, hersenbeschadiging, concentratieproblemen, doof en blindheid, depressiviteit, dementie, Huntington, hyperactiviteit, multiple sclerose, pijn, Parkinson, psychoses, schizofrenie, verstoorte sensorische integratie, slaapproblemen, spasticiteit, stress, gevoelsstoornissen, Gilles de la Tourette etc.</p> <p>De importeur heeft geen onderzoeksgegevens overlegd, die de geclaimde werking staven.</p>
2.	Korte probleemschets	De Prosenba kan niet worden gerekend tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. De importeur verzoekt om toelating tot het verzekerde pakket.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er zijn geen geschillen bekend over verstrekking van de Prosenba.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	Afhankelijk van de uitvoering van de Prosenba (gewicht, soort ballen e.d.) lopen de kosten uiteen van € 295,- tot € 525,-. Onduidelijk is of een brandvertragende hoes apart moet worden aangeschaft. De kosten van deze hoes lopen uiteen van € 215,- tot € 560,-.

6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig? B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
8.	Standpunt	De importeur dient onderzoeksgegevens over de Prosenba aan te leveren – bij voorkeur gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften – die de werkzaamheid, effectiviteit en de therapeutische (meer-)waarde aantonen ten opzichte van andere interventies bij de door de importeur genoemde aandoeningen.
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 21 09		Pilotus communicatiesoftware
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	Pilotus communicatiesoftware is door zijn gebruiksvriendelijkheid en eenvoud geschikt voor een specifieke doelgroep, te weten verstandelijk gehandicapten. Met dit programma kunnen verstandelijk gehandicapten via het internet berichten uitwisselen met familie en vrienden. Het programma biedt onder meer de mogelijkheid om te e-mailen en te chatten.
2.	Korte probleemschets	Deze communicatiesoftware kan niet worden gerekend tot de verzekerde prestaties in het kader van de Regeling.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er zijn geen geschillen bekend over de verstrekking van Pilotus communicatiesoftware.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	Dit communicatiepakket wordt aangeboden voor € 195,- per vijf deelnemers of € 265,- per tien deelnemers. Afhankelijk van het aantal deelnemers betreft het een investering van € 26,50 of € 39,- per persoon.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input type="checkbox"/> Nee <input checked="" type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	
8.	Standpunt	Pilotus communicatiesoftware is aangepaste programmatuur die qua functie vergelijkbaar is met Outlook of MSN, waarmee niet-gehandicapten via internet communiceren. Dergelijke programmatuur kan inmiddels als gemeengoed worden beschouwd en is daarmee algemeen gebruikelijk.

8.	Standpunt (Vervolg)	De (meer-)kosten van dit programma per persoon zijn niet zodanig dat de aanschaf voor eigen rekening een al te grote financiële belasting zou betekenen. Daarom is het CVZ van mening dat er geen aanleiding is de Minister te adviseren deze software op te nemen als een verzekerde prestatie in de Regeling.
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

ISO 24 18		Armon dynamische armondersteuning							
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>Op het gebied van het ondervangen van de loopfunctie zijn vele typen hulpmiddelen op de markt. Een heel ander beeld is dit ten aanzien van het ondersteunen of het ondervangen van de armfunctie. Er zijn armsteunen die het gewicht van de arm kunnen dragen en met scharnieren een bepaald bereik van de arm mogelijk maken. Dergelijke armsteunen verliezen echter bij toename van gewicht door bijvoorbeeld het tillen van voorwerpen met de hand hun functie. Aan de andere kant zijn er robotarmen die de volledige arm-handfunctie overnemen.</p> <p>De Armon dynamische armondersteuning is een nieuw hulpmiddel voor mensen met een verminderde armfunctie. De Armon is een mechanisme, dat het gewicht van de arm compenseert. Omdat (een deel van) het gewicht van de arm wordt overgenomen kost het nauwelijks kracht om de arm te bewegen. Met weinig spierkracht zijn nu weer allerlei activiteiten mogelijk. Behalve voor mensen met een spierziekte zou deze armondersteuning ook nuttig kunnen zijn voor mensen met een dwarslaesie, multiple sclerose en andere neurodegeneratieve aandoeningen.</p>							
2.	Korte probleemschets	De Armon is in 2005 op de markt gebracht. Op dat moment was niet duidelijk of het hulpmiddel kon worden verstrekt vanuit de Regeling.							
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er zijn geen geschillen bekend over de verstrekking van de Armon.							
4.	Incidentie	Niet bekend.							
5.	Kosten hulpmiddel	De Armon kost circa € 5000,-.							
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nee</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Ja</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Nee		<input checked="" type="checkbox"/>	Ja	
<input type="checkbox"/>	Nee								
<input checked="" type="checkbox"/>	Ja								

7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	
8.	Standpunt	<p>Sinds 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet van kracht. In artikel 2.35 van de Regeling zorgverzekering wordt als verzekerde prestatie genoemd: <i>“hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand- en vingerfunctie, indien de verzekerde als gevolg van blijvende ernstige lichamelijke functiebeperkingen aangewezen is op professionele hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen”</i>. Uit de toelichting op de Regeling blijkt dat hiermee de zogenoemde robotmanipulator onderdeel is geworden van de hulpmiddelenzorg. De aanspraak is echter functioneel omschreven, waardoor ook andere hulpmiddelen met hetzelfde doel – zoals de Armon – tot de verzekerde prestatie kunnen behoren.</p> <p>Bij de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars behoort om invulling te geven aan doelmatige hulpmiddelenzorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zal beoordelen in hoeverre de Armon in bepaalde situaties doelmatiger is dan andere hulpmiddelen voor dezelfde beperking. Bij deze beoordeling spelen actoren als kwaliteit, effectiviteit en prijs een rol.</p>
9.	Conclusie	<input checked="" type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nvt

BIJLAGE 2

**Signalen waarvoor
onderzoek nodig is; lopend onderzoek**
(behorend bij paragraaf 4.b.)

ISO 04 30		Koeltherapie bij Multiple Sclerose
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>Er zijn actieve en passieve koelvesten op de markt. In de actieve koelvesten circuleert een koelvloeistof. Dit koelvest is gekoppeld aan een koelunit met warmtewisselaar. De koelsnelheid en koelniveau kunnen worden ingesteld.</p> <p>In de passieve koelvesten zitten koude pakkingen. Deze pakkingen kunnen in het vriesvak van de koelkast ingevroren worden.</p> <p>Multiple Sclerose (MS) is een chronisch verlopend ernstig invaliderend ziektebeeld ten gevolge van beschadigingen in de zenuwgeleiding waarvoor geen behandeling beschikbaar is. Bij 80% van de MS-patiënten is sprake van verergering van symptomen bij warmte, terwijl koude juist een verbetering geeft van de kwaliteit van leven. Op basis van dit ervaringsfeit zijn koelvesten ontwikkeld om een koude-effect te creëren (MS-patiënten dragen twee tot drie maal per dag gedurende 30-45 minuten het koelvest).</p>
2.	Korte probleemschets	<p>Een koelvest komt niet voor verstrekking in aanmerking, omdat het niet voorkomt op de limitatieve lijst van de Regeling.</p> <p>In het Signaleringsrapport 2004 heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat een koelvest een klinisch relevant effect geeft op de symptomen van MS en daarom in beginsel in aanmerking komt voor opname in de Regeling hulpmiddelen. Tevens is geconcludeerd dat wetenschappelijke literatuur onvoldoende inzicht geeft in de wijze waarop deze verstrekking vorm moet krijgen in de Regeling. Hierbij draait het onder meer om afbakening van doelgroep en inzicht in de wijze waarop een zorgverzekeraar kan toetsen of verstrekking van een koelvest doelmatig is.</p>
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Er zijn geen verstrekkingengeschillen over de verstrekking van koelvesten bekend voor de indicatie MS. Een beperkt aantal koelvesten worden op dit moment gratis ter beschikking gesteld door Msi (MS internationaal).</p>
4.	Incidentie	<p>Volgens de gegevens van Msi zijn er in Nederland 16.000 MS-patiënten van wie 80% (12.800 personen) baat zou kunnen hebben bij een koelvest.</p>
5.	Kosten hulpmiddel	<p>Een actief koelvest kost ongeveer € 800,- (incl. garantie). Een passief koelvest kost tussen de € 60,- en € 200,-.</p>

6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig? B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: De wijze waarop deze verstrekking vorm moet krijgen in de Regeling. Hierbij draait het onder meer om afbakening van doelgroep en inzicht in de wijze waarop een zorgverzekeraar kan toetsen of verstrekking van een koelvest doelmatig is.
8.	Standpunt	
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek <input checked="" type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: nog niet bekend

ISO 12 30	Transferhulpmiddelen
1.	<p data-bbox="293 286 485 347">Hulpmiddel (functie/doel)</p> <p data-bbox="711 286 1396 566">Het aantal intensief zorgbehoeftige cliënten in de thuissituatie neemt toe. Het verplaatsen ('de transfer') van deze cliënten is in een aantal gevallen een zware belasting voor zowel cliënt als hulpverlener. Ter verlichting van de fysieke belasting worden in toenemende mate hulpmiddelen gebruikt bij (de ondersteuning van) het draaien, verplaatsen of positioneren van cliënten in bed of van bed naar (rol)stoel.</p> <p data-bbox="711 600 1374 723">Er zijn verschillende hulpmiddelen die kunnen bijdragen aan het verminderen van de belasting en het verhogen van het comfort. Voorbeelden naast de bekende tillift zijn:</p> <ul data-bbox="711 728 1396 1104" style="list-style-type: none"> • De (elektrische) bedstang, waarvan het opzithulpmiddel Betty de bekendste is: een stang waaraan de cliënt zich vast kan houden en die de cliënt met een druk op de knop naar voren of achter kan laten zwenken. De cliënt kan zo zelfstandig in en uit bed komen. Over de gebruikersgroep en de doelmatigheid van de Betty is nog weinig bekend. • Keerhulp- en transferhulpmiddelen met verschillende functies, zoals rollakens, roldekens, glijplank, tilband/tilriem en draaischijf (met armsteun).
2.	<p data-bbox="293 1169 596 1198">Korte probleemschets</p> <p data-bbox="711 1169 1396 1384">Vanuit het Basispakket Uitleen van de thuiszorg is gedurende maximaal zes maanden uitleen mogelijk van transferhulpmiddelen, te weten draaischijf, tillift, glij- of rollaken, transfer- of glijplank. Na deze periode – dus bij <i>langdurig gebruik</i> – is de verstrekking vaak niet mogelijk of uiterst moeizaam.</p> <p data-bbox="711 1417 1396 1951">Probleem is dat niet duidelijk is of deze hulpmiddelen onder het domein van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) of onder het domein van de Regeling hulpmiddelen zouden moeten vallen. Gemeenten vergoeden vanuit de Wvg aanpassingen aan woningen en tilliften, maar erkennen de Betty niet als tillift. Zorgverzekeraars vergoeden de Betty echter ook niet omdat zij de Betty als tillift beschouwen. Ook wordt regelmatig gesteld dat deze categorie hulpmiddelen indien het professionele zorg betreft, door de werkgever van de hulpverlener zou moeten worden bekostigd (Arbo-wetgeving). Deze middelen zouden immers mede worden ingezet ter vermindering van de fysieke belasting bij de hulpverlener. De LVT is van mening dat deze redenering niet terecht is en trekt in dit verband de parallel naar hoog-/laagbedden.</p>

2.	Korte probleemschets (vervolg)	<p>In opdracht van ZonMw is een pilotproject uitgevoerd met als doel inzicht te krijgen in de bruikbaarheid en toepasbaarheid van hulpmiddelen voor het draaien en verplaatsen van cliënten. Op basis van de onderzoeksresultaten is geen uitspraak te doen over de kosteneffectiviteit, de meerwaarde en het aantal gebruikers van deze hulpmiddelen. Eveneens in opdracht van ZonMw vond onderzoek plaats naar de effecten van de Betty opstahulp op de zelfredzaamheid en de zorgzwaarte in de thuiszorg. Hierbij blijkt dat de Betty zeker een positief effect heeft op genoemde aspecten. Toch is op onderdelen aanvullend onderzoek nodig. Het gaat onder meer om het ontwikkelen van duidelijke in- en exclusiecriteria en om het optimaliseren van de functionele werking van het hulpmiddel.</p>
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Bij het CVZ is een tiental geschillen bekend met betrekking tot de transfer- en keerhulpmiddelen. Vergoeding van het transferhulpmiddel is in de meeste gevallen afgewezen omdat het aangevraagde hulpmiddel niet is opgenomen in de Regeling. Ook bestaat er onduidelijkheid over de toegevoegde waarde van het gevraagde transferhulpmiddel boven de mogelijkheden van een bed in speciale uitvoering dat wel op grond van de Regeling kan worden vergoed.</p> <p>De beoordeling van transferhulpmiddelen bleek ook voor de Commissie voor beroepszaken van de voormalige Ziekenfondsraad lastig. In 1997 heeft de Commissie geoordeeld dat een bedbeugel – bedoeld om zelfstandig uit bed te kunnen opstaan – in principe aangemerkt kan worden als onderdeel van een bed in speciale uitvoering en daarmee voor verstrekking op grond van de Regeling hulpmiddelen in aanmerking komt.</p> <p>In 1999 is echter besloten dat een opstahulpmiddel (Betty) geen verstrekking is op grond van de Regeling. Het hulpmiddel komt niet voor op de lijst van hulpmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen, en kan evenmin worden aangemerkt als <i>behorend</i> bij een speciaal bed, omdat het daar geen integraal onderdeel van uitmaakt. Het is immers een losse voorziening en kan niet worden gerekend tot de dekenbogen, bedverkorters of bedverlengers die wel voor verstrekking in aanmerking komen. Deze argumentatie geldt ook voor de wisselrollen en glijplanken.</p>

4.	Aantal gebruikers	Niet bekend
5.	Kosten hulpmiddel	<ul style="list-style-type: none"> De kosten van de Betty bedragen circa € 2.000,-; De kosten van keerhulpmiddelen variëren van € 135,- tot € 450,-; De kosten van draaischijven variëren van € 50,- tot € 350,-.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig:	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Aantal gebruikers (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<p>De vraag of transferhulpmiddelen in de Regeling moeten worden opgenomen, is op grond van de nu beschikbare informatie niet eenduidig te beantwoorden. Het CVZ heeft in het kader van het Jaarplan Beleidsonderzoek Hulpmiddelen 2003 een onderzoek uitgezet. Het is noodzakelijk om de werkzaamheid, kosteneffectiviteit, meerwaarde en het aantal gebruikers van de verschillende transferhulpmiddelen in kaart te brengen. Het CVZ verwacht de onderzoeksresultaten in 2006.</p>
8.	Standpunt	
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek <input checked="" type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

BIJLAGE 3

**Signalen waarvoor
onderzoek nodig is; nog te starten**
(behorend bij paragraaf 4.b.)

ISO 06 30		Penisprothese
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	Een (uitwendige) penisprothese is bedoeld voor transseksuelen die een geslachtsaanpassende behandeling hebben ondergaan van vrouw naar man. Deze prothese wordt onder meer gebruikt tijdens de hormonale fase in afwachting van de geslachtsaanpassende operatieve ingreep. Er zijn ook transseksuelen die afzien een dergelijke operatie.
2.	Korte probleemschets	De penisprothese is geen verstrekking op grond van de Regeling hulpmiddelen.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Bij de aanvraag van een penisprothese wordt vaak de link gelegd met de mammaprothese. De Centrale Raad van Beroep heeft in 1999 (RZA 2000, nr. 49 vervolg op RZA 1997, nr. 137) hierover uitspraak gedaan. De Raad was van mening dat het beginsel van gelijke behandeling niet zo ver gaat dat aan de aanspraak van vrouwelijke verzekerden op een mammaprothese, doorslaggevende betekenis moet worden toegekend voor de aanspraak van mannelijke verzekerden op een geheel ander aan de sekse gerelateerd hulpmiddel, zijnde de penisprothese. De penisprothese is <i>geen</i> verstrekking.</p> <p>In de afgelopen zeven jaar zijn er enkele – circa zes – verstrekkingengeschillen over de penisprothese aan het CVZ voorgelegd.</p>
4.	Incidentie	Niet bekend
5.	Kosten hulpmiddel	De kosten van de penisprothese variëren afhankelijk van de uitvoering van € 295,- tot € 450,-.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: In hoeveel gevallen wordt uiteindelijk afgezien van een geslachtsaanpassende ingreep.

7.	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	Nader onderzoek bij de Nederlandse Genderstichting.
8.	Standpunt	<p>De geslachtsaanpassende behandeling begint met een diagnostische fase (gesprekken en testen bij een psycholoog). Vervolgens wordt een aanvang gemaakt met de hormonale therapie voor aanpassing van het lichaam aan de gewenste geslachtsrol. Tijdens de hormoonbehandeling eist men van de patiënt dat hij gaat leven als man. Dit is de tweede fase van de geslachtsaanpassende behandeling, de zogenaamde 'real-life' test. Na deze fase kunnen eventueel geslachtsaanpassende ingrepen worden verricht.</p> <p>Door het ontbreken van een penis voelen sommige patiënten zich tijdens de 'real-life' test gehinderd in het functioneren als man, vooral bij sporten en zwemmen. Een penisprothese kan bijdragen tot een verdere sociale integratie in de mannelijke geslachtsrol. Het CVZ is van mening dat als de penisprothese van belang is voor het laten slagen van de 'real-life' test, deze onderdeel uitmaakt van de medisch specialistische behandeling en ook op grond van deze aanspraak zou moeten worden verstrekt.</p> <p>Dit ligt anders als een transseksueel afziet van een operatieve penisconstructie. De argumentatie om een penisprothese te dragen is vooral gelegen in het feit dat men er als man wil uitzien met name in zwembad of sportveld. Daarmee is het de vraag of er sprake is van 'noodzakelijke zorg'. Het aantal transseksuelen dat afziet van een dergelijke operatie is niet bekend. Dit dient nader te worden onderzocht.</p> <p>Dit signaal zal worden meegenomen in een integraal pakketadvies over behandelingen bij transseksualiteit dat het CVZ in 2006 zal uitbrengen.</p>
9.	Conclusie	<p><input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anders, namelijk: Integraal pakketadvies</p>
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

ISO 12 39		Victor Trekker
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>De Victor Trekker is een elektronisch oriëntatie- en navigatiehulpmiddel voor slechtzienden en blinden die zich zelfstandig willen en kunnen verplaatsen. De Trekker ondersteunt het gebruik van de geleidehond en de stok.</p> <p><i>Oriëntatie:</i> Tijdens het lopen wordt - door middel van spraak - aangegeven in welke straat men zich bevindt, de namen van wegen die men passeert en interessante zaken in de nabije omgeving (bijvoorbeeld restaurants, musea e.d.). Afhankelijk van de kwaliteit van de satellietontvangst is de nauwkeurigheid tussen de drie en tien meter.</p> <p><i>Navigatie:</i> Met de Trekker kan eenvoudig een route worden gepland. Door middel van aanwijzingen begeleidt de Trekker de gebruiker naar zijn bestemming.</p>
2.	Korte probleemschets	De Victor Trekker kan niet worden gerekend tot de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet. De Federatie Slechtzienden- en Blindenbelang pleit voor toelating van dit hulpmiddel tot het verzekerde pakket. Voor slechtzienden en blinden die zich zelfstandig verplaatsen, biedt deze apparatuur oriënteringsmogelijkheden die niet worden geboden door een ander hulpmiddel, zoals een witte stok of een geleidehond. Doordat het gebruik van deze apparatuur de blinde en slechtziende meer zekerheid biedt en minder stress wordt deze gestimuleerd om vaker zelfstandig op pad te gaan.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er is slechts één verstrekkingengeschil bekend over de Victor Trekker.
4.	Incidentie	Het aantal potentiële gebruikers wordt geraamd op 40.000. Het is onduidelijk hoe groot de groep is voor wie de Victor Trekker geschikt is.
5.	Kosten hulpmiddel	De Victor Trekker kost € 2000,-
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja

7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: De wijze waarop de Victor Trekker mogelijk kan worden opgenomen als te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringswet. Hierbij draait het onder meer om afbakening van de doelgroep. Voor welke groep visueel gehandicapten is de Victor Trekker geschikt?
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	De ontbrekende informatie kan worden verkregen door middel van een praktijkevaluatie.
8.	Standpunt	
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input checked="" type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2008

ISO 21 03		Lenzen
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>Er zijn verschillende lenzen op de markt. Cornealenzen, scleralenzen, semi-sclerale lenzen en bandagelenzen. Verder kunnen lenzen gekleurd zijn en/of voorzien van irisprint. Meestal worden lenzen gebruikt om de gezichtsscherpte te corrigeren. Maar soms ook worden ze gebruikt om mensen te helpen die een oogziekte hebben of als camouflage bij een misvormd oog. Onder bepaalde voorwaarden kunnen verzekerden aanspraak maken op vergoeding van de lenzen.</p>
2.	Korte probleemschets	<p>De hiervoor genoemde lenzen behoren tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet. Echter de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat verschillen per soort lens. Bandagelenzen en scleralenzen worden <i>volledig</i> vergoed als de verzekerde voldoet aan de indicatievoorwaarden. Voor cornealenzen en semi-sclerale lenzen geldt de zogenaamde vervangingsregeling. Dit betekent dat de eerste aanschaf <i>altijd</i> voor eigen rekening is. Bij bepaalde indicaties kan bij vervanging wel een vergoeding worden verleend. Het moet dan gaan om een medisch noodzakelijke vervanging binnen een termijn van 12 maanden na de vorige aanschaf.</p>
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Het afgelopen jaar zijn er zes verstrekkingengeschillen aan het CVZ voorgelegd met betrekking tot scleralenzen. Scleralenzen zijn grote vormvaste lenzen, gemaakt van een hoog zuurstof doorlatend materiaal, die over het hoornvlies en het oogwit (sclera) worden geplaatst. Ze worden onder meer gebruikt bij vergevorderde gevallen van keratoconus, waarbij een bril geen uitkomst biedt en ook kleinere lenzen niet volstaan. Scleralenzen steunen, anders dan gewone contactlenzen, niet op het hoornvlies maar op het bindvlies (het oogwit). Scleralenzen zijn iets duurder dan gewone contactlenzen. In de verstrekkingengeschillen ging het om de vraag of er bij een vergevorderde keratoconus sprake is van een 'ernstig misvormd oog' zoals de Regeling dat vereist.</p> <p>Het CVZ nam het standpunt in dat van een ernstig misvormd oog kan worden gesproken indien de vervorming of verandering van het oog dusdanig is, dat een verzekerde niet meer uitkomt met brillenglazen of conventionele (cornea) contactlenzen. Dit staat los van de grootte of zichtbaarheid van de misvorming; een ogenschijnlijk 'kleine' misvorming kan dusdanig ernstig zijn dat het hierdoor ontstane visusprobleem niet door gebruik van eenvoudige middelen kan worden opgelost.</p>

3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk (Vervolg)	<p>Naast scleralenzen bestaan ook zogenoemde semi-scleraal-lenzen, die met de rand op de sclera rusten maar deze verder niet bedekken. Deze zijn te beschouwen als conventionele contactlenzen.</p> <p>Naar aanleiding van deze verstrekkingengeschillen is de vraag gerezen of de huidige regeling waarbij een verschil bestaat in vergoedingsmogelijkheid gewone contactlenzen/semi-sclerale lenzen en scleralenzen wel redelijk is.</p>
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	De prijzen van de verschillende typen lenzen lopen uiteen.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig? B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: Inventarisatie van de verschillende soorten lenzen, bij welke indicaties deze worden voorgeschreven en prijs. Vergelijkend onderzoek naar de verschillende lenzen die op de markt zijn. Op basis hiervan bepalen of het verschil in vergoedingssystematiek terecht is.
8.	Standpunt	
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input checked="" type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input checked="" type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

ISO 21 30	Voorleesapparatuur (Daisy-speler)
1.	<p>Hulpmiddel (functie/doel)</p> <p>De Daisy-speler is een speciale CD-speler, geschikt voor het afluisteren van gesproken lectuur via een CD-rom. Dit apparaat vervangt de cassette recorder. Per 1 januari 2004 zijn alle Anders Lezen Bibliotheken gedigitaliseerd. Dit betekent dat gesproken lectuur alleen nog maar wordt aangeboden in Daisy-formaat. Voor het afspelen van CD-roms in Daisy-formaat is een Daisy-speler of Daisy-software nodig. Dit apparaat is per 2003 in de Regeling hulpmiddelen opgenomen.</p>
2.	<p>Korte probleemschets</p> <p>Bij de verstrekking van Daisyspelers doen zich diverse problemen voor.</p> <p>Op grond van de Regeling hulpmiddelen hebben bepaalde doelgroepen aanspraak op een Daisy-speler. Het gaat daarbij om visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten. De staatssecretaris van VWS heeft in 2002 besloten de Daisy-speler in de Regeling op te nemen. Over de wijze waarop dat zou moeten gebeuren heeft zij destijds advies gevraagd aan het CVZ. Mede uit het oogpunt van deregulering heeft het CVZ geadviseerd de apparatuur zonder verdere indicatievoorwaarden op te nemen in de Regeling, zodat zorgverzekeraars in hun toekenningsbeleid niet zouden worden beperkt door gedetailleerde regelgeving. Bij aanvragen voor de Daisy-speler zou dan moeten worden beoordeeld of een verzekerde hierop gelet op zijn behoefte en uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening is aangewezen. De staatssecretaris heeft echter anders beslist. Zij heeft de op dat moment bekende doelgroepen voor de Daisy-speler limitatief in de Regeling opgenomen.</p> <p>Inmiddels is gebleken dat er nog andere doelgroepen zijn, bijvoorbeeld mensen met een beperkt begripsvermogen vanwege een verstandelijke handicap of concentratie-stoornissen (dit komt voor bij diverse aandoeningen). Deze verzekerden kunnen geen aanspraak maken op een Daisy-speler. Vaak maken mensen al jaren gebruik van gesproken lectuur door middel van een eigen aangeschafte (algemeen gebruikelijke) cassette recorder. Door de digitalisering van de bibliotheken is dit niet meer mogelijk en vragen zij een Daisy-speler aan.</p>

2.	Korte probleemschets <i>(Vervolg)</i>	<p>Een ander probleem is dat de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in augustus 2003 heeft besloten op grond van de Wet REA geen onderwijsvoorzieningen – zoals computers en computerprogrammatuur – te vergoeden aan leerlingen met dyslexie. Als gevolg van dit besluit worden geen Daisy-spelers meer vergoed vanuit de Wet REA aan leerlingen met dyslexie. Bovendien zijn er signalen dat ook bij andere indicaties verstrekking via de Wet REA achterwege blijft.</p> <p>Dit betekent echter niet dat deze voorzieningen ten laste van de Zorgverzekeringswet zouden moeten komen.</p> <p>Als een hulpmiddel <i>primair</i> wordt aangevraagd voor het volgen van onderwijs voorziet de sociale ziektekostenverzekering niet (valt buiten het domein). Deze ontwikkeling zorgt echter wel voor een toename van het aantal aanvragen voor Daisy-spelers bij dyslexie op grond van de Zorgverzekeringswet en daarmee voor een toename van het aantal verstrekkingengeschillen.</p> <p>Een probleem is het vaststellen van de indicatie 'dyslexie' en de daarbij noodzakelijke doelmatigheidstoets. Als leesproblemen kunnen worden overwonnen door extra begeleiding binnen of buiten de schoolsetting of door een gespecialiseerde behandeling is een Daisy-speler gecontra-indiceerd. Een dyslexieverklaring is daarom niet voldoende om voor verstrekking in aanmerking te komen. Een dergelijke verklaring dient immers een ander doel. Leerlingen met een dergelijke verklaring krijgen bijvoorbeeld meer tijd bij het uitwerken van proefwerken en examens. Verstrekking van een Daisy-speler bij dyslexie is alleen mogelijk als sprake is van uitbehandelde ernstige dyslexie.</p> <p>Verder komen er uit de praktijk geluiden dat de CD-roms op Daisy-formaat af te spelen zouden zijn op gewone in de handel verkrijgbare MP3-spelers. Dit wordt door de patiëntenvereniging tegengesproken. Men signaleert de volgende problemen bij het beluisteren van een Daisy-CD in een MP3-speler of op een PC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen navigatiemogelijkheden; • vaak geen goede volgorde van tekst; <p>Ook zouden de CD's inmiddels beveiligd zijn in verband met auteursrechten, wat problemen geeft bij het afspelen op gewone apparatuur.</p>
----	---	---

3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	Er worden op dit moment veel geschillen met betrekking tot de Daisy-speler aan de Commissie Verstrekkingengeschillen van het CVZ voorgelegd. De problematiek in deze geschillen is divers.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	De prijzen van de meest gangbare Daisyspelers variëren van € 279,- tot € 379,- (Daisywijzer).
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: De aard en de omvang van de hiervoor geschetste problemen moeten nader onderzocht.
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<p>Allereerst dient duidelijkheid te bestaan over de mogelijkheid Daisy-CD's af te spelen op reguliere in de handel verkrijgbare apparatuur. Verder is nader inventariserend onderzoek nodig naar de problemen die zich voordoen bij de verstrekking van Daisy-spelers, onder meer naar de doelmatigheid van deze apparatuur bij diverse indicaties – waaronder dyslexie – en het toekenningsbeleid vanuit de Wet REA.</p> <p>Wat betreft de indicatie dyslexie zijn de uitkomsten van het project <i>'Protocolontwerp Diagnostiek en Behandeling Dyslexie'</i> van belang. Dit project vloeit voort uit het verzoek van de minister van VWS aan het CVZ om de ontwikkeling van een protocol voor diagnostiek en een protocol voor behandeling van dyslexie ter hand te nemen. Dit project zal in 2006 worden afgerond. De Daisy-speler bij de indicatie dyslexie zal onderdeel uitmaken van een integraal pakketadvies over dyslexie dat het CVZ in het najaar van 2006 zal uitbrengen.</p>
8.	Standpunt	

9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input checked="" type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input checked="" type="checkbox"/> Nog te starten (deels) <input checked="" type="checkbox"/> Anders, namelijk: Integraal pakketadvies
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

ISO 21 30		Voorleesapparatuur: ReadingPen
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	De ReadingPen is een mobiele leespen. Deze pen leest teksten van papier hardop voor. De ReadingPen is speciaal ontwikkeld voor mensen met dyslexie.
2.	Korte probleemschets	De ReadingPen wordt voornamelijk gebruikt door kinderen met dyslexie bij het volgen van onderwijs. Ook in de thuissituatie zou de pen nuttig kunnen zijn. Bijvoorbeeld bij het voorlezen van kookrecepten, bijsluiters van geneesmiddelen, brieven, rekeningen etc. De ReadingPen kan niet worden verstrekt op grond van de Regeling.
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	De bewoordingen van de Regeling laten ruimte voor de verstrekking van voorleesapparatuur zoals een ReadingPen, maar de aanspraak is beperkt tot de doelgroep visueel gehandicapten. Voor deze groep gehandicapten, zal de ReadingPen in het algemeen niet doelmatig zijn. Het voorleesapparaat dat in de toelichting op de Regeling wordt genoemd bestaat uit een kastje en een flatbedscanner. Het apparaat leest teksten en is bedoeld voor visueel gehandicapten. Bij dyslexie bestaat geen aanspraak op verstrekking van de ReadingPen.
4.	Incidentie	Niet bekend.
5.	Kosten hulpmiddel	De ReadingPen kost € 395,-. Scholen die meerdere pennen tegelijk aanschaffen kunnen rekenen op een korting.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input checked="" type="checkbox"/> Werkzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input checked="" type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input checked="" type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: Voor welke dyslectici is de ReadingPen aangewezen (diagnostiek; scheiding gezondheidszorg en onderwijs). Past verstrekking van de ReadingPen in het overheidsbeleid en zo ja, op grond van welke regeling zou deze pen moeten worden vergoed?

7.	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	<p>Bij beoordeling van de ReadingPen zijn een aantal aspecten van belang. Het dyslexiebeleid van diverse ministeries (VWS, SZW en OCW) speelt hierbij een rol. Doelstelling van dit beleid is dat kinderen met dyslexie de aanpak krijgen die is afgestemd op hun behoefte aan hulp, maar dat een ongewenste overloop van onderwijstaken naar de gezondheidszorg wordt voorkomen. De opvang van dyslectische leerlingen behoort in eerste instantie tot de reguliere zorgbreedte van het onderwijs, zonedig met inzet van 'Weer Samen Naar School'-gelden en ondersteuning (WSNS).</p> <p>Complicerende factor is dat deze opvang vaak niet zover reikt dat deze ook voorziet in de verstrekking van hulpmiddelen (laptop, ReadingPen) en dat de Minister van SZW de verstrekking van voorzieningen bij dyslexie op grond van de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (REA) heeft uitgesloten. De reden hiervoor is dat een onevenredig beroep zou worden gedaan op de middelen van de overheid, gezien het grote aantal leerlingen met een vorm van dyslexie en de verwachting over het aantal aanvragen voor deze voorzieningen op grond van de Wet REA.</p> <p>Gezien het terughoudende beleid van de overheid als het gaat om de verstrekking van hulpmiddelen bij dyslexie, is een zorgvuldige afweging noodzakelijk voordat het CVZ in het kader van de Zorgverzekeringswet met een voorstel komt op dit gebied. Voor deze afweging zijn de uitkomsten van het project '<i>Protocolontwerp Diagnostiek en Behandeling Dyslexie</i>' van belang. Dit project vloeit voort uit het verzoek van de minister van VWS aan het CVZ om de ontwikkeling van een protocol voor diagnostiek en een protocol voor behandeling van dyslexie ter hand te nemen. Dit project zal in 2006 worden afgerond. Het CVZ rapporteert hierover in het najaar van 2006. Hulpmiddelen bij dyslexie – zoals de Daisy-speler en de ReadingPen worden in dit rapport meegewogen.</p>
8.	Standpunt	
9.	Conclusie	<p><input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren</p> <p><input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan</p> <p><input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Anders, namelijk: Integraal pakketadvies</p>
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: Najaar 2006

	ISO 21 36	Mobiele telefoons
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>Er zijn steeds meer mobiele telefoons op de markt voor specifieke doelgroepen, zoals ouderen, visueel en auditief gehandicapten.</p> <p>Voorbeelden hiervan zijn: Mybell, Easy to Use, It talks to You, Mobile Speak, de Buddy, Blackberry etc. De kenmerken van deze telefoons zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor ouderen: eenvoudig in gebruik (beperkt aantal toetsen, soms in combinatie met alarm); • Voor visueel gehandicapten: een mobiele telefoons met spraakuitvoer; • Voor auditief gehandicapten: een mobiele teksttelefoon.
2.	Korte probleemschets	<p>Mobiele telefoons kunnen niet worden verstrekt op grond van de Regeling, met uitzondering van de mobiele teksttelefoon. Hoewel een mobiele teksttelefoon goedkoper is dan de vaste teksttelefoons die tot de aanspraak behoren, is het de vraag een dergelijke uitzonderingspositie qua vergoedingsmogelijkheid reëel is.</p>
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Er zijn (nog) geen geschillen bekend over mobiele telefonie voor mensen met beperkingen.</p>
4.	Incidentie	<p>Niet bekend.</p>
5.	Kosten hulpmiddel	<p>De kosten van deze hulpmiddelen zijn variabel, vaak ook in combinatie met abonnement en belbundel. Vooralsnog bestaat de indruk dat deze telefoons/abonnementen niet veel duurder hoeven te zijn dan van gewone mobiele telefoons. Voor zover dat wel het geval is zijn er alternatieven.</p> <p>Een uitzondering hierop vormt wellicht de mobiele teksttelefoon voor auditief gehandicapten. De Buddy kost bijvoorbeeld € 295,- en kan worden uitgebreid met een vaste lijn interface ad. € 225,-.</p>
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<p><input checked="" type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>

7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk: Specifieke behoeften per doelgroep en onderzoek naar goedkoopst adequate oplossingen.
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	Vergelijkend onderzoek naar de prijzen en mogelijkheden van mobiele telefoons voor ouderen en mensen met beperkingen.
8.	Standpunt	<p>Er bestaat vooralsnog geen aanleiding de aanspraak op telefoonhulpmiddelen uit te breiden met speciale mobiele telefoons. Mobiele telefoons zijn algemeen gebruikelijk. Er zijn verschillende aanbiedingen die kostentechnisch niet of nauwelijks afwijken van aanbiedingen in de normale consumentenmarkt als het gaat om mobiele telefonie.</p> <p>Het is de vraag of de uitzonderingspositie die de mobiele (tekst-)telefoon voor auditief gehandicapten inneemt reëel is. Deze problematiek hangt samen met de aanspraak op vaste teksttelefoons. Kan de mobiele teksttelefoon de plaats van de gewone vaste teksttelefoon vervangen en zo ja, kan de aanspraak op teksttelefoons vervallen?</p>
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

ISO 21 45		BAHA-hoortoestel met softband
1.	Hulpmiddel (functie/doel)	<p>De Bone Anchored Hearing Aid (BAHA) is een in het bot verankerd hoortoestel. Een BAHA brengt het geluid over op het bot van de schedel en dat geleidt het geluid weer naar het binnenoor. Een BAHA is geïndiceerd indien sprake is van slechthorendheid door geleidingsverlies en behandeling met een conventioneel toestel onvoldoende uitkomst biedt.</p> <p>Daar schedels van kinderen dunner zijn en zachter bot hebben dan die van volwassenen, is een BAHA operatie voor heel jonge kinderen vaak nog geen optie. De spraak en taalkundige ontwikkeling van een kind begint echter al op de allereerste dag van het leven en het gehoor is een geïntegreerd onderdeel van deze ontwikkeling. Om deze reden is een BAHA ontwikkeld die met een softband op de schedel kan worden geplaatst.</p> <p>Deze BAHA met softband heeft vooral bij jonge kinderen voordeel boven een conventionele beengeleider. Niet alleen is sprake van een audiologisch voordeel ook het gebruiksgemak is belangrijk. Een conventionele beengeleider is bij volwassenen al vaak niet goed aan te passen vanwege het verschuiven van de beengeleider. Bij kinderen is het probleem nog veel groter (kinderen zijn veel beweeglijker waardoor de beugel als heel snel afschiet). Daarnaast kunnen bij een beengeleider door de druk die het toestel uitoefent op de huid en schedel drukplekken ontstaan. Een BAHA op een softband is in principe willekeurig op de schedel te plaatsen, waardoor de drukplek gevarieerd kan worden.</p>
2.	Korte probleemschets	<p>Het probleem is dat bij dit hoortoestel in feite niet meer kan worden gesproken van een BAHA (<i>bone anchored hearing aid</i>). Er vindt immers (nog) geen operatie plaats. Om dezelfde reden is het hoortoestel geen onderdeel van de aanspraak op medisch specialistische zorg. Dit betekent dat het hoortoestel valt onder de vergoedingsregeling voor gewone hoortoestellen. Echter de maximum vergoedingslimieten die voor hoortoestellen gelden zijn niet toereikend voor de aanschaf van dit hoortoestel.</p>
3.	Jurisprudentie en/of uitvoeringspraktijk	<p>Er zijn tot dusver twee verstrekkingengeschillen bekend over de BAHA met softband. Daarnaast is de problematiek onder de aandacht van het CVZ gebracht door het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen en door de zorgverzekeraars.</p>
4.	Incidentie	<p>Naar schatting wordt de BAHA met softband zo'n 25 maal per jaar voorgeschreven.</p>

5.	Kosten hulpmiddel	Over de prijs van de BAHA met softband wordt nog onderhandeld tussen zorgverzekeraars en leverancier. Medio 2005 bood de fabrikant een BAHA Classic aan voor € 2450,- (exclusief softband). Het laatst bekende aanbod van de leverancier is al een stuk lager, maar ook dan zullen verzekerden een groot deel zelf moeten betalen.
6.	Is er voldoende informatie beschikbaar?	<input checked="" type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
7.	A. De volgende informatie is nog nodig?	<input type="checkbox"/> Werkzaamheid <input type="checkbox"/> Kosteneffectiviteit <input type="checkbox"/> Meerwaarde/toegevoegde waarde <input type="checkbox"/> Incidentie (vraag 4) <input checked="" type="checkbox"/> Kosten (vraag 5) <input checked="" type="checkbox"/> Andere informatie, namelijk:
	B. Hoe kan informatie worden verkregen?	Het is onduidelijk waarom een BAHA-hoortoestel met softband zoveel duurder is dan een conventionele beengeleider.
8.	Standpunt	Het is de vraag of deze problematiek moet worden opgelost door een wijziging van regelgeving. Het is van belang dat eerst de ontwikkelingen in de markt worden afgewacht (prijsonderhandelingen). Zorgverzekeraars hebben bovendien de mogelijkheid deze hoortoestellen – als zijnde een beengeleider – in bruikleen te verstrekken. Bij bruikleen hoeft de verzekerde niet bij te betalen, hooguit kan de zorgverzekeraar een waarborgsom vragen. Het komt voor dat zorgverzekeraars afspraken maken met audiologische centra over ‘teruggekeerde’ BAHA-hoortoestellen. Deze kunnen worden ingezet voor kinderen, met name als het gaat om tijdelijke aanpassingen met softband.
9.	Conclusie	<input type="checkbox"/> Signaal van lijst afvoeren <input type="checkbox"/> Mogelijkheden aanpassing RH nagaan <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Lopend <input type="checkbox"/> Nog te starten <input checked="" type="checkbox"/> Anders, namelijk: Ontwikkelingen in de markt volgen. Volgend jaar zal worden bekeken of de problematiek is opgelost.
10.	Signaleringsrapport	Planning jaargang: 2007

BIJLAGE 4

Geactualiseerde Signaleringslijst (juni 2006)

Geactualiseerde Signaleringslijst (juni 2006)

ISO 04 30	<u>Koeltherapie bij Multiple Sclerose</u> : Het koelpak voor MS-patiënten valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet.
ISO 06 00	<u>Orthesen</u> Het onderscheid tussen verstevigde en niet-verstevigde orthesen blijkt in de praktijk doelmatige zorg in de weg te staan.
ISO 06 30	<u>Penisprothese</u> De penisprothese voor vrouw/mantransseksuelen valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet.
ISO 21 39	<u>Elektronisch oriënteringshulpmiddel; Victor Trekker</u> : De Victor Trekker valt niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet.
ISO 12 30	<u>Transferhulpmiddelen</u> : Transferhulpmiddelen vallen niet onder de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet.
ISO 21 03	<u>Lenzen, cornealenzen, scleralenzen, semi-sclerale lenzen en bandagelenzen</u> : De verstrektingsvoorwaarden in het kader van de Regeling zijn voor al deze lenzen verschillend. Het is de vraag of dit terecht is, zeker omdat de grens tussen de verschillende lenzen soms onduidelijk is.
ISO 21 30	<u>Voorleesapparatuur (Daisy-speler)</u> : Per 1 januari 2003 valt de Daisy-speler onder het pakket. Er zijn diverse signalen met betrekking tot deze verstrekking. <i>Herkomst</i> : zorgverzekeraars, verstrekkingengeschillen
ISO 21 30	<u>Voorleesapparatuur (ReadingPen)</u> Er is een nieuw voorleeshulpmiddel op de markt voor dyslectici; de ReadingPen. <i>Herkomst</i> : leverancier

ISO 21 36	<p><u><i>Mobiele telefoons:</i></u> Er zijn steeds meer mobiele telefoons op de markt voor specifieke doelgroepen. Deze telefoons komen in het algemeen niet voor vergoeding in aanmerking. De mobiele (tekst-)telefoon voor auditief gehandicapten vormt hierop een uitzondering. Het is de vraag of dit terecht is.</p> <p><i>Herkomst:</i> fabrikanten, patiënten- en ouderverenigingen</p>
ISO 21 45	<p><u><i>BAHA-hoortoestel met softband:</i></u> Het betreft een voorziening voor een kleine doelgroep waarbij de BAHA (nog) niet kan worden geïmplant. De BAHA kan wel worden verstrekt als beengeleiderhoortoestel, maar dan geldt een maximum vergoedingsbedrag dat niet in relatie staat tot de kosten van het hulpmiddel.</p> <p><i>Herkomst:</i> verstrekkingengeschillen, voorschrijvers</p>

Onderzoeksresultaten decubitus

Relatieve daling/stijging decubitus

Aantal patiënten per instelling in de interventieteams en controleteams op T0 en T1 aangegeven.

Instelling	T0		T1	
	I	C	I	C
A	47	30	48	28
B	50	46	X	X
C	51	23	53	13
D	72	93	77	79
E	35	n.v.t.	39	n.v.t.
F	6	n.v.t.	X	n.v.t.
G	X	X	X	X

Tabel 1: aantal patiënten op T0 en T1 per interventieteam en controleteam per instelling.

X= drop out tussen T0 en T1. n.v.t. = instelling zonder controleteams

Relatieve daling/stijging tussen T0 en T1 en waardes T0-T1						
Instelling	Interventieteams			Controleteams		
	%	T0	T1	%	T0	T1
A	-38%	13%	8%	+8%	13%	14%
B	X	11%	X	X	2%	X
C	-60%	43%	17%	-12%	17%	12%
D	-67%	15%	5%	-38%	16%	10%
E	-51%	37%	18%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
F	X	50%	X	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
G	X	X	X	X	x	x

Tabel 2 : X = drop out tussen t=0 en t=1 n.v.t. = instelling zonder controle teams

Mate van implementatie en waardering instrumenten

- Het dagrapportageboekje voor patiënt en mantelzorg blijkt, in tegenstelling tot het voorlichtingsboekje, nauwelijks te zijn gebruikt.
- Het geven van voorlichting en instructie aan patiënt en mantelzorg door zorgverleners lijkt goed te zijn verlopen.
- Het handzame kaartje over het preventie- en behandelprotocol is onvoldoende onder de aandacht gebracht door de AVD.
- Aandacht voor de richtlijnen was er wel via de B-learning en de registratieformulieren.
- Het B-learning programma is in alle vijf de instellingen in voldoende mate geïmplementeerd.
- De registratie ten behoeve van de kwaliteitsindicatoren is moeizaam op gang gekomen, maar liep over het geheel genomen redelijk.
- De meeste AVD'ers zijn niet thuis in het werken met Excel (waarmee de indicatoren berekend worden), wat problemen met zich meebracht.
- Slechts twee van de vijf instellingen ervaren de steun vanuit het management als voldoende.
- De instellingen hebben geen gebruik gemaakt van het voorbeeldverslag voor de decubitusparagraaf van het kwaliteitsjaarverslag.
- De levering van AD-materialen is uiteindelijk goed verlopen.
- De AVD'ers hebben aangegeven door dit project meer inzicht te hebben verkregen in de kwaliteit van de decubituszorg. Aan het eind van het project beoordeelden zij de kwaliteit van de geleverde zorg als voldoende tot ruim voldoende.

Preventieve maatregelen

De meest toegepaste preventieve maatregel was ervoor zorgdragen dat de patiënt de juiste zit/lighouding aanneemt (72%). Dit werd gevolgd met 61% door het geven van uitleg aan patiënt en/of mantelzorger. Het leggen van een kussen onder de onderbenen (33%) en wisselgigging (34%) werden het minst toegepast. Een anti-decubitus zitkussen was op 43% van de contactmomenten in gebruik en een anti-decubitus matras op 49%. Op 80% van de contactmomenten werd tenminste één preventieve maatregel genomen. Op 72% van de contactmomenten werd een behandeling gegeven.

Onderzoeksresultaten heupbeschermers

Valincidenten

Binnen	70 %	Buiten	29 %
Huis-/eetkamer	21,5%	Stoep	11,8%
Slaapkamer	14,5%	Openbare weg	8,8%
Keuken	7,9%	Rond het huis	5,8%
Gang/hal	7,9%		
Toilet	6,7%		

Toepassing risicoprofielen

Om het maximale preventieve effect te schatten bij thuiswonende ouderen of ouderen woonachtig in een verzorgingshuis is beraamd hoeveel heupbeschermers zouden zijn toegewezen aan de geregistreerde heupfractuurpatiënten op basis van twee bestaande risicoprofielen.

1. Het eerste profiel (Tweede Herziene Richtlijn voor Osteoporose) is ontwikkeld voor het voorspellen van osteoporose en fracturen;
2. Het tweede profiel is ontwikkeld voor het voorspellen van herhaaldelijk vallen.

De onderzoekers hebben beide risicoprofielen toegepast om te schatten wat het maximale preventieve effect van heupbeschermers is. Volgens het risicoprofiel osteoporose kon aan 138 van de 220 vrouwen (62,7%) een heupbeschermer aangeboden worden omdat zij een hoog risico hadden. Bij 32 van de 138 vrouwen met een hoog risico (23,2%) is het niet waarschijnlijk dat de heupbeschermer de heupfractuur had kunnen voorkomen. Dit komt omdat de heupfractuur niet het gevolg was van een val, optrad tijdens de nacht of tijdens omstandigheden waarin heupbeschermers niet gedragen kunnen worden.

Volgens het risicoprofiel voor herhaaldelijk vallen hadden 150 van de 246 patiënten een hoog risico (61%). In 23 van de 150 personen met een hoog risico (15,3%) is het niet waarschijnlijk dat de heupbeschermer de heupfractuur had kunnen voorkomen.

Berekening kosteneffectiviteit

Om de kosteneffectiviteit van heupbeschermers te berekenen hebben de onderzoekers het relatief risico (RR) toegepast. Het RR wordt in de geneeskunde en epidemiologie veel gebruikt om de verhouding van twee kansen of risico's op genezing of ziekte te schatten. Een RR van 1 betekent een niet-effectieve interventie.

In de Cochrane review van Parker et al. (2005) is de effectiviteit van heupbeschermers bij mensen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen ten opzichte van een controlegroep zonder heupbeschermers, uitgedrukt in RR. De RR bedroeg 0,77. De onbetrouwbaarheid van deze schatting, die tot uitdrukking komt in het betrouwbaarheidsinterval (0,62-0,97), is als sensitiviteitsparameter gebruikt in de kosteneffectiviteitsanalyse. De onderzoekers hebben berekend dat het omslagpunt voor kosteneffectiviteit bij ouderen in een verzorgings- of verpleeghuis ligt bij een RR van 0,85. In het meest gunstige geval (RR=0,62) is het aantal personen dat in een verzorgings- of verpleeghuis aan wie een heupbeschermer moet worden gegeven om een enkele heupfractuur te voorkomen (Number Needed to Treat = NNT) gelijk aan 27. Zolang het RR kleiner is dan 0,9 is het NNT niet hoger dan 100. Bij een RR groter dan 0,9 neemt dit aantal snel toe.

Literatuurlijst

Decubitus

- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Wansink SW. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Hulsboom MA, Halfens RJG. Eindverslag: een doelmatige preventie en behandeling van decubitus in de thuissituatie door een adequaat gebruik van anti-decubitusmaterialen. Maastricht: Universiteit Maastricht, Cluster Zorgwetenschappen, sectie Verplegingswetenschap, juni 2005.

Heupbeschermers

- Birks YF, Hildreth R, Campbell P, Sharpe C, Torgerson DJ, Watt I. Randomised controlled trial of hip protectors for the prevention of second hip fractures, Age aging 32:442-4 (2003).
- Cryer C, Knox A, Martin D, Barlow J. Hip protector compliance among older people living in residential care homes. Inj Prev 8: 202-6 (2002).
- Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, issue 3.
- Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD. Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review, BMJ: 332:571-574 (2006).
- Van Schoor NM, Asma G, Smit JH, Bouter LM, Lips P. The Amsterdam Hip Protector Study: compliance and determinants of compliance. Osteoporos Int. 14: 353-9 (2003).
- Van Schoor NM, Van der Veen AJ, Schaap LA, Smit TH, Lips P. Biomechanical comparison of hard and soft hip protectors, and influence of soft tissue. Bone, maart 2006 (ahead of print).

Bijlage 10

Standpunt CVZ met betrekking tot reacties veldpartijen

1. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) d.d. 15 juni 2006

ZN kan zich vinden in het Signaleringsrapport. Verder hebben zorgverzekeraars zelf geïnventariseerd over welke verstrekkingen men een signaal wil afgeven aan de Minister. Deze signalen staan in de brief vermeld. Het CVZ zal deze signalen wegen en eventueel plaatsen op de Signaleringslijst hulpmiddelen voor het komend jaar.

❖ *De reactie van ZN leidt verder niet tot aanpassing van het rapport.*

2. FHI Medische Technologie d.d. 21 juni 2006

De FHI is van mening dat een algemene stellingname over ES niet houdbaar is. Men is van mening dat er op verscheidene deelgebieden ruim voldoende internationale studies en onderzoeksresultaten zijn over de werking (lange termijn) effecten van ES en de kosteneffectiviteit. Helaas heeft het FHI de onderzoeksresultaten waarop men doelt niet meegezonden of genoemd.

Verder stelt de FHI dat de eindconclusies van het onderzoek van het iRv afwijken van de conclusies die het CVZ trekt. Zoals uit het Signaleringsrapport blijkt heeft het iRv een aantal systematische reviews gedaan naar ES. Binnen het onderzoek is gekozen voor een verdieping op het gebied van ES-hulpmiddelen waarvan bekend was dat ze voor langdurig thuisgebruik geschikt waren en waarover de meeste literatuur beschikbaar was. De reviews maken duidelijk dat ES een veelbelovende ontwikkeling is. Op alle deelgebieden concluderen de onderzoekers *“dat de toepassing van ES een veelbelovende behandeling lijkt, maar dat er nog nader onderzoek nodig is voordat brede toepassing in de praktijk overwogen kan worden”*. De eindconclusie van het onderzoek wijkt dan ook niet af van de conclusie van het CVZ.

De FHI wijst verder nog op de aanbeveling van de onderzoekers om een beperkt aantal gespecialiseerde centra aan te wijzen die een centrale rol kunnen vervullen bij de ontwikkeling en het onderhoud van verstrekkingen, bij de scholing/training en bij het adviseren en indiceren in individuele gevallen. Verder bevelen de onderzoekers het zorgveld aan voorbereidingen te treffen en concrete voorstellen te doen voor effectieve verstrekking.

Essentieel hierbij is het wezenlijke verschil tussen de taak die het CVZ heeft als pakketbeheerder en de verantwoordelijkheid van het zorgveld (zorgverleners en fabrikanten). Het CVZ beoordeelt of er sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg op basis van de stand van de wetenschap en praktijk. Het zorgveld dient dit te onderbouwen met wetenschappelijke literatuur en dient protocollen en richtlijnen te ontwikkelen. De argumenten die de FHI noemt zijn juist argumenten om hulpmiddelen die gebruik maken van ES niet op te nemen in het te verzekeren pakket. Het is een versnipperd terrein wat betreft hulpmiddelen en doelgroepen waar nog veel onderzoek nodig is en protocollen en richtlijnen ontbreken.

❖ *De reactie van de FHI leidt verder niet tot aanpassing van het rapport.*

Decubitus in de thuiszorg:

ontwikkeling, implementatie en evaluatie
van ‘best practices’ op het terrein van de preventie
en behandeling van decubitus in de thuiszorg

Universiteit Maastricht
Maart 2006

Auteurs:	dr. Gaby Ronda drs. Ben van Steenkiste dr. Trudy van der Weijden
Onder begeleiding van:	prof. Dr. Richard Grol
In samenwerking met:	dr. Ruud Halfens drs. Mirjam Hulsenboom

In opdracht van en gefinancierd door het College voor zorgverzekeringen
(projectnummer 24042768)

Inhoudsopgave

Voorwoord

5

Samenvatting

6

1 Inleiding

7

2 Plan van aanpak voorbereidingsfase

9

3 Resultaten voorbereidingsfase

3.1 Richtlijnen vaststellen

11

3.2 Analyse van doelgroep en setting

11

3.3 Strategieën en maatregelen selecteren of ontwikkelen

11

4 Plan van aanpak uitvoeringsfase

4.1 Evaluatiemodel

17

4.2 Methoden

17

4.2.1 Effectevaluatie

19

4.2.2 Procesevaluatie

19

5 Resultaten uitvoeringsfase

5.1 Werving, deelnemende instellingen, teams en tijdspad

21

5.2 Effectevaluatie

22

5.3 Procesevaluatie

25

6 Discussie

6.1 Samenvatting belangrijkste resultaten

31

6.2 Interpretatie resultaten

32

6.3 Sterke en zwakke punten project en evaluatie

32

6.4	Best practices	33
6.5	Conclusies	34
6.6	Aanbevelingen	35

Literatuurlijst	36
-----------------	----

Bijlagen:

- 1 Protocol
- 2 Protocolkaart
- 3 Overzicht ad-materialen
- 4 Resultaten vragenlijsten decubitusbeleid thuiszorginstellingen
- 5 Samenvatting knelpunteninventarisatie
- 6 Dagrapportageboekje
- 7 Registratieformulier prospectieve registratie
- 8 Voorbeeld Excel werkblad
- 9 Voorbeeld Nieuwsbrief
- 10 Voorbeeld Decubitusparagraaf voor kwaliteitsjaarverslag
- 11 Tijdsplan project en evaluatie
- 12 Persbericht

Losse bijlage: Boekje met informatie en tips

Voorwoord

In de periode van mei 2003 tot november 2005 is het project ‘Decubitus in de thuiszorg’ uitgevoerd met als doel de kwaliteit van zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) decubitus in de thuissituatie te verbeteren. Om dit mogelijk te maken is een kwaliteitsbevorderend programma ontwikkeld waarin onder andere aandacht wordt besteed aan de kennis en vaardigheden van zorgverleners en aan een registratiesysteem voor de geleverde decubituszorg. Het effect en de toepasbaarheid van dit programma zijn in een aantal thuiszorginstellingen geëvalueerd. Het project is uitgevoerd door de Maastrichtse afdeling van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) aan de Universiteit Maastricht in nauwe samenwerking met de sectie Verplegingswetenschap (VW).

Om de kwaliteit van het project te bewaken werd een begeleidingscommissie van deskundigen ingesteld. In deze commissie hadden zitting:

- Mevrouw L. Ars (Groene Kruis Zorg)
- Mevrouw M. de Bont (Landelijke Vereniging Wijkverpleegkundigen)
- De heer P. Dols (Groene Kruis Zorg)
- Mevrouw C. Engelsman (KwaliteitsInstituut voor Toegepaste ThuisZorgvernieuwing)
- De heer H. Groen (Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen)
- Mevrouw Y. Heijnen-Kaales (Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging)
- Mevrouw A. Link (College voor zorgverzekeringen)
- De heer M. Lubbers (Amsterdam Medisch Centrum / Universiteit van Amsterdam)
- Mevrouw J. Pleiter (ZonMw)
- De heer Peter Quataert (Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen)
- Mevrouw I. Sales (Carint Thuiszorg)
- Mevrouw L. Schoonhoven (Werkgroep Onderzoek Kwaliteit / UMC St Radboud)
- De heer R. van Zelm (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO)

Zeven thuiszorgorganisaties hebben geheel of gedeeltelijk deelgenomen aan het project:

- Carint Zorgschakel, Hengelo
- Thuiszorg Westelijke Mijnstreek, Sittard
- Internos Katholieke Stichting Thuiszorg, Dordrecht
- MHG Thuiszorg, Den Haag
- ZorgTransfer De Steeg, De Steeg
- Zorgbedrijf Noord-Holland, Den Helder
- ZON Omnizorg, Merkelbeek

Hierbij bedanken wij alle betrokkenen voor hun bijdrage aan het project.

Samenvatting

In zeven thuiszorginstellingen is het best practices project 'Decubitus in de thuiszorg' uitgevoerd. Het doel van het project was een verbetering van de kwaliteit van de decubituszorg en hierdoor een vermindering van de prevalentie van decubitus. Om dit doel te bereiken werd een mix van strategieën op verschillende niveaus ontwikkeld. De belangrijkste strategieën waren een educatief programma voor zorgverleners (B-learningprogramma) en een registratiesysteem waarmee inzicht in en sturing van de zorg mogelijk werd.

Het project is geëvalueerd aan de hand van een model waarin de volgende vragen centraal stonden: 1) Is het probleem (decubitus) verminderd? 2) Zijn gedrag (uitvoeren richtlijnen) en omgeving (levering ad-materialen) veranderd, 3) Zijn de determinanten (kennis over decubitus en richtlijnen) veranderd, 4) Welke strategieën zijn geïmplementeerd? en 5) Zijn de geïmplementeerde strategieën geïmplementeerd zoals gepland? De evaluatie is onderverdeeld in een effectevaluatie (vraag 1 en 3) en een procesevaluatie (vraag 2, 4 en 5).

Uit de effectevaluatie blijkt dat de prevalentie van decubitus, een jaar na de start van het project, in de interventieteams significant gedaald is van 25% naar 11%. De kennis van zorgverleners over decubitus en de richtlijnen was na afronding van het B-learningprogramma significant hoger in de interventieteams dan in de controleteams, respectievelijk 14,5 versus 9,2 op een 20-puntschaal. De levering van de ad-materialen bleek bij alle instellingen goed te verlopen. Uit de procesevaluatie blijkt verder dat niet alle strategieën en maatregelen geïmplementeerd zijn of dat ze niet in voldoende mate geïmplementeerd zijn. De belangrijkste strategieën, het B-learningprogramma en de prospectieve registratie zijn wel geïmplementeerd. Het B-learningprogramma is echter niet door alle zorgverleners uit de interventieteams gevolgd en er kwamen enkele 'kinderziektes' aan het licht die de voortgang belemmerden. De aandachtsvelders decubitus (AVD) gaven aan dat de prospectieve registratie moeizaam op gang is gekomen maar na enige tijd over het geheel genomen redelijk verliep. Er blijkt echter meer tijd nodig te zijn om het te kunnen integreren in de dagelijkse zorg. Daarnaast hadden de AVD moeite met de het verzamelen en verwerken van de gegevens die nodig zijn voor de berekening van de kwaliteitsindicatoren. Wel gaven alle AVD aan door het project een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde decubituszorg te hebben gekregen en beoordeelden ze de kwaliteit voldoende tot ruim voldoende. Als belangrijkste belemmerende factoren voor implementatie kwamen naar voren: niet het juiste moment om het programma in te voeren vanwege allerlei problemen in en rond de thuiszorg waaronder het vergoedingsstelsel, onvoldoende steun vanuit het management van de instelling, het extramurale karakter van de setting en een te krappe tijdsplanning voor de implementatie van het programma.

Geconcludeerd wordt dat ondanks de suboptimale implementatie van diverse onderdelen van het best practices project, het best practices project de kwaliteit van de decubituszorg verbetert. De uit het onderzoek voortgekomen en voorgestelde aanpassingen van het best practices project voor de thuiszorg kunnen de effectiviteit waarschijnlijk nog verhogen. Verder onderzoek naar de kosten en effecten van een aan de thuiszorg aangepaste best practices strategie in vergelijking met de kosten en effecten van alleen een jaarlijkse prevalentiemeting, wordt aanbevolen.

1 Inleiding

De prevalentie van decubitus in de thuiszorg in Nederland bedroeg 18,5% in 2002 (Bours et al., 2003). De aandoening komt met name voor in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. Door vergrijzing van de bevolking en substitutie van intramurale zorg door thuiszorg mag verwacht worden dat de incidentie en prevalentie van decubitus in de thuiszorg toenemen (Chel et al., 1999).

Decubitus veroorzaakt veel pijn en frustratie bij patiënten en mantelzorgers (Bours et al., 2002). Daarnaast zijn de kosten van decubituszorg in Nederland aanzienlijk (Severens et al., 2002). Door adequate maatregelen en het juiste gebruik van anti-decubitus materialen kan decubitus voorkomen en genezen worden. Uit onderzoek blijkt echter dat de preventie en behandeling van decubitus niet volgens de door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) ontwikkelde richtlijnen verlopen (Bours et al., 2002). De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet decubitus als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de zorg. Hierdoor krijgt decubitus een vaste plaats in het kwaliteitsjaarverslag van thuiszorginstellingen.

In 2002 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een rapport uitgebracht aan de minister van VWS 'Anti-decubitusmaterialen onder druk' (Link, 2002), dit naar aanleiding van een onderzoek van TNO naar anti-decubitusmaterialen. Daarnaast verscheen de herziene richtlijn Decubitus van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO, 2002) en werd de tripartiete multidisciplinaire richtlijn voor samenwerking en logistiek rond decubitus in verpleeghuizen ontwikkeld (NVVA, 2003). In 2003 bracht het CBO het rapport 'Model Stuursysteem Decubituszorg' uit. Dit rapport was het resultaat van het project 'Decubituszorg in de dagelijkse praktijk: door sturen steeds beter', een project met een vergelijkbare opzet als de zogenaamde doorbraakprojecten (CBO, 2003).

Het voorgaande was voor het CVZ reden opdracht te geven tot het starten van het 'best practices' onderzoeksproject 'Decubitus in de thuiszorg'. Het onderzoek is uitgevoerd door de Maastrichtse afdeling van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) aan de Universiteit Maastricht in nauwe samenwerking met de sectie Verplegingswetenschap (VW) van de Universiteit van Maastricht. De sectie VW heeft, in opdracht van ZonMw, het scholingsprogramma B-learning (Blended-learning) verder ontwikkeld.

Doel en vraagstelling

Het doel van het best practices project is een verbetering van de kwaliteit van de decubituszorg in de thuissituatie voor personen met (verhoogd risico op) decubitus door de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van 'best practices' op het terrein van de preventie en behandeling van decubitus in de thuiszorg.

Een verbetering van de kwaliteit van de zorg zal leiden tot een vermindering van de prevalentie van decubitus binnen de thuiszorg. Dit doel is als volgt gekwantificeerd: in een periode van een jaar de prevalentie van decubitus met tenminste 30% verminderen bij tenminste 80% van 15 deelnemende instellingen.

De volgende vraagstellingen werden voor het project geformuleerd:

1. Is het mogelijk om in een periode van een jaar met behulp van de 'best practice' methode:
 - A. De prevalentie van decubitus met tenminste 30% verminderen bij tenminste 80% van 15 deelnemende instellingen?
 - B. De zorgverleners meer volgens de richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus te laten werken?
 - C. De kennis van zorgverleners over de richtlijnen te verbeteren?
 2. Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol bij de implementatie van de diverse maatregelen en strategieën binnen het best practices project?
-

2 Plan van aanpak voorbereidingsfase

Het plan van aanpak voor het project is gebaseerd op een model voor effectieve implementatie van veranderingen in de patiëntenzorg (Grol & Wensing, 2001) en bestaat uit de volgende stappen: 1) richtlijnen vaststellen, 2) analyse van doelgroep en setting, 3) strategieën en maatregelen ontwikkelen of selecteren, 4) testen en uitvoeren van het implementatieplan en 5) evaluatie van de effecten van het implementatieplan. Binnen het project zijn een voorbereidingsfase, een uitvoeringsfase en een analysefase te onderscheiden. Stap 1 t/m 3 vallen hoofdzakelijk in de voorbereidingsfase. Stap 4 en 5 vallen hoofdzakelijk in de uitvoerings- en analysefase.

Ten behoeve van stap 1: het vaststellen van richtlijnen en het verkrijgen van een overzicht van beschikbare anti-decubitusmaterialen (ad-materialen), is een literatuurstudie gedaan en is documentatie opgevraagd bij verschillende fabrikanten van ad-materialen.

Ten behoeve van stap 2: de analyse van doelgroep en setting, is een vragenlijst over het gevoerde decubitusbeleid opgestuurd naar alle 106 thuiszorginstellingen die bekend waren bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT). Daarnaast is er een literatuurstudie naar reeds bestaande én bekende knelpunten gedaan en zijn twee thuiszorginstellingen bezocht. Met managers, aandachtsvelders decubitus (AVD) en zorgteams werden de ervaringen rondom de decubituszorg besproken. Tenslotte werden de leden van de Landelijke Begeleidingscommissie (LBC) - een groep decubitusexperts en deskundigen uit het veld die speciaal voor het project werd samengesteld – geraadpleegd.

Stap 1 en 2 leiden tot de ontwikkeling en selectie van strategieën en maatregelen gericht op reeds bekende bevorderende en belemmerende factoren (stap 3). Deze strategieën en maatregelen vormen samen een implementatieplan.

3 Resultaten voorbereidingsfase

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de stappen die gerekend worden tot de voorbereidingsfase van het project besproken. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de resultaten die de inventarisatie van bestaande informatie over richtlijnen en ad-materialen opleverde, de resultaten van de analyse van doelgroep en setting, de op basis van het voorgaande ontwikkelde en geselecteerde strategieën en maatregelen en het totale implementatieplan.

3.1 Richtlijnen vaststellen

Decubitus

De literatuurstudie over richtlijnen voor de preventie en behandeling van decubitus (Gezondheidsraad, 1999; Chel et al.; 1999; KITZ, 2000; Defloor et al., 2001; CBO, 2002; NVVA, 2003) heeft geresulteerd in een *protocol* (zie bijlage 1) voor de preventie en behandeling van decubitus in de thuiszorg. Voor gebruik in de dagelijkse praktijk werd een *handzame protocolkaart* (zie bijlage 2) met de kernhandelingen gemaakt. Kernhandelingen zijn onder ander: het geven van voorlichting en instructie aan patiënt en mantelzorger, het zorgdragen voor een juiste zit/lig houding en het geven van wisselgigging. De richtlijnen werden in de LBC vastgesteld.

Anti-decubitus materialen (ad-materialen)

Met behulp van gegevens uit de literatuur en uit de documentatie van verschillende fabrikanten van ad-materialen is een (niet uitputtend) *overzicht* gemaakt van de *verschillende ad-materialen* die in Nederland verkrijgbaar zijn (zie bijlage 3). Dit overzicht kan de thuiszorginstellingen helpen bij het samenstellen en het inzetten van adequate ad-materialen. Het overzicht laat zien welk soort matras of kussen er in een bepaald geval ingezet moet worden.

3.2 Analyse van doelgroep en setting

Zevenenveertig van de 106 aangeschreven thuiszorginstellingen hebben de naar hen opgestuurde vragenlijst teruggestuurd. De belangrijkste resultaten van deze vragenlijsten staan vermeld in bijlage 4: *resultaten vragenlijsten decubitusbeleid thuiszorginstellingen*.

Daarnaast bleek uit de literatuurstudie naar reeds bestaande én bekende knelpunten, het bezoek aan twee thuiszorginstellingen en het overleg met de leden van de LBC dat de knelpunten op verschillende niveaus lagen: 1) bij patiënt en mantelzorger, 2) bij zorgverleners¹, 3) bij aandachtsvelders decubitus (AVD) en 4) bij het management. In bijlage 5 wordt een *samenvatting van de knelpunteninventarisatie* op de verschillende niveaus gegeven.

3.3 Strategieën en maatregelen selecteren of ontwikkelen

Het vaststellen van de richtlijnen en de analyse van de doelgroep en setting hebben geleid tot een set van strategieën en maatregelen gericht op de bevorderende en belemmerende factoren op de diverse te onderscheiden niveaus.

Patiënt en mantelzorg

Het gebruik van educatieve materialen voor de patiënt en de mantelzorg. Voor de preventie van decubitus is het belangrijk dat de patiënt en familie of directe relaties de ernst van deze aandoening inzien. Zeker in de thuissituatie, waar niet 24 uur per dag een zorgverlener aanwezig is, is het van belang dat patiënt of mantelzorger de preventieve maatregelen ook kunnen uitvoeren. Gebrek aan kennis en vaardigheden van patiënt en mantelzorg kunnen door goede voorlichting en instructie van de zorgverleners worden opgelost. Voorlichtingsmateriaal kan hierbij ondersteunend werken. Hiervoor werd een *boekje met informatie en tips* (zie losse bijlage)

¹ Met zorgverleners worden zowel verpleegkundigen als verzorgenden bedoeld

samengesteld. Een ander knelpunt is het sociale netwerk van de patiënt. Vaak is onbekend wie wat doet en wanneer. Om hier structuur in aan te brengen is een *dagrapportageboekje* (zie bijlage 6) gemaakt. De bedoeling is dat de mantelzorgers hierin opschrijven wat hij of zij op de dag dat ze bij de patiënt geweest zijn gedaan hebben om decubitus te voorkomen en wanneer ze weer terugkomen.

Zorgverleners

Voor het wegwerken van het tekort aan kennis over decubitus bij zorgverleners wordt gebruikt gemaakt van een *B(lended)-learningprogramma*. De scholing sluit aan bij het eigen opleidingsniveau en wordt individueel via een cd-rom gevolgd en afgerond met een kennistoets. Daarna volgt een vaardigheidstraining binnen de eigen organisatie, die door een AVD wordt opgezet en getoetst. Binnen de vaardigheidstraining is er ook aandacht voor de communicatie met patiënt en mantelzorg en het gebruik van voorlichtingsmateriaal. Tevens is er aandacht voor de taken en verantwoordelijkheden bij de preventie en behandeling van decubitus door de verschillende disciplines / niveaus binnen de thuiszorg.

Voor de ondersteuning van de zorg in de dagelijkse praktijk is er een *handzaam kaartje met de kernhandelingen uit het decubitusprotocol* (zie bijlage 2) en een *overzicht van de inzet van ad-materialen* (zie bijlage 3). Ook wordt de verleende zorg geregistreerd. Door de zorgverleners wordt bij alle patiënten die nieuw in zorg komen een gestandaardiseerd *registratieformulier* ingevuld (zie bijlage 7). Allereerst wordt door middel van de klinische blik gekeken of de patiënt al dan niet decubitus heeft. Daarna wordt met behulp van de Bradenschaal de risicoscore bepaald (spreidingsgebied 6 – 23). Bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus (score \leq 20) en/of decubitus dient het formulier wekelijks ingevuld te worden. Op het formulier kunnen de uitgevoerde handelingen met betrekking tot de preventie en behandeling van decubitus aangekruist worden. Het formulier is gebaseerd op het protocol voor de preventie en behandeling van decubitus en de kernhandelingen staan erop aangegeven. De gegevens van alle patiënten in zorg worden door de AVD verwerkt in een *Excel werkblad* (zie bijlage 8) waarmee kwaliteitsindicatoren berekend kunnen worden. Hierdoor ontstaat inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en wordt sturing mogelijk. In de decubituszorg kunnen vier fasen worden onderscheiden: risico-inventarisatie, preventie, diagnose en behandeling. Voor iedere fase ontwikkelde het CBO indicatoren. Deze indicatoren zijn gebaseerd op een aantal kernrichtlijnen (CBO, 2002; CBO, 2003). Binnen het project 'decubitus in de thuiszorg' wordt, op aanbeveling van het CBO, gestart met de indicatoren uit de fase van risico-inventarisatie en de fase van preventie. Voor de risico-inventarisatie fase zijn dat de volgende 2 indicatoren: 1) het percentage patiënten waarbij een structurele risico-inventarisatie wordt uitgevoerd (procesindicator) en 2) het percentage patiënten waarbij zich, ondanks de gestructureerde wijze van risico-inventarisatie, toch decubitus ontwikkelt (uitkomstindicator). Voor de preventiefase zijn er eveneens 2 indicatoren: 1) het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen (procesindicator) en 2) het percentage patiënten dat ondanks de op de gestructureerde risico-inventarisatie geënte preventieve maatregelen, toch decubitus ontwikkelt (uitkomstindicator). De AVD dienen de resultaten terug te koppelen naar de zorgverleners binnen de eigen instelling. Daarnaast is middels de indicatoren intercollegiale toetsing tussen de instellingen mogelijk.

Aandachtsvelder(s) decubitus

Het ontbreken van een probleemhouder werd in de praktijk als een belangrijk knelpunt gezien. Voor een goed decubitusbeleid is een AVD van groot belang. De AVD is verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de decubituszorg door monitoring van kwaliteitsindicatoren en het sturen van de zorg door middel van het geven van feedback en sociale steun (onder andere door *nieuwsbrieven* (zie bijlage 9), werkoverleg, et cetera) en het *verzorgen van trainingen voor zorgverleners*. De AVD wordt hierin ondersteund en getraind door de onderzoekers tijdens *werkconferenties* en een follow-up in de eigen setting. Daarnaast wordt gezorgd voor een laagdrempelige bereikbaarheid van het onderzoeksteam telefonisch en per e-mail én door een website. Deze *website* biedt naast informatie over het (verloop van het) onderzoek de mogelijkheid om vragen te stellen en onderling informatie en ervaringen uit te wisselen. Hierdoor is snelle beantwoording van inhoudelijke vragen door een expertpanel mogelijk en kan intercollegiale toetsing plaatsvinden.

Management

Het ontbreekt aan inzicht in de (kwaliteit van de) geboden zorg en de levering van ad-materialen. Door het aanstellen van een AVD met bijbehorende taken en verantwoordelijkheden krijgt het management inzicht in de decubituszorg, zicht op de levering van ad-materialen én input voor de *decubitusparagraaf in het kwaliteitsjaarverslag* (zie bijlage 10).

Zorgkantoor / zorgverzekeraar

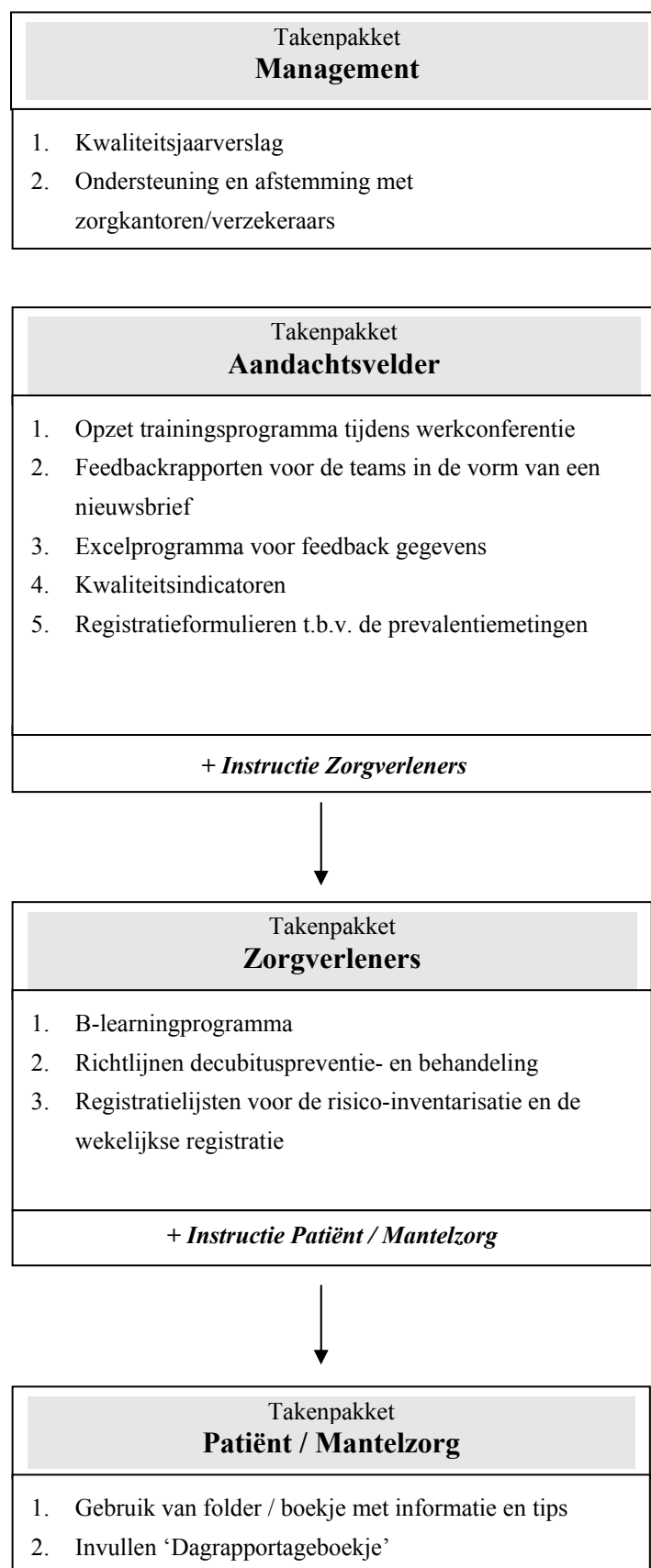
Zorgkantoren / zorgverzekeraars spelen een grote rol bij levering van ad-materialen. Op dit punt lijken veel knelpunten te bestaan die levering van de juiste materialen binnen 24-uur vaak onmogelijk maken. In samenwerking met het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zal door het onderzoeksteam, wanneer nodig, intensief overleg tussen thuiszorginstelling en de lokale zorgverzekeraar en het zorgkantoor worden opgestart teneinde financiële en bureaucratische barrières weg te nemen.

In tabel 3.1 wordt een overzicht van het totale implementatieplan gegeven. De in stap 3 geselecteerde en ontwikkelde strategieën en maatregelen én de bevorderende/belemmerende factoren (determinanten) waarop ze zich richten worden weergegeven.

Tabel 3.1: Implementatieplan

Niveau	Determinant
<i>Patiënt / mantelzorg</i>	
- folder / boekje met informatie en tips	→ aandacht, bewustzijn, kennis
- dagrapportageboekje	→ aandacht, kennis, sociale netwerk
- voorlichting en instructie door zorgverlener	→ kennis, vaardigheden, sociale steun, motivatie
<i>Zorgverleners</i>	
- B-learning inclusief training in communicatie met patiënt/mantelzorger	→ aandacht, bewustzijn, kennis, vaardigheden
- preventie- en behandelprotocol	→ aandacht, bewustzijn, kennis, vaardigheden
- overzicht ad-materialen	→ kennis
- instructie en training over registratiesysteem door AVD	→ kennis, vaardigheden
- registratiesysteem	→ blijvende aandacht
- feedback / ondersteuning o.a. door nieuwsbrief	→ sociale steun, motivatie
- voorlichting en instructie aan patiënt / mantelzorger	
<i>Aandachtsvelder decubitus</i>	
- ondersteuning vanuit UM o.a. door werkconferenties en een website	→ bewustzijn, kennis, sociale invloed, eigen effectiviteit, vaardigheden, motivatie
- ondersteuning vanuit management	→ (sociale) steun en motivatie
- opzetten B-learning inclusief vaardigheidstraining	
- instructie en training aan zorgverleners over registreren	
- verantwoordelijk voor registratiesysteem, gegevensverzameling en verwerking voor berekening kwaliteitsindicatoren	→ inzicht (in kwaliteit van) decubituszorg waardoor sturing mogelijk is
- feedback / ondersteuning zorgverleners o.a. door nieuwsbrief	
<i>Management</i>	
- aanstellen AVD	→ probleemhouder, coördinatie en communicatie
- decubitusparagraaf in kwaliteitsjaarsverslag	→ belang / relevantie decubitus
- overleg met zorgkantoor / zorgverzekeraar over levering ad-materialen	→ levering juiste materialen binnen 24 uur
- ondersteuning AVD	
<i>Zorgkantoor / zorgverzekeraar</i>	
- overleg met management / AVD / UM over levering ad-materialen	→ levering juiste materialen binnen 24 uur

Voor het totale implementatieplan werd een *takenpakket per niveau* opgesteld (zie figuur 3.1).

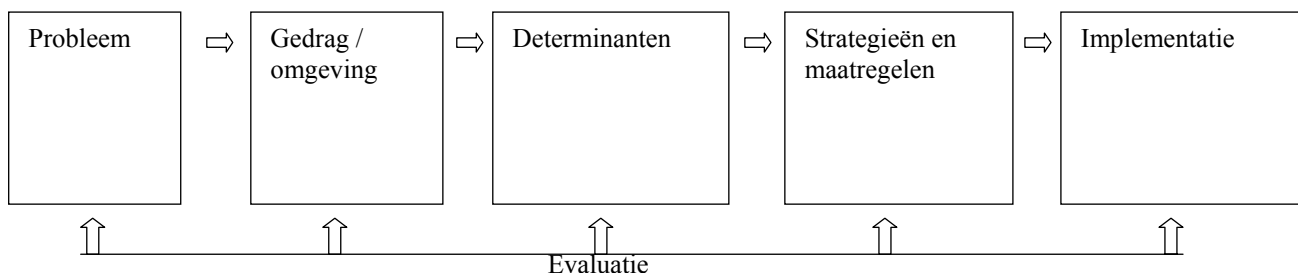


Figuur 3.1: Takenpakket per niveau

4 Plan van aanpak uitvoeringsfase

4.1 Evaluatiemodel

Het project wordt geanalyseerd aan de hand van een plannings- en evaluatiemodel gebaseerd op het PRECEDE / PROCEED model van Green en Kreuter (Green & Kreuter, 1999). Het model bestaat uit een aantal fasen en geeft aan via welke stappen de verwachte uitkomsten van het project bereikt kunnen worden en het model dient derhalve als raamwerk voor de evaluatie van het project (figuur 3.1). De veronderstelling is dat verwachte uitkomsten in een bepaalde fase alleen bereikt kunnen worden als de verwachte uitkomsten in de voorafgaande fase(n) bereikt zijn. In het kort, een vermindering van de prevalentie van decubitus kan bereikt worden door veranderingen in gedrag en omgeving, dat wil zeggen door het nemen van adequate maatregelen door zorgverleners, patiënten en mantelzorgers. Indien nodig moeten hiervoor de juiste ad-materialen binnen 24 uur geleverd worden. Deze veranderingen in gedrag en omgeving kunnen tot stand komen door veranderingen in relevante determinanten van gedrag en omgeving. Deze kunnen tot stand komen door voldoende, effectieve strategieën en maatregelen, die de doelgroep(en) ook daadwerkelijk bereiken (zie tabel 3.1, paragraaf 3.3). Om de doelgroep(en) te bereiken zullen de strategieën en maatregelen op de juiste manier geïmplementeerd moeten worden. Een juiste implementatie tenslotte kan bereikt worden door rekening te houden met zowel implementatie belemmerende als implementatie bevorderende factoren.



Figuur 4.1: Evaluatiemodel

De uit het voorgaande voortkomende evaluatievragen zijn dan de volgende: 1) Is het probleem verminderd? 2) Zijn gedrag en omgeving veranderd, 3) Zijn de determinanten veranderd, 4) Welke strategieën en maatregelen zijn geïmplementeerd? en 5) Zijn de geïmplementeerde strategieën en maatregelen geïmplementeerd zoals gepland?

4.2 Methoden

De evaluatie van het project wordt onderverdeeld in een effect- en procesevaluatie. Het doel van de effectevaluatie was om de effecten op de prevalentie van decubitus (probleem) en effecten op de kennis over de richtlijnen (determinant) van zorgverleners te bestuderen. De procesevaluatie was bedoeld om inzicht te krijgen in de mate waarin de richtlijnen werden uitgevoerd (gedrag) en in de levering van ad-materialen (omgeving) én om inzicht te krijgen in redenen waarom verwachte uitkomsten al dan niet bereikt werden. Het aantal geïmplementeerde strategieën en maatregelen, de mate van implementatie én de waardering ervoor door betrokkenen / doelgroep worden onderzocht. Daarnaast worden implementatie belemmerende en bevorderende factoren onderzocht. De procesevaluatie was tevens bedoeld om tijdens de uitvoeringsfase van het project feedback te kunnen geven aan de AVD en eventuele tussentijdse bijstelling van project(onderdelen) mogelijk te maken. In tabel 4.1 wordt een overzicht van de belangrijkste evaluatiematen en instrumenten voor de

gegevensverzameling gegeven voor elke fase van het model, onderverdeeld naar effect- en procesevaluatie. De gebruikte methoden worden verder uitgewerkt in paragraaf 4.2.1 (effectevaluatie) en paragraaf 4.2.2 (procesevaluatie).

Tabel 4.1: Overzicht van de belangrijkste evaluatiematen en instrumenten

Fase	Evaluatiemaat	Instrument	Bron	Type
Probleem	effect op prevalentie	- prevalentieformulieren, puntprevalentie	- zorgverleners	effect
Gedrag	uitvoeren richtlijnen door zorgverleners	- registratieformulieren, prospectieve registratie	- zorgverleners	proces
Omgeving	levering ad-materialen	- interview met AVD /management	- AVD / management	proces
Determinanten	effect op kennis zorgverleners	- kennisvragenlijst	- zorgverleners	effect
Strategieën en maatregelen	aantal geïmplementeerde strategieën en maatregelen, mate van implementatie en waardering betrokkenen / doelgroep	- tevredenheidvragenlijst - semi-gestructureerde vragenlijst voor AVD - notulen bijeenkomsten en vergaderingen - verslagen telefonische contacten - verslagen bezoeken aan instellingen	- zorgverleners - AVD - LBC / projectgroep / werkconferentie - AVD - AVD / management	proces
Implementatie	implementatie belemmerende en bevorderende factoren	- semi-gestructureerde vragenlijst voor AVD - notulen bijeenkomsten en vergaderingen - verslagen telefonische contacten - verslagen bezoeken aan instellingen	- AVD - LBC / projectgroep / werkconferentie - AVD - AVD / management	proces

4.2.1 Effectevaluatie

Design

Om verschillen in de prevalentie van decubitus en verschillen in kennis van zorgverleners te kunnen vaststellen wordt gebruikt gemaakt van een quasi-experimenteel design met voor- en nameting.

Voor de start van de daadwerkelijke implementatie van het project binnen de thuiszorginstellingen in april 2004 (T0=voormeting) en een jaar later in april 2005 (T1=nameting) is het aantal patiënten met decubitus geregistreerd in zowel interventieteams als controleteams (puntprevalentie).

Eveneens is in mei 2004 (T0=voormeting) en na afronding van het B-learningprogramma in december 2004 (T1=nameting) de kennis van zorgverleners gemeten in zowel interventieteams als controleteams.

Evaluatiematen en meetinstrumenten

De prevalentie van decubitus werd geregistreerd met behulp van een patiëntgebonden formulier (prevalentieformulier) waarop onder andere het al dan niet aanwezig zijn van decubitus aangekruist kon worden. De AVD (en/of andere zorgverleners) hebben in een hiervoor vastgestelde week bij (een steekproef van) de patiënten die op dat moment in zorg waren onderzocht of ze al dan niet decubitus hadden. Het gehanteerde formulier is gevalideerd en wordt gebruikt bij de jaarlijkse Landelijk Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen (Bours et al., 2002; Halfens e.a., 2005).

De kennis van zorgverleners werd gemeten met behulp van een vragenlijst die gebaseerd is op de inhoud van het B-learningprogramma en die afgestemd is op het kwalificatieniveau van de zorgverlener.

Data analyse

Beschrijvende statistiek (frequenties) is gebruikt om de prevalentie van decubitus per instelling te beschrijven. Chi-kwadraat toetsen werden gebruikt om verschillen in prevalentie tussen interventieteams en controleteams op zowel de voormeting als de nameting te bepalen én om verschillen in prevalentie tussen voor- en nameting in zowel interventieteams als controleteams te bepalen. Lineaire regressieanalyse werd gebruikt om verschillen in kennis tussen zorgverleners uit interventieteams en controleteams te bepalen op de nameting waarbij gecontroleerd werd voor de kennisscore op de voormeting. Verschillen werden statistisch significant geacht als $p < 0,05$. Alle analyses werden uitgevoerd met het statistisch softwarepakket SPSS 11.0.

4.2.2 Procesevaluatie

Dataverzameling

Dataverzameling voor de procesevaluatie heeft plaatsgevonden vanaf de start van de daadwerkelijke implementatie van het project binnen de thuiszorginstellingen (mei 2004) tot en met april 2005.

Gegevens over het uitvoeren van de richtlijnen werden verzameld met behulp van registratieformulieren die de zorgverleners bij de patiënt thuis invullen (zie bijlage 9). Gegevens over de levering van ad-materialen kwamen uit persoonlijke interviews met AVD en/of management van de instellingen.

Voor de beantwoording van de overige procesvragen werd de informatie van de verschillende methoden en bronnen (zie tabel 4.1) vergeleken en gecombineerd. De gegevens over het aantal geïmplementeerde strategieën en maatregelen, de mate van implementatie, de waardering ervan door betrokkenen en/of doelgroep en implementatie belemmerende en bevorderende factoren werden ontleend aan

semi-gestructureerde vragenlijst voor de AVD, een tevredenheidvragenlijst voor zorgverleners, notulen van bijeenkomsten en vergaderingen, verslagen van telefonische contacten met de AVD en verslagen van bezoeken aan instellingen.

Data analyse

Beschrijvende statistiek (frequenties) is gebruikt om het uitvoeren van richtlijnen te beschrijven (SPSS 11.0 en Excel 2000). Voor de beantwoording van de overige vragen werden de gegevens van de diverse bronnen en/of methoden per onderwerp bij elkaar gezet en samengevat.

5 Resultaten uitvoeringsfase

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de uitvoeringsfase besproken. Eerst wordt de wervingsprocedure besproken en wordt een overzicht gegeven van welke gegevens bij welke instellingen en teams verzameld zijn. Daarna wordt ingegaan op de resultaten van de effectevaluatie, dat wil zeggen effecten op de prevalentie van decubitus én effecten op de kennis van zorgverleners. In de procesevaluatie wordt achtereenvolgens ingegaan op het uitvoeren van de richtlijnen door zorgverleners, de levering van ad-materialen en worden factoren besproken die de (mate van) implementatie van de diverse strategieën en maatregelen beïnvloeden.

5.1 Werving instellingen, deelnemende instellingen, teams en tijdspad

Voor wat betreft deelname aan het project was het doel om 15 over het land verspreide thuiszorginstellingen te werven, die bereid waren om in enkele zorgteams het implementatieplan uit te voeren. Succesvolle werving betekende op de eerste plaats dat drie sleutelfiguren van de instelling ‘ervoor wilden gaan’: de directeur, het hoofd/manager Verpleging-Verzorging en de kwaliteitscoördinator. Naast het management van de thuiszorginstelling dienden ook de regionaal betrokken zorgverzekeraar en het zorgkantoor én de decubitusconsulent uitdrukkelijk in de werving betrokken te worden. Op de tweede (en wellicht de belangrijkste) plaats moesten de teamleiders/zorgmanagers van minimaal twee thuiszorgteams het enthousiasme van de sleutelfiguren delen, zodat de betrokkenheid van de professionals die de richtlijnen daadwerkelijk moesten toepassen zoveel mogelijk gewaarborgd werd. Voor de werving werd gestart met het maken van een compleet overzicht van alle thuiszorgorganisaties in Nederland. De lijst van de Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) werd als basis genomen. Op deze lijst stonden 106 thuiszorginstellingen die aangesloten zijn bij het LVT en ook dat keurmerk mogen dragen. Door verder te zoeken op het internet en met hulp van het team van het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus (LPOD) is uiteindelijk een lijst met 172 Nederlandse thuiszorgorganisaties ontstaan. Begin december 2003 zijn alle 172 organisaties per post uitgenodigd voor een ‘invitational conference’ op 28 januari 2004. Na een maand (begin januari) is er nog een reminder verstuurd. Uiteindelijk hebben zich 44 thuiszorginstellingen aangemeld, 67 managers of verpleegkundigen van 43 organisaties hebben daadwerkelijk deelgenomen. Tijdens de conferentie is onder andere het implementatieplan gepresenteerd en zijn twee inventarisaties gehouden. Een over knelpunten die thuiszorgorganisaties ervaren omtrent decubituszorg en een over verbeterstrategieën en de haalbaarheid daarvan. Een samenvatting van deze inventarisaties is naderhand opgestuurd naar alle aanwezige instellingen. De thuiszorginstellingen die zich wel hadden aangemeld voor de conferentie, maar niet konden komen, is ook het hele informatiepakket omtrent het onderzoek toegestuurd. Instellingen konden hun belangstelling voor deelname aan het project middels een aanmeldingsformulier schriftelijk kenbaar maken. Uiteindelijk zijn slechts zeven instellingen met 20 teams, 13 interventieteams en 7 controleteams, gestart met het project. Twee instellingen hadden te weinig teams binnen de instelling om controleteams te kunnen aanstellen (E en F) en bij drie instellingen bleek het aanstellen van meerdere controleteams op (organisatorische) weerstand te stuiten (A, C en G). De deelnemende instellingen waren behalve gering in aantal ook heel divers. Ze verschilden onder andere in grootte, organisatiestructuur en personeelssamenstelling. In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van welke gegevens bij welke instelling (teams) verzameld zijn. Tijdens het onderzoek vielen 2 instellingen af (F en G) vanwege organisatorische problemen binnen de organisatie. Van de 5 overgebleven instellingen heeft er een (B) de laatste prevalentiemeting decubitus niet meer uitgevoerd, ook vanwege organisatorische problemen binnen de organisatie.

Tabel 5.1: Overzicht gegevensverzameling per instelling en team(s)

Instelling	Team(s)	T0 ^a - prevalentie	T1 ^a - prevalentie	T0 ^a - kennis	T1 ^a - kennis	Richt- lijnen ^b	Ad- materiaal ^c	Implemen- tatie
A	interventie (1)	√	√	√	√	√	√	√
	controle (1)	√	√	√	√	nvt		nvt
B	interventie (2)	√	-	√	√	√	√	√
	controle (2)	√	-	√	√	nvt		nvt
C	interventie (2)	√	√	√	√	√	√	√
	controle (1)	√	√	√	√	nvt		nvt
D	interventie (2)	√	√	√	√	√	√	√
	controle (2)	√	√	√	√	nvt		nvt
E	interventie (2)	√	√	√	√	√	√	√
F	interventie (2)	√	-	-	-	-	√	√ ^d

G	interventie (2)	-	-	-	-	√ ^c	√	√ ^d
	controle (1)	-	-	-	-	nvt		nvt
a	T0=voormeting, T1=nameting							
b	informatie over het werken volgens de richtlijnen door zorgverleners is alleen verzameld in interventieteams d.m.v. de prospectieve registratie							
c	informatie over de levering van ad-materialen geldt op instellingsniveau d.m.v. interviews met AVD / management							
d	in beperkte mate en alleen gebruikt voor implementatie belemmerende en bevorderende factoren project in het algemeen (zie tabel 4.8)							
e	in deze teams heeft de prospectieve registratie in beperkte mate plaatsgevonden							

Oorspronkelijk zou de totale looptijd van het project 27 maanden bedragen, 9 maanden voorbereidingsfase, 12 maanden uitvoeringsfase en 6 maanden analyse- en rapportagefase. Door een tussentijdse budgetneutrale wijziging in de aanstelling van de onderzoeker is de totale looptijd van het project 30 maanden geworden, 12 maanden voorbereidingsfase, 12 maanden uitvoeringsfase en 6 maanden analyse- en rapportagefase (zie bijlage 11). De moeizame en arbeidsintensieve werving van instellingen heeft geleid tot de verlenging van de voorbereidingsfase van 9 naar 12 maanden. Daarnaast heeft het B-learningprogramma meer tijd en energie gekost dan verwacht. De geplande combinatie van B-learning én prospectieve registratie bleek hierdoor in de praktijk voor de meeste instellingen niet haalbaar. De eerste instellingen zijn met het registreren gestart in het laatste kwartaal van 2004 (zie paragraaf 5.3). Verder zijn, zoals aangegeven in paragraaf 5.1 en tabel 5.1, enkele instellingen tijdens het project afgevallen en/of hebben niet alle instellingen aan alle metingen meegedaan.

5.2. Effectevaluatie

Prevalentie decubitus

In tabel 5.2 wordt een overzicht gegeven van het aantal patiënten met decubitus per instelling, in interventieteams en controleteams op de voormeting (T0). De variatie in de prevalentie bij de voormeting tussen instellingen én tussen interventie- en controleteams, kan onder andere verklaard worden door verschillen in patiëntenpopulatie, dat wil zeggen meer patiënten met een verhoogd risico op decubitus in de teams met hogere prevalentie.

Tabel 5.2: Totaal aantal patiënten en aantal patiënten met decubitus per instelling in interventieteams (I) en controleteams (C) op T0 (april 2004)

Instelling	T0 n-totaal		T0 n-decubitus (%)	
	I	C	I	C
A	47	30	6 (13)	4 (13)
B	50	46	6 (11)	1 (2)
C	51	23	22 (43)	4 (17)
D	72	93	11 (15)	15 (16)
E	35	nvt	13 (37)	nvt
F	6	nvt	3 (50)	nvt

nvt = instelling zonder controleteams

In tabel 5.3 wordt een overzicht gegeven van het aantal patiënten met decubitus per instelling, in interventieteams en controleteams op de nameting (T1).

Tabel 5.3: Totaal aantal patiënten en aantal patiënten met decubitus per instelling in interventieteams (I) en controleteams (C) op T1 (april 2005)

Instelling	T1 n-totaal		T1 n-decubitus (%)	
	I	C	I	C
A	48	28	4 (8)	4 (14)
B	-	-	-	-
C	53	13	9 (17)	2 (15)
D	77	79	4 (5)	8 (10)
E	39	nvt	7 (18)	nvt
F	-	nvt	-	nvt

- = drop-out tussen T0 en T1

nvt = instelling zonder controleteams

In tabel 5.4 worden de verschillen in prevalentie tussen T0 (april 2004) en T1 (april 2005) getoond. In alle teams die aan T0 en T1 hebben meegedaan is de prevalentie gedaald, met uitzondering van het controleteam in instelling A. De grootste relatieve daling werd gevonden binnen de interventieteams van instelling D (67%). De daling binnen de andere interventieteams is echter ook aanzienlijk en er zijn geen wezenlijke verschillen voor wat betreft de uitvoering van (de onderdelen van) het project tussen deze instellingen aantoonbaar.

Tabel 5.4: Relatieve daling of stijging van de prevalentie van decubitus tussen T0 en T1 in interventieteams (I) en controleteams (C)

Instelling	Relatieve daling/stijging tussen T0 en T1 in %	
	I	C
A	-38	+8
B	-	-
C	-60	-12
D	-67	-38
E	-51	nvt
F	-	nvt

- = drop-out tussen T0 en T1

nvt = instelling zonder controleteams

Om te kunnen analyseren of verschillen in prevalentie tussen interventie- en controleteams statistisch significant waren zijn de teams, vanwege de te kleine aantallen per team afzonderlijk, samengevoegd. In tabel 5.5 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van decubitus in interventieteams en controleteams op de T0 en T1. Het betreft hier alleen instellingen die aan zowel T0 als T1 hebben deelgenomen. Voor de interventieteams waren dat instelling A, C, D en E en voor de controleteams instelling A, C en D. Op T0 was de prevalentie in de interventieteams significant hoger dan in de controleteams, 25 % versus 16 % ($p = 0,030$). Op T1 was

er geen verschil meer tussen interventie- en controleteams. Er was een significante daling van de prevalentie binnen de interventieteams tussen T0 en T1, 25 % versus 11 % ($p=0,000$).

Tabel 5.5: Prevalentie van decubitus in interventieteams en controleteams op T0 en T1

	T0		T1	
	interventie n=205	controle n=146	interventie n=217	controle n=120
decubitus	25%*	16%*	11%*	12%

* significant verschil tussen T0 en T1 in interventieteams en tussen T0 interventieteams en T0 controleteams (chi-kwadraat toets)

In tabel 5.6 wordt een overzicht gegeven van de prevalentie van decubitus in interventieteams en controleteams op T0 en T1 bij patiënten met een verhoogd risico op decubitus (Bradenscore ≤ 20). Ook bij patiënten met een verhoogd risico was de prevalentie op T0 in de interventieteams significant hoger dan in de controleteams, 39 % versus 24 % ($p = 0,026$). Op T1 was er nog wel een verschil aanwezig maar dit verschil was niet significant. Er was een significante daling van de prevalentie binnen de interventieteams tussen T0 en T1, 39 % versus 18 % ($p=0,000$).

Tabel 5.6: Prevalentie van decubitus in interventieteams en controleteams op T0 en

T1 bij patiënten met een Bradenscore ≤ 20

	T0		T1	
	interventie n=104	Controle n=83	interventie n=108	controle n=76
decubitus	39%*	24%*	18%*	13%

* significant verschil tussen T0 en T1 in interventieteams en tussen T0 interventieteams en T0 controleteams (chi-kwadraat toets)

Effect op kennis

Het onderzoek naar kennis werd uitgevoerd onder zorgverleners uit 5 instellingen (A t/m E) met tezamen 15 teams (9 interventieteams en 6 controleteams) die zowel voor de start van het B-learningprogramma als na afronding ervan (in de interventieteams) de kennistoets hebben ingevuld ($n=102$, 71 uit interventieteams en 31 uit controleteams). De gemiddelde score op de kennistoets van de zorgverleners was na afronding van het B-learningprogramma significant hoger in de interventieteams dan in de controleteams, namelijk 14,5 versus 9,2 op een 20-puntschaal ($p=0,000$). Meer informatie en een uitgebreid verslag van (de resultaten van) het B-learning programma zijn te vinden in de volledige eindrapportage van dit door ZonMw gesubsidieerde onderdeel van het project (Hulsenboom en Halfens, 2005).

Uitvoeren richtlijnen

De interventieteams van zes instellingen hebben gewerkt met het registratiesysteem (zie tabel 5.1). Vier instellingen zijn ermee gestart in het laatste kwartaal van 2004. Van drie hiervan zijn gegevens t/m april 2005 ontvangen en van de vierde t/m februari 2005. Twee instellingen zijn gestart in januari 2005, van een hiervan zijn gegevens ontvangen t/m maart 2005 en van de andere alléén van januari 2005. In totaal werden 1.059 formulieren ontvangen van 371 patiënten. Achtenvijftig procent van deze patiënten was vrouw, de gemiddelde leeftijd was 73 jaar, 53% had een verhoogd risico op decubitus (Bradenscore ≤ 20) en 24% had op een of meerdere contactmomenten decubitus.

In tabel 5.7 wordt een overzicht gegeven van de genomen preventieve en behandel maatregelen op contactniveau. Er zorg voor dragen dat de patiënt de juiste zit / lig houding aanneemt blijkt de meest voorkomende preventieve maatregel te zijn (72%) gevolgd door uitleg aan patiënt en/of mantelzorg (61%). Het leggen van een kussen onder de onderbenen (33%) en wissellegging (34%) werd en het minst toegepast. Een anti-decubitus zitkussen was op 43% van de contactmomenten in gebruik en een anti-decubitus matras op 49%. Op 80% van de contactmomenten werd tenminste een preventieve maatregel genomen. Op slechts 22% van de contactmomenten werd, in geval van decubitus, zinkolie of zinkzalf gebruikt. Op 72% van de contactmomenten werd echter wel een behandeling gegeven.

Tabel 5.7 Preventieve maatregelen bij een Bradenscore ≤ 20 en/of decubitus en behandel maatregelen bij decubitus op contactniveau

Genomen preventieve maatregel op invuldag (n=712)	Ja (%)
- uitleg aan patiënt en/of mantelzorg	61
- juiste zit/lig houding	72
- wissellegging iedere 2-4 uur	34
- kussen onder onderbenen gelegd	33
- anti-decubitus zitkussen in gebruik	43
- anti-decubitus matras in gebruik	49
- tenminste een van bovenstaande preventieve maatregelen	80
Genomen behandel maatregel op invuldag (n=242)	Ja (%)
- lokale applicatie van zinkolie of zinkzalf	22
- verbandmiddelen toegepast	64
- lokale applicatie van zinkolie of zinkzalf of verbandmiddelen	72

Naast het nemen van maatregelen op contactniveau (per formulier) is er ook gekeken naar preventie op patiëntniveau. Als minimale norm is in het huidige project gesteld dat een patiënt met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus voldoende preventieve zorg ontvangt als op meer dan 50% van het aantal registratieformulieren gedurende de registratieperiode, preventieve maatregelen zijn genomen (bij een patiënt met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus dient wekelijks een formulier ingevuld te worden). Na optelling van de periodes waarin geregistreerd is (laatste kwartaal 2004 en de maanden januari t/m april 2005) blijkt dat 54% procent van de patiënten met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus (n=328; dezelfde patiënt kan in meerdere periodes meetellen) voldoende preventieve maatregelen heeft ontvangen.

Dit is de procesindicator voor de preventiefase van de in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3 genoemde indicatoren. Het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen is dus 54%. De benodigde gegevens voor de berekening van de overige indicatoren (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3) waren voor de AVD tijdens de projectperiode nog moeilijk te achterhalen. Hierop wordt verder ingegaan in het onderdeel: mate van implementatie en implementatie bevorderende en belemmerende factoren.

Levering ad-materialen

Bij het eerste bezoek aan de instellingen gaven drie van de zeven instellingen aan problemen te ondervinden met de levering van ad-materialen. Twee instellingen gaven aan dat niet het materiaal het probleem was, maar de tijdige levering. De derde instelling had problemen met zowel het materiaal als de tijdige levering (reorganisatie uitleencentrum en star beleid zorgkantoor). Alle drie de instellingen gaven aan eerst zelf met deze problematiek aan de slag te gaan en daarna eventueel contact op te nemen met het onderzoeksteam. Bij het tweede bezoek aan de instellingen kwamen geen knelpunten meer naar voren met betrekking tot de levering van ad-materialen. De juiste materialen werden binnen 24 uur aangeleverd. Wel kwam naar voren dat binnen enkele instellingen de Nortonschaal gebruikt wordt bij de bepaling van de inzet van ad-materialen terwijl in zowel het huidige project als in het Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus gebruikt gemaakt wordt van de Bradenschaal. Navraag bracht echter aan het licht dat het gebruik van een bepaalde risicoschaal niet verplicht gesteld wordt door het zorgkantoor of door een andere organisatie/instantie. Deze informatie is doorgegeven aan de betreffende instellingen en op de decubitus website geplaatst.

Mate van implementatie, waardering en implementatie bevorderende en belemmerende factoren

De overige procesvragen (aantal geïmplementeerde strategieën en maatregelen, de mate van implementatie, de waardering ervoor door betrokkenen / doelgroep en implementatie belemmerende en bevorderende factoren) worden aan de hand van het implementatiemodel (zie tabel 3.1) beantwoord. De informatie van de verschillende methoden en bronnen (zie tabel 4.1) wordt vergeleken en gecombineerd. In tabel 5.8 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin de diverse strategieën en maatregelen geïmplementeerd zijn en de waardering van betrokkenen en/of doelgroep ervoor. Het dagrapportageboekje voor patiënt en mantelzorg blijkt, in tegenstelling tot het voorlichtingsboekje, nauwelijks gebruikt te zijn. Het geven van voorlichting en instructie aan patiënt en mantelzorg door zorgverleners lijkt goed te verlopen. Het uit de richtlijnen ontstane preventie- en behandelprotocol is onvoldoende onder de aandacht van zowel AVD als zorgverleners geweest. Aandacht voor de richtlijnen was er wel via B-learning en de prospectieve registratie. Het door de zorgverleners voor het registreren gebruikte formulier is een verkorte weergave van het protocol. Het B-learningprogramma is in alle 5 instellingen in voldoende mate geïmplementeerd, al hebben niet alle zorgverleners uit de interventieteams het programma gevolgd. De instructie over het registratiesysteem aan zorgverleners door de AVD is goed verlopen. De prospectieve registratie – het daadwerkelijk registreren door de zorgverleners – is moeizaam op gang gekomen maar verloopt over het geheel genomen redelijk. Het blijkt voor de AVD moeilijk om aan de noodzakelijke instellingsgegevens voor de berekening van de kwaliteitsindicatoren (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3) te komen, zoals bijvoorbeeld het aantal patiënten ‘nieuw in zorg’ in de registratieperiode (noodzakelijk voor de berekening van de procesindicator van de risico-inventarisatiefase). Het werken met het Excel werkblad, waarmee de indicatoren berekend worden, levert bij een aantal AVD problemen op. Feedback naar de zorgverleners toe door de AVD is mede hierdoor ook nauwelijks gegeven. De steun vanuit het management die de AVD ondervinden wordt maar in 2 van de 5 instellingen als voldoende beoordeeld. De steun vanuit de UM wordt beter beoordeeld. De website heeft echter onvoldoende gefunctioneerd en de beoogde inbreng voor de decubitusparagraaf voor het kwaliteitsjaarslag van de instellingen is niet tot stand gekomen ondanks dat er op verschillende manieren aandacht aan is besteed, onder andere in een persoonlijk gesprek met AVD / management en door het

uitdelen van een ‘voorbeeldverslag’ tijdens de derde werkconferentie. De levering van ad-materialen blijkt goed te verlopen.

Tabel 5.8 Mate van implementatie en waardering strategieën en maatregelen

Strategie / maatregel	implementatie	mate implementatie (implementerende instellingen)	totaal beoordeling implementatie	waardering betrokkenen en/of doelgroep
- folder / boekje	- in 4 van de 5 instellingen	- ruim voldoende	- voldoende	- goed
- dagrapportageboekje	- in 2 van de 5 instellingen	- slecht	- slecht	- matig
- voorlichting en instructie	- ja	- goed	- goed	
- B-learning	- ja	- niet iedereen heeft (totale) programma gevolgd	- voldoende	- goed, tevreden
- preventie- en behandelprotocol	- in 2 van de 5 instellingen	- voldoende	- slecht	
- registratiesysteem ^a	- ja	- redelijk	- redelijk	- voldoende
- instructie en training over registratiesysteem	- ja	- goed	- goed	
- gegevensverzameling voor indicatoren ^b	- in 2 van de 5 instellingen	- goed	- matig	
- Excel werkblad voor berekening indicatoren ^c	- in 2 van de 5 instellingen	- voldoende	- matig	- voldoende
- feedback: nieuwsbrief	- in 1 van de 5 instellingen	- voldoende	- slecht	
- ondersteuning vanuit management	- in 2 van de 5 instellingen	- voldoende	- slecht	
- ondersteuning vanuit UM in het algemeen	- ja	- ruim voldoende	- ruim voldoende	
- informatiemap				- ruim voldoende
- werkconferenties				- ruim voldoende
- bezoeken aan instellingen				- goed
- telefonische contacten				- ruim voldoende
- website	- in 2 van de 5 instellingen	- matig	- slecht	- twijfelachtig
- decubitusparagraaf	- nee			
- levering ad-materialen	- ja	- goed	- goed	

^a prospectieve registratie door zorgverleners

^b gegevensverzameling door AVD

^c verwerking gegevens in Excel door AVD

Alle AVD gaven aan door het project een beter en een ruim voldoende tot goed inzicht in de kwaliteit van de geleverde decubituszorg te hebben gekregen. De kwaliteit van de geleverde zorg werd voldoende tot ruim voldoende beoordeeld.

In tabel 5.9 wordt een overzicht gegeven van daadwerkelijk opgetreden en genoemde factoren die de verspreiding en implementatie van de diverse programmaonderdelen belemmeren en bevorderen.

Tabel 5.9: Belemmerende en bevorderende factoren bij de verspreiding en implementatie van strategieën en maatregelen

Strategie / maatregel	belemmerend	bevorderend
- folder / boekje	- niet uitgedeeld - aandacht patiënt / mantelzorger verslapte	- regelmatig attenderen op folder door zorgverleners
- dagrapportageboekje	- niet uitgedeeld - aandacht verslapte - te hoge belasting voor patiënt / mantelzorger - te uitgebreid	- regelmatig attenderen op boekje door zorgverleners - eenvoudiger boekje
- voorlichting en instructie	- tijdgebrek zorgverleners - (nog) geen routine	- inbouwen in dagelijkse routine
- B-learning	- aanvangsperikelen met cd-rom's - AVD die problemen ervaren met opzetten en uitvoeren vaardigheidstraining - te moeilijk voor niveau 3 en oudere zorgverleners - niet optimale communicatie en randvoorwaarden vanuit UM - gebrek aan ruimten voor onderwijs/ training - tijdgebrek zorgverleners - geen vergoeding tijd zorgverleners - niet optimale motivatie zorgverleners	- B-learning uit 'pilot' fase - zorgverleners tijd vergoeden - zorgverleners (extra) vergoeding geven als ze slagen voor toets
- preventie- en behandelprotocol	- niet bekend bij AVD en zorgverleners - protocolkaart (mag) niet standaard in dossier	- protocolkaart beter onder aandacht AVD brengen door UM - protocolkaart standaard in dossier opnemen
- registratiesysteem	- formulieren zijn te ingewikkeld - formulieren (mogen) niet standaard in dossier - geen feedback naar zorgverleners / teams toe - AVD heeft onvoldoende controle op registratie - (nog) geen routine; men ziet het als extra werk - zorgverleners bang dat patiënten gaan klagen omdat patiënt 'tijd' betaalt - patiënten die niet willen meewerken - wisseling van zorgverleners bij patiënten - te hoge werkdruk zorgverleners - reorganisaties binnen instelling - b-learning heeft teveel tijd gekost en daardoor verminderde motivatie zorgverleners - niet optimale motivatie zorgverleners i.h.a. - als er bij patiënt niets verandert zien zorgverleners het nut van registreren niet in - schoot erbij in door drukte rondom prevalentie meting	- eenvoudiger formulieren - formulieren standaard in dossier opnemen - feedback geven aan zorgverleners / teams - verantwoordelijke per team aanstellen met coördinerende / stimulerende rol - integreren in dagelijkse zorg - tijd geven om 'routine' te krijgen - patiënten nut registreren laten zien middels voorlichting en boekje - scholing alle zorgverleners - zorgverleners nut continue registratie laten zien middels scholing en feedback - eenvoudiger prevalentie meting

Vervolg tabel 5.9

- gegevensverzameling / verwerking voor indicatoren	<ul style="list-style-type: none"> - instructie is te moeilijk - gebrekkige beschikbaarheid instellingsgegevens (nieuw in zorg, uit zorg, per team) - 'nieuw letsel' moeilijk uit te zoeken met huidige formulier - te veel formulieren - meerdere formulieren van dezelfde patiënt - onvolledig ingevulde formulieren - ADV heeft problemen met verzamelen formulieren - ADV heeft problemen met verwerken formulieren - te hoge werkdruk AVD 	<ul style="list-style-type: none"> - eenvoudigere instructie - toegankelijk en compleet centraal intake besta - eenvoudigere formulieren - patiëntnummer op formulier - weken op formulier - verantwoordelijke per team aanstellen met coördinerende / stimulerende rol - duidelijke afspraken maken met zorgverleners over inleveren formulieren - meer aandacht / begeleiding bij verwerken formulieren vanuit UM - AVD die tijd kan vrijmaken
- Excel werkblad en feedback door middel van Nieuwsbrief	<ul style="list-style-type: none"> - onbekendheid AVD met Excel / PC - onvoldoende computerfaciliteiten - tijdgebrek AVD 	<ul style="list-style-type: none"> - meer aandacht / begeleiding bij verwerking in Excel / PC vanuit UM - AVD met enige PC kennis / interesse - voldoende computerfaciliteiten - AVD die tijd kan vrijmaken
- ondersteuning vanuit management	<ul style="list-style-type: none"> - andere prioriteiten bij management - minimale interesse bij management 	<ul style="list-style-type: none"> - zorgverleners / AVD tijd / middelen geven vanuit management - zorgverleners / AVD sociaal ondersteunen vanuit management
- ondersteuning vanuit UM in het algemeen	<ul style="list-style-type: none"> - AVD die meer praktische steun hadden verwacht 	<ul style="list-style-type: none"> - duidelijke afspraken maken en wederzijdse verwachtingen bespreken
- werkconferenties	<ul style="list-style-type: none"> - te weinig praktische steun AVD met name m.b.t. vaardigheidstraining B-learning - onvoldoende intercollegiale toetsing en uitwisseling ervaringen 	<ul style="list-style-type: none"> - duidelijke afspraken maken en wederzijdse verwachtingen bespreken
- website	<ul style="list-style-type: none"> - problemen met inloggen - te weinig informatief - tijdgebrek AVD - onbekendheid AVD met PC - onvoldoende bekend bij AVD - onvoldoende computerfaciliteiten 	<ul style="list-style-type: none"> - professionelere aanpak site - AVD die tijd kan vrijmaken - AVD met enige PC kennis / interesse - gebruik meer stimuleren vanuit UM - voldoende computerfaciliteiten
- decubitusparagraaf	<ul style="list-style-type: none"> - onvoldoende onder aandacht AVD en management gebracht - tijdgebrek en andere prioriteiten AVD en management 	<ul style="list-style-type: none"> - meer aandacht / begeleiding vanuit UM - AVD en management die tijd kunnen vrijmak
- levering ad-materialen	<ul style="list-style-type: none"> - verschillende leveranciers voor verschillende zorgverzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> - een leverancier voor meerdere zorgverzekeraars

De belangrijkste kwaliteitsbevorderende strategieën waren het B-learningprogramma en het registratiesysteem. De daadwerkelijke invoering in de praktijk van het B-learningprogramma bracht enkele 'kinderziektes' aan het licht die tot vertraging hebben geleid. Bij het in gang zetten én volhouden van de prospectieve registratie kwamen ook knelpunten naar voren. Zo bleek onder andere dat de AVD te weinig controle op de registratie hadden en dat de registratieformulieren niet eenvoudig genoeg waren. Mede hierdoor konden de uitkomstindicatoren (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.3) voor zowel de risico-inventarisatiefase als de preventiefase niet betrouwbaar berekend worden. Tijdgebrek van AVD en zorgverleners kwam zowel bij B-learning als bij het registratiesysteem als een belangrijk knelpunt naar voren. Daarnaast ontbrak het AVD en zorgverleners aan voldoende steun vanuit het management en had men vanuit de UM meer praktische steun verwacht met name wat betreft het opzetten van de vaardigheidstraining voor de zorgverleners. Uit de diverse bronnen kwamen tevens een aantal factoren naar voren die - alhoewel ze vaak ook gelden voor projectonderdelen - min of meer 'onderdeeloverstijgend' zijn. Van deze factoren wordt een overzicht gegeven in tabel 5.10. Hoewel een aantal

factoren nauw met elkaar verbonden zijn worden ze vanwege een andere invalshoek apart benoemd.

Tabel 5.10: Overzicht van de belangrijkste implementatie belemmerende- en implementatie bevorderende factoren voor het project in het algemeen

Belemmerend	bevorderend
- onvoldoende tijd en te krappe tijdsplanning voor implementatie programma en hierdoor overbelasting AVD en zorgverleners met als gevolg vermindering motivatie	- meer tijd voor implementatie programma: totale programma 'stap voor stap' afwerken waardoor AVD en zorgverleners niet overbelast raken en gemotiveerd blijven
- onvoldoende steun vanuit management voor AVD en zorgverleners - andere prioriteiten management: 'overleven' - management niet overtuigd van belang project	- managers instellingen er vanaf begin meer bij betrekken, van belang project overtuigen en enthousiasmeren zodat ze daadwerkelijk steun verlenen aan AVD en zorgverleners qua tijd, middelen en enthousiasme
- niet het juiste moment om een verandering in / door te voeren, vanwege problemen die zich in en rond de thuiszorg afspelen	- politieke en beleidsagenda zien te bereiken; het probleem is erkend en er is een oplossing mogelijk
- huidige vergoedingstelsel waarbij de zorgvraag van de patiënt wordt opgedeeld in verschillende niveaus met ieder een eigen tarief - onvoldoende budget instellingen voor scholing en training	- aanpassen vergoedingsstelsel
- organisatieproblemen: o.a. interne reorganisaties, kleine organisaties waarin AVD veel organisatorische taken heeft, personele wijzigingen, bezuinigingen, leegloop patiënten door ontwikkelingen in de thuiszorg, te jong bedrijf, 'hoofd boven water houden en weinig tijd voor andere dingen', directeur die opstapt, verhuizing organisatie tussendoor, tekort aan personeel, fusiegolf en marktwerking in zorg door privatisering	- stabiele organisatie
- onvoldoende intercollegiale toetsing en uitwisseling ervaringen tussen instellingen én binnen instellingen	- instellingen, AVD en zorgverleners meer laten leren van elkaars 'best practices' door intercollegiale toetsing, uitwisseling ervaringen en feedback
- vakantieperiodes	- bij planning activiteiten rekening houden met vakantieperiodes én spreiding eromheen
- geen accreditering	- accreditering
- wegzakken kennis en motivatie	- opfriscursus aanbieden
- personele wijzigingen	- overname taken regelen bij personele wijzigingen
- teams / zorgverleners komen niet regelmatig bij elkaar en hierdoor onvoldoende zicht en controle op wat er speelt	- eerstverantwoordelijke per team aanstellen met coördinerende en stimulerende rol
- onvoldoende duidelijkheid qua afspraken en verwachtingen binnen instellingen én tussen instellingen en UM	- duidelijke afspraken, wederzijdse verwachtingen bespreken en herhalen
- post / e-mail die niet aankomt of niet bij juiste persoon aankomt	- zorgen voor duidelijke berichtgeving met zo min mogelijk papier én zorgen dat informatie bij juiste persoon terechtkomt
- prevalentiemeting tijdrovend en moeilijk: 'je stapt niet zomaar bij patiënt binnen waar je nooit komt'	- eenvoudigere prevalentiemeting
- informatieklaapper ligt ergens in kast	- vaker attenderen op informatieklaapper

In het volgende hoofdstuk wordt een samenvatting van de belangrijkste resultaten gegeven en worden de consequenties ervan besproken.

6.1 Samenvatting belangrijkste resultaten

Het doel van het best practices project was een verbetering van de kwaliteit van de decubituszorg en hierdoor een vermindering van de prevalentie van decubitus. Om dit doel te bereiken werd een mix van strategieën op verschillende niveaus ontwikkeld. De belangrijkste strategieën waren een educatief programma voor zorgverleners (B-learningprogramma) en een registratiesysteem waarmee inzicht in en sturing van de zorg mogelijk werd. Zeven thuiszorginstellingen zijn met 20 teams (13 interventieteams en 7 controleteams) betrokken geweest bij het project. Het project is geëvalueerd aan de hand van een model (Green & Kreuter, 1999) waarin de volgende vragen centraal stonden: 1) Is het probleem (*decubitus*) verminderd? 2) Zijn gedrag (*uitvoeren richtlijnen: toepassen maatregelen*) en omgeving (*levering ad-materialen*) veranderd, 3) Zijn de determinanten (*kennis over decubitus en richtlijnen*) veranderd, 4) Welke strategieën zijn geïmplementeerd? en 5) Zijn de geïmplementeerde strategieën geïmplementeerd zoals gepland? De evaluatie is onderverdeeld in een effectevaluatie (vraag 1 en 3) en een procesevaluatie (vraag 2, 4 en 5).

Uit de effectevaluatie blijkt dat de prevalentie van decubitus, een jaar na de start van het project, in de interventieteams significant gedaald is van 25% naar 11%. De kennis van zorgverleners over decubitus en de richtlijnen was na afronding van het B-learningprogramma significant hoger in de interventieteams dan in de controleteams, respectievelijk 14,5 versus 9,2 op een 20-puntschaal. Uit de procesevaluatie blijkt dat bij 54% van de patiënten met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus voldoende preventieve maatregelen werden genomen (procesindicator risico-inventarisatiefase). Op contactniveau bleek dat zorgdragen voor de juiste zit / lighouding (72%) de meest voorkomende preventieve maatregel was, gevolgd door uitleg aan patiënt en/of mantelzorg (61%). Het leggen van een kussen onder de onderbenen (33%) en wissellegging (34%) bleken het minst voor te komen. De levering van de ad-materialen bleek bij alle instellingen goed te verlopen. De 3 instellingen die aanvankelijk aangaven wel problemen te hebben, voornamelijk met de tijdige levering van ad-materialen, blijken het probleem zelf door overleg met het zorgkantoor te hebben opgelost. Het feit dat de AVD aandacht besteedde aan het probleem leverde hier de gewenste verbetering op. Uit de procesevaluatie blijkt verder dat niet alle strategieën en maatregelen geïmplementeerd zijn of dat ze niet in voldoende mate geïmplementeerd zijn. De belangrijkste strategieën, het B-learningprogramma en de prospectieve registratie zijn wel geïmplementeerd. Het B-learningprogramma is echter niet door alle zorgverleners uit de interventieteams gevolgd en er kwamen enkele 'kinderziektes' aan het licht die de voortgang belemmerden. De AVD gaf aan dat de prospectieve registratie moeizaam op gang is gekomen maar na enige tijd over het geheel genomen redelijk verliep. Er blijkt echter meer tijd nodig te zijn om het te kunnen integreren in de dagelijkse zorg. Daarnaast hadden de AVD moeite met de het verzamelen en verwerken van de gegevens die nodig zijn voor de berekening van de kwaliteitsindicatoren. Hierdoor kon alleen de procesindicator van de risico-inventarisatiefase zinvol berekend worden, namelijk het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen. Wel gaven alle AVD aan door het project een beter inzicht in de kwaliteit van de geleverde decubituszorg te hebben gekregen en beoordeelden ze de kwaliteit voldoende tot ruim voldoende. Als belangrijkste implementatie belemmerende factoren kwamen naar voren: niet het juiste moment om het programma in / door te voeren vanwege allerlei problemen in en rond de thuiszorg waaronder het vergoedingsstelsel, onvoldoende steun vanuit het management van de instelling, het extramurale karakter van de setting en een te krappe tijdsplanning voor de implementatie van het programma.

6.2 Interpretatie resultaten

De veronderstelling was dat verwachte uitkomsten in een bepaalde fase bereikt kunnen worden als de verwachte uitkomsten in voorafgaande fasen bereikt zijn (zie figuur 4.1, paragraaf 4.1). In het kort, de prevalentie decubitus kan verminderen als zorgverleners de richtlijnen (kunnen) uitvoeren. Hiervoor zullen de zorgverleners in ieder geval de benodigde kennis en vaardigheden dienen te hebben en is inzicht in de (kwaliteit) geleverde decubituszorg noodzakelijk. Dit kan bereikt worden door effectieve strategieën en maatregelen.

Ondanks de naar voren gekomen beperkingen bij de implementatie van diverse strategieën én het feit dat, zoals uit de prospectieve registratie blijkt, nog lang niet alle patiënten met een verhoogd risico op decubitus voldoende preventieve maatregelen ontvangen, blijkt de prevalentie van decubitus in de interventieteams aanzienlijk gedaald te zijn. Het uiteindelijke doel van het project was om de prevalentie van decubitus met 30% te verminderen bij tenminste 80% van 15 deelnemende thuiszorginstellingen in een periode van een jaar. Ondanks de intensieve werving is het niet gelukt om meer dan 7 instellingen bij het project te betrekken en er hebben slechts 4 instellingen deelgenomen aan de voormeting én de nameting wat betreft de prevalentie van decubitus. De doelstelling voor wat betreft de vermindering van de prevalentie is in deze instellingen echter wel gehaald. In de interventieteams heeft een daling plaatsgevonden van 56% (van 25% naar 11%) terwijl de daling in de controleteams 25% was (van 16% naar 12%). De Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen (LPZ) laat een dalende trend in de prevalentie van decubitus in de thuiszorg zien van zo'n 15% (van 14% in 2004 naar 12% in 2005) (Halfens et al., 2005). Deze prevalentiecijfers zijn niet generaliseerbaar naar de rest van de thuiszorginstellingen in Nederland aangezien blijkt dat participatie aan de prevalentiemetingen leidt tot een lagere prevalentie (Halfens et al., 2005). Hiermee en door het feit dat de mogelijkheid dat de controleteams toch enigszins in aanraking gekomen zijn met het best practices project niet valt uit te sluiten, kan de daling in de controleteams binnen het huidige onderzoek ook verklaard worden. De extra aandacht voor decubitus door middel van het best practices project in de interventieteams lijkt echter voor een extra daling te hebben gezorgd, ondanks dat de uitvoering niet optimaal was.

6.3 Sterke en zwakke punten project en evaluatie

Project

De opzet van het project was gebaseerd op een model voor effectieve implementatie van veranderingen (Grol & Wensing, 2001) en in de voorbereidingsfase is een uitgebreide knelpuntenanalyse gedaan. Uit deze analyse bleek dat de knelpunten op verschillende niveaus lagen en er is dan ook een meervoudige interventie ontstaan: een mix van strategieën en maatregelen op meerdere niveaus gericht op het oplossen van de bekende knelpunten.

De moeilijke maatschappelijke positie van de thuiszorg die zowel tijdens de wervingsfase van de thuiszorginstellingen als tijdens de uitvoeringsfase van het project naar voren kwam, heeft een daadwerkelijke succesvolle implementatie van diverse strategieën en maatregelen echter belemmerd.

Evaluatie

Oorspronkelijk was het de bedoeling om 15 thuiszorginstellingen te werven met alleen interventieteams. Uiteindelijk bleek 7 instellingen het maximaal haalbare. Om de validiteit van de gegevens zo groot mogelijk te maken is er toen voor gekozen om, voor zover mogelijk, per instelling naast interventieteams ook controleteams in het onderzoek te laten meedraaien. Voor de effectevaluatie ontstond zo een quasi-experimenteel design met voor- en nameting wat betreft de prevalentie van decubitus en de kennis over decubitus en richtlijnen bij zorgverleners. In de eerste plaats kan het geringe aantal deelnemende instellingen geen representatieve afspiegeling zijn van de

thuiszorg in Nederland. Daarnaast waren de deelnemende instellingen zelf ook heel divers en zijn tijdens het onderzoek nog 2 instellingen afgevallen. Vervolgens is de indeling in interventieteams en controleteams door de instellingen (AVD) zelf gedaan en zaten in de interventieteams verhoudingsgewijs meer verpleegkundigen en in de controleteams meer verzorgenden. Dientengevolge was het soort patiënten in de teams zowel tussen instellingen en binnen instellingen tussen interventieteams en controleteams verschillend. Bij de analyses is hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden. Verschillen in prevalentie werden getoetst tussen interventieteams en controleteams op voormeting en nameting én tussen voormeting en nameting in interventieteams en controleteams. Patiënten uit interventieteams en controleteams verschilden niet wat betreft leeftijd en geslacht. Bij het toetsen van verschillen in kennis tussen zorgverleners uit interventieteams en controleteams op de nameting werd gecontroleerd voor de score op de voormeting. Daarnaast was de kennistoets afgestemd op het kwalificatieniveau van de zorgverlener.

Voor de procesevaluatie werd informatie van verschillende methoden en bronnen vergeleken en gecombineerd. Door middel van deze triangulatie kunnen onderzoeksuitkomsten elkaar versterken en aanvullen en wordt het vertrouwen in de uitkomsten vergroot (Nutbeam, 1998).

6.4 Best practices

Het project 'Decubituszorg in de dagelijkse praktijk: door sturen steeds beter' van het CBO, een project met een vergelijkbare opzet als de zogenaamde doorbraakprojecten, richtte zich op de implementatie van de evidence based richtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus in de praktijk bij vijf ziekenhuizen, een revalidatiekliniek en drie verpleeghuizen. Op basis van de richtlijn decubitus werd een registratie- en stuursysteem ontwikkeld waarmee gedurende het project ervaring werd opgedaan en dat werd aangepast op basis van praktijkervaringen. Het doel was om het geschikt en beschikbaar te maken voor een bredere invoering (CBO, 2002; CBO, 2003).

Doorbraakprojecten richten zich namelijk op het verspreiden van bestaande kennis en goede voorbeelden, de zogenaamde 'best practices' (www.cbo.nl/product/doorbraak). Best practices kunnen omschreven worden als (evidence based) protocollen of processen die kunnen leiden tot een verbetering van de patiëntenzorg en waarvan door middel van onderzoek is aangetoond is dat ze werken (Grol et al., 2005). Toepassing ('top-down') in een andere setting kan echter leiden tot aanpassingen die gebaseerd zijn op de ervaringen van degenen uit het veld waar de toepassing plaatsvindt en zo kunnen weer nieuwe best practices ontstaan ('bottom-up').

Het doel van het huidige project was om op basis van de resultaten van het doorbraakproject 'Decubitus' van het CBO, 'best practices' op het gebied van de preventie en behandeling van decubitus in de thuiszorg te ontwikkelen en te evalueren. In de praktijk bleek echter dat diverse omstandigheden in de thuiszorg nogal verschilden met die in intramurale instellingen, vooral met betrekking tot (on)mogelijkheden rondom het registreren, zoals het verzamelen van de benodigde gegevens voor de berekening van de indicatoren door de AVD en de frequentie en regelmaat van registreren. Hierdoor bleek een doorontwikkeling van de best practices strategieën en maatregelen noodzakelijk.

Binnen de thuiszorg zelf werd in 2004-2005 voor de derde keer een benchmark onderzoek gehouden onder de leden van Z-org (de voormalige Landelijke Vereniging voor Thuiszorg). Het is een vergelijkend onderzoek onder klanten, medewerkers en binnen de instellingen zelf waarbij het de bedoeling is te leren van elkaar door het vergelijken van prestaties en het benutten van ervaringen. Een belangrijk element is het identificeren van best practices, zodat anderen ervan kunnen leren. Uit het onderzoek blijkt dat klanten en medewerkers tevreden zijn en dat er steeds doelmatiger gewerkt wordt. De financiële situatie van veel instellingen baart echter zorgen. Iets meer dan de helft van de instellingen leed in 2004 verlies op thuiszorg en

van ongeveer tweederde van de instellingen is de financiële positie op termijn onvoldoende. Hierin speelt onder meer de nieuwe financieringswijze in 2005 (prestatie in plaats van medewerker) een rol (www.thuiszorg.nl/index.php?item=316). De thuiszorg zelf tracht haar prestaties voortdurend te verbeteren door het regelmatig houden van een benchmarkonderzoek. Of de financiële situatie hiervoor toereikend is of zal blijven, is nog maar de vraag.

Vanuit het huidige project komen zeker ook positieve en enthousiaste voorbeelden naar voren. Een eerste voorbeeld is het uitdragen van best practices. Een AVD heeft in het kader van haar opleiding bij het ROC een presentatie gehouden over het best practices project en is mede hierdoor uitgeroepen tot 'uitblinker' van het ROC. Hier is een persbericht over verschenen en een geïnteresseerde journalist heeft op zijn beurt contact opgenomen met de onderzoeker van de UM. In bijlage 12 is het hieruit voortgekomen (nog) niet gepubliceerde bericht te lezen. Een tweede voorbeeld gaat over het binnen de eigen instelling op eigen kracht aanpassen en doorontwikkelen van best practices. Een AVD van een instelling gaf zeer recent aan dat ze het registratiesysteem zelf deels aangepast hebben en dat ze de procesindicatoren uit de risico-inventarisatie- en preventiefase berekenen, dat wil zeggen het percentage patiënten waarbij een structurele risico-inventarisatie wordt uitgevoerd en het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus waarbij adequate preventieve maatregelen worden genomen (meer informatie is eventueel te verkrijgen bij ZON Omnizorg Merkelbeek, contactpersoon Elly Snoeks, telefoon: 06-51835783).

6.5 Conclusies

Praktische uitvoerbaarheid

Uit zowel de werving van instellingen, als uit het afhaken van instellingen tijdens het onderzoek als uit de procesevaluatie blijkt dat er in de thuiszorg nogal wat factoren spelen die een optimale implementatie van de best practices strategieën en maatregelen belemmeren. Op alle niveaus blijkt een (te) hoge werkdruk te bestaan en spelen vaak andere prioriteiten. Het probleem lijkt vooral te zitten in de organisatie van de zorg waarin de financiële situatie van de thuiszorg een grote rol speelt. Navraag bij de instellingen over een inschatting van de benodigde tijd die het registreren per patiënt kost en de tijd die het de AVD kost om de gegevens te verzamelen en verwerken, leverde slechts een respons op. De AVD gaf aan dat het verwerken van de gegevens 2 á 3 uur per maand vergde. Het registreren zelf kost, ons inziens, enkele minuten per patiënt. Op deze vragen valt echter pas een duidelijk antwoord te geven als het registratiesysteem daadwerkelijk geïntegreerd is in de dagelijkse zorg. Uit de procesevaluatie blijkt echter ook dat tijdgebrek voor het verder implementeren en integreren van het registratiesysteem in de dagelijkse zorg ontstaan is door knelpunten die met onderdelen van het best practices project zelf te maken hadden. De conclusie is dan ook dat het geheel of gedeeltelijk oplossen van bovenstaande de praktische uitvoerbaarheid van het project zeker ten goede zal komen. Hierop zal verder worden ingegaan in paragraaf 6.6.

Effectiviteit

Ondanks dat de implementatie van diverse onderdelen van het best practices project niet optimaal was, blijkt de prevalentie van decubitus aanzienlijk gedaald te zijn en de kennis over decubitus en de richtlijnen bij zorgverleners te zijn toegenomen. Hoewel het registratiesysteem en het toepassen van de richtlijn decubitus nog niet voldoende geïntegreerd zijn in de dagelijkse zorg, lijkt de toegenomen aandacht tezamen met de toegenomen kennis van zorgverleners hiervoor verantwoordelijk. Het registreren op zichzelf betekent aandacht voor de decubituszorg. Het leidt tot een verhoogde alertheid op decubitus, een beter inzicht in de feitelijke decubituszorg, en een actief

streven naar verbetering op indicatoren. Er kan dan ook geconcludeerd worden dat het best practices project de kwaliteit van de decubituszorg verbetert.

6.6 Aanbevelingen

Praktijk thuiszorg

De eerste daadwerkelijke invoering in de praktijk van het B-learningprogramma bracht een aantal ‘kinderziektes’ aan het licht. Op basis van de bevindingen binnen het huidige project is het B-learningprogramma inmiddels aangepast en verbeterd en overgedragen aan het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV). Het LEVV biedt instellingen het theoretisch deel via internet aan. Voor 1250 euro (inclusief BTW) kan een instelling een jaar lang gebruik maken van de module, waarbij 100 cursisten deze gelijktijdig kunnen volgen. Daarnaast biedt het LEVV het vaardigheidsdeel samen met het opleidingsinstituut Rescue Nederland aan. Meer informatie hierover is te vinden op de decubitus website van het LEVV (www.decubitus-nederland.nl).

Binnen het huidige project bleek de beschikbaarheid van instellingsgegevens voor de berekening van kwaliteitsindicatoren een probleem. Een toegankelijk geautomatiseerd patiëntenbestand, waarin gegevens op instellings- én op teamniveau te achterhalen zijn, is een voorwaarde voor eenvoudige verwerking van de registratiegegevens tot indicatoren voor kwaliteit van handelen.

In de thuiszorg is het vooral belangrijk dat bij alle patiënten die nieuw in zorg komen een gestandaardiseerd registratieformulier wordt ingevuld. Vervolgens is het van belang dat patiënten met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus voldoende preventieve zorg ontvangen én dat dit inzichtelijk gemaakt kan worden middels het regelmatig invullen van een registratieformulier. Zo ontstaan twee kwaliteitsindicatoren: het percentage patiënten waarbij een risico-inventarisatie is gedaan en het percentage patiënten met een verhoogd risico op decubitus en/of decubitus die voldoende preventieve zorg ontvangen.

Door het daarnaast met enige regelmaat houden van een prevalentie meting ontstaat naast inzicht in de prevalentie van decubitus, inzicht in (de kwaliteit van) de geleverde zorg.

Het aanstellen van een AVD die een en ander coördineert en verantwoordelijk is voor het verzamelen en verwerken van de informatie én het terugkoppelen van de informatie naar zorgverleners en management, is een noodzakelijke voorwaarde om de diverse onderdelen van de best practices strategie te kunnen implementeren. Tenslotte is steun vanuit het management onontbeerlijk voor een succesvolle implementatie en structurele inbedding van de best practices strategie.

Verder onderzoek

Het lijkt zinvol om de kosten en effecten van een aan de thuiszorg aangepaste best practices strategie te vergelijken met de kosten en effecten van de LPZ (Halfens et al., 2005). De resultaten van het huidige onderzoek wijzen erop dat een combinatie van leren, registreren én meten een groter effect op de prevalentie van decubitus heeft dan een prevalentie meting alleen. Vanwege de eerder genoemde noodzakelijke doorontwikkeling van strategieën en maatregelen (zie paragraaf 6.4) en de hieruit voortgekomen en voorgestelde aanpassingen van het best practices project voor de thuiszorg is verder onderzoek echter wenselijk.

Literatuurlijst

- Bours GJJW, Halfens RJG, Huijter Abu-Saad H, Grol RPTM. Prevalence, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers: Descriptive Study in 89 Institutions in The Netherlands. *Research in Nursing & Health* 2002;25:99-110.
- Bours GJJW, Halfens RJG, Wansink SW. Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus: Resultaten zesde jaarlijkse meting 2003. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2003.
- Chel VGM, Germs PH, Van der Wal J, Romeijnders ACM, Kolnaar BGM. NHG-standaard Decubitus. Nederlands Huisartsen Genootschap, 1999.
- Defloor T, van den Bossche K, Derre B, Feyaerts S, Grijsdonck M. Belgische richtlijnen voor decubituspreventie. Brussel: Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2001.
- Gezondheidsraad. Decubitus. Den Haag: Gezondheidsraad, 1999.
- Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View CA: Mayfield, 1999.
- Grol R, Wensing M. Implementatie: Effectieve verandering in patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. London: Elsevier, 2005.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Wansink SW. Landelijke Prevalentiemeting Decubitus en andere zorgproblemen 2004. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Halfens RJG, Janssen MAP, Meijers JMM, Mistiaen P. Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, Sectie Zorgwetenschappen, afdeling Verplegingswetenschap, Nivel.
- Hulsenboom MA, Halfens RJG. Eindverslag: een doelmatige preventie en behandeling van decubitus in de thuissituatie door een adequaat gebruik van anti-decubitusmaterialen. Maastricht: Universiteit Maastricht, Cluster Zorgwetenschappen, sectie Verplegingswetenschap, juni 2005.
- KITZ. Wijkverpleegkundig standaard Decubitus. KITZ, 2000.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Decubitus. CBO, 2002.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Model Stuursysteem Decubituszorg. CBO, 2003.
- Link A. Anti-decubitusmaterialen onder druk. DZM00071a. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, augustus 2002.
- Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Tripartiete multidisciplinaire richtlijn: Samenwerking en logistiek rond decubitus. Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2003.
- Nutbeam D. Evaluating health promotion – progress, problem and solutions. *Health Promotion International* 1998;13:27-44.
- Severens JL, Habraken JM, Duivenvoorden S, Frederiks CMA. The Cost of Illness of Pressure Ulcers in The Netherlands. *Advances in Skin & Wound Care* 2002;15(2):72-78.
-

Bijlage 1: Decubitusprotocol voor de thuiszorg

In dit protocol zijn de richtlijnen voor preventie en behandeling van decubitus op een overzichtelijke wijze weergegeven. Dit protocol is tot stand gekomen na literatuurstudie van bestaande richtlijnen decubitus (zie bronvermelding). Vervolgens is gepoogd deze richtlijnen specifiek voor de thuiszorg te maken. Dit protocol kan als achtergrondinformatie dienen bij de meer praktische protocolkaart.

Allereerst wordt ingegaan op de preventie van decubitus om vervolgens in te gaan op de behandeling.

Preventieprotocol decubitus in de thuiszorg

Preventie

Risico-inventarisatie

Voor patiënten behorend tot de risicopopulatie dient een evaluatie van decubitus-risico plaats te vinden. Tot de risicopopulatie behoren oudere immobiele mensen, patiënten met ernstige acute ziekten, mensen met neurologische aandoeningen en mensen met een verstoorde doorbloeding van huid en onderhuid. Naast de dagelijkse klinische blik wordt wekelijks gebruik gemaakt van een risicoscorelijst. Graad 1 (niet-wegdrukbaar roodheid) dient hierbij betrokken te worden. Bij gebleken risico moet een preventieplan opgesteld worden, dat deel uitmaakt van het zorgplan.

Preventieve maatregelen

Voorlichting

Informeer de patiënt en de mantelzorger over preventiemaatregelen van decubitus, door gebruik van een gestructureerde informatiefolder enerzijds en mondelinge voorlichting anderzijds. Informeer de patiënt over de verschijnselen van decubitus, de risicofactoren, de kwetsbare plaatsen, de te nemen maatregelen en ga na hoe de informatie is overgekomen en of de patiënt/mantelzorger deze kan toepassen.

Huidverzorging

Bij risicopatiënten moet dagelijks op verdachte plekken worden geïnspecteerd en gepalpeerd. Voorkom maceratie van de huid onder andere t.g.v. incontinentie. Bij langdurige diarree kan de huid van de stuit en bilspleet worden beschermd, wel moet de huid dagelijks kunnen worden geïnspecteerd.

Huidverzorging bij patiënten met een droge huid is belangrijk. Huidlotion, folie of indifferente zalf oppervlakkig smerend of kloppend aanbrengen en niet wrijvend. Geef dagelijks schoon ondergoed en kleding. Gebruik maximaal 1 keer per dag zeep of maak gebruik van zeepvrije producten.

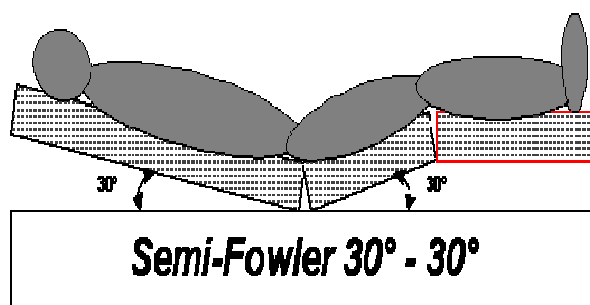
Houding in bed

- Pas wisselgigging eens per vier uur toe (in combinatie met een goede anti-decubitusmatras). Bij een gewone matras eens per 2 uur aanhouden.
 - *Liggende houding:* gebruik 30 graden semi-Fowler houding (zie figuur 1).
-

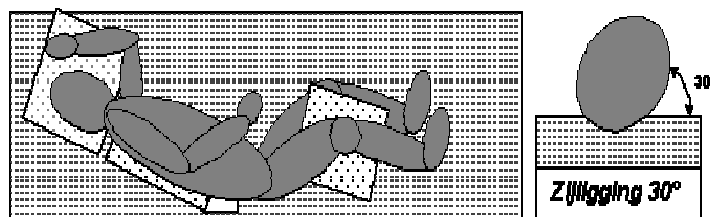
- *Zijligging*: 30 graden houding met controle op vrij liggen van de stuit. Ondersteuning rug met een kussen, de benen worden in heup en knieën licht gebogen. Het boven liggende been wordt achter het onderliggende been gelegd, met een kussen ertussen (zie figuur 2).
- Rechtop zitten in bed proberen te vermijden, of gebruik maken van voetenplank of roggebrood.
- Toepassen van een wisselliggingschema; zijligging links, semi-Fowler, zijligging rechts, semi-Fowler enz. Probeer indien mogelijk ook buikligging.
- Til de patiënt in plaats van te schuiven.
- Kussens onder de onderbenen gebruiken bij bedlegerige patiënten in de rugligging en hielen vrijleggen ter voorkoming van *hieldecubitus*. Of gebruik een hielelevator/ kuitmanchet.
- Laat patiënt gebruik maken van een optrekbeugel.
- Gebruik een dekenboog alleen in het geval dat de dekens geen extra (boven)druk moeten geven. Zorg daarbij voor een voldoende (extra) verwarmde ruimte.

Figuur 1: rugligging 30 graden semi Fowlerhouding

Bron figuren: Belgische richtlijnen voor decubitus

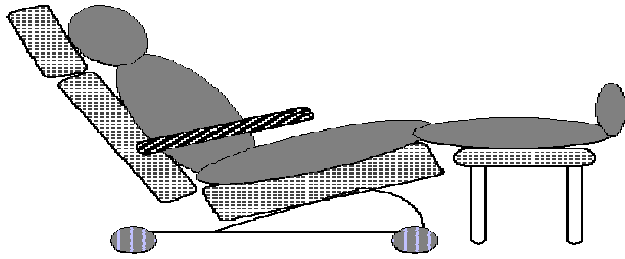


Figuur 2: zijligging 30 graden

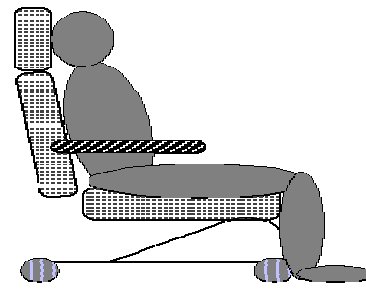


Houding in (rol)stoel

- Patiënt enigszins achterover (halfzittende houding, 60 graden) positioneren met benen steunend op een bankje, de hielen vrij (zie figuur 3).
- Als de rugleuning niet achterover kan worden gekanteld, kan de patiënt het best rechtop zitten met de voeten steunend op de grond; de hoogte van het zitvlak t.o.v. de grond is daarbij heel belangrijk (zie figuur 4).
- Instelbare stoel; men let op zithoogte en zitdiepte. Te hoge stoel; de voeten hangen en hebben geen steunfunctie. Te lage stoel; de bovenbenen dragen niet bij aan de drukreductie en er wordt juist meer druk uitgeoefend op de stuit en heupen. Het gebruik van een voetenbankje wordt aanbevolen.
- Oplichten van zitvlak (liften) eens per 2 uur.
- Gebruik drukverlagende kussens.
- Zorg voor goede ondersteuning van armen en benen.
- Zorg dat de patiënt regelmatig voorover zit, om bedreigde plaatsen te ontlasten.



Figuur 3: halfzittende houding en hielen vrij



Figuur 4: Rechttopzittende houding met voeten op grond

Aandacht voor de onderlaag

- Lakens niet te strak aanspannen, en geen ruwe en/of harde lakens gebruiken.
- Er dient gelet te worden op rimpel- en plooivorming.
- Bij gebruik hoeslakens mag geen hangmateffect optreden.
- Als bij gebruik van dynamische antidecubitusvoorzieningen lakens verfrommeld raken tussen de luchtkussens de patiënt vragen te draaien en de lakens weer rechtekken.

Voeding

- Beoordeling voedingstoestand patiënt (afnemen voedingsanamnese) en bij afwijkingen voedingsmaatregelen nemen, het voedingsadvies moet individueel zijn.
- Correctie van ondervoeding d.m.v. een op de patiënt afgestemd dieet met voldoende energie en eiwit.
- Meet 1 keer per maand het gewicht en rapporteer gewichtsverlies. Zorg voor voldoende inname van calorieën en eiwitten en zorg voor voldoende vochtinname.
- Consulteer zonodig een diëtist.
- Extra voeding in de vorm van drink- of sondevoeding alleen geven als normale voeding niet mogelijk is. De nadelen van deze voeding (intolerantie en complicaties) afwegen tegen de voordelen.

Incontinentie

- Inventariseer incontinentieproblemen.
- Bespreek de mogelijkheid van incontinentiemateriaal met de patiënt.
- Maak een schema voor het verwisselen van incontinentiemateriaal.
- Gebruik zinkolie FNA of zinkoxide 20% in Unguentum Leniens FNA, een zogenaamde barrièrespray indien nodig. Er kan ook een folieverband of een dun hydrocolloideverband worden aangebracht; de folie eerst dubbelvouwen met de klevende zijde naar de buitenkant, een driehoek uitknippen op de plaats van de anus.

Patiëntvoorkeuren

- Niet schuiven maar tillen.
- (wanneer er behoefte aan is:) Inspraak in de wijze waarop vastzittend verband losgemaakt wordt.
- Licht patiënten in over de te nemen acties, want dit vermindert de angst en versterkt het onderling vertrouwen.
- Luister goed naar de patiënt.

Niet zinvol bij preventie decubitus

- Hielen en/of ellebogen inpakken met vette watten en zwachtels.
- Gebruik van hielringen en met water gevulde operatiehandschoenen.
- Föhnen en ijzen.
- Massage van huiddelen is niet effectief bij de preventie.
- Gebruik van opblaasbare ringen (windring) of weglaten van delen van een matras.
- Gebruik van een schapenvacht.
- Een catheter bij incontinentie; catheters kunnen decubitus veroorzaken indien de patiënt op de catheter ligt. Aangeraden wordt de catheter over een been van de patiënt te laten lopen.
- Het gebruik van de fysiotechnische applicaties: ultrageluid, ultraviolet lichtbestraling en low-level-laserbehandeling.

Gradenindeling

Graad 1

Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid (verkleuring van de huid, warmte, oedeem en /of verharding (induratie)).

Graad 2

Een oppervlakkig huiddefect (blaar of oppervlakkige ontvelling) van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis).

Graad 3

Een huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis) de schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4

Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsel, (epidermis) en lederhuid (dermis).

Behandelprotocol decubitus in de thuiszorg

Diagnostiek

De verpleegkundige diagnose (dreigende) decubitus kan worden gesteld wanneer zich bij de patiënt op een voorkeursplaats voor decubitus (hielen, enkels, knieën, stuit, heup, bilnaad, ellebogen, schouderbladen en oren) een niet-wegdrukbaar roodheid, een blaar of open wond bevindt, veroorzaakt door druk- en of schuifkrachten.

Anamnese

Vragen naar:

- lokalisatie, wijze van ontstaan, duur en beloop,
- belevingsaspecten zoals pijn, afhankelijkheid en sociaal isolement,
- toestand van de (andere)voorkeurslokalisaties van decubitus,
- mobiliteit van de patiënt,
- incontinentie voor urine of faeces,
- eventueel al toegepaste preventieve en therapeutische maatregelen,
- ter differentiatie van andere oorzaken van een ulcus aan onderbeen of voet,
- aandoeningen ten gevolge van arteriële of veneuze insufficiëntie, diabetes mellitus,
- ter uitsluiting van complicaties; mate van ziek zijn, koorts, koude rillingen,
- aanwezige kennis omtrent decubitus,
- motivatie van de patiënt,
- behoeften van de patiënt.

Lichamelijk onderzoek

Inspectie van de met decubitus bedreigde of reeds aangedane plaatsen:

- bij roodheid; wegdrukbaarheid,
- bij roodheid, bullae (blaren), of excoriaties: aanwezigheid van een palpabele subcutane zwelling,
- bij een ulcus; omvang, diepte, kleur, droog of exsudatief; pus, geur, omringende huid rood en pijnlijk; wondrand wit verweekt,
- bij necrose: mate waarin necrose loslaat van de wondrand; bij een zwarte korst: palpatie om te onderzoeken of zich onder de korst een weke massa bevindt.

Algemene conditie van de huid. Controle op aanwezigheid van koorts en/of koude rillingen. Een indruk vormen van de oorzaak van de op de decubituswond inwerkende druk of schuifkrachten, van de mate van (im)mobiliteit en (in)activiteit, van de wijze van zitten en liggen en van de kwaliteit van hulpmiddelen en maatregelen die eventueel al in gebruik zijn respectievelijk genomen zijn ter preventie van decubitus.

Aanvullend onderzoek

Bij ongewenst gewichtsverlies en/of verminderde voedselinname wordt een voedingsanamnese afgenomen.

Behandeling

Klinisch handelen (zie ook preventie)

- Frequente wisselligging en vrijleggen van de laesie.
- Goede informatie en instructie aan de patiënt en zijn omgeving.
- Beoordeling van de voedingstoestand.
- Beoordeling en behandeling van pijn.
- Beoordeling van de psychosociale situatie; inventariseer de aanwezige en benodigde hulpbronnen (vb. mate van ervaring en training van hulpverleners en mantelzorgers, thuissituatie, aanwezigheid materialen, voorkeuren patiënt).
- Opstellen van een behandelplan; een geschreven werkplan met daarin opgenomen het onderzoek van de huid van de patiënt en een wisselliggingschema. Herbeoordeel dit werkplan zodra veranderingen in de algemene toestand van de patiënt of van de huid daartoe aanleiding geven.

De decubitus moet tenminste een keer per week (bij snelle veranderingen vaker) beschreven worden naar ernstgraad, omvang, diepte, kleur, aanwezigheid van exsudaat, pijnlijkheid en genezingstendens.

Beoordeel de gehele patiënt

De algehele situatie, de prognose, de mogelijkheden en voorkeuren van de patiënt, de complicaties.

Beoordeel de wond

- De locatie op het lichaam.
 - Gradering.
 - Grootte en diepte.
 - Toestand van het wondbed.
 - Mate van exsudaat.
 - Toestand van de omringende huid.
 - Bijkomende dermatologische aandoeningen en complicaties.
- Maak in geval van ulcera onderscheid naar kleur; rood, geel, zwart.

Maak een probleeminventarisatie en leg dit vast in het zorgplan

Stel een zorgdoel vast en leg dit vast in het zorgplan

Vraag jezelf af wat je wilt bereiken. Ofwel de wond dicht krijgen ofwel de kwaliteit van leven verbeteren (vb. terminaal patiënt). Stel een reëel doel.

Formuleer zo nodig maatregelen voor:

druk-/schuif- en wrijfkrachten, wondbehandeling, complicaties, algemene aspecten, specifieke aspecten (vb. pijn, geuroverlast).

Wondbehandeling

Wondbehandeling is gericht op de volgende drie (wetenschappelijk bewezen) pijlers:

- zorg voor een vochtig wondmilieu,
- verwijder necrose,
- bestrijdt ernstige infectie.

Wondtoilet en debridement:

- verwijdering van necrotisch weefsel en pus uit de wond bevordert wondgenezing en verkleint de kans op infectie.
- het reinigen van de wond gebeurt met zo weinig als mogelijk chemisch en mechanisch trauma. Wonden kunnen worden schoongemaakt met leidingwater of met een fysiologische zoutoplossing. De voordelen van een schone wond moeten daarbij worden afgewogen tegen de mogelijke schade die aan het wondbed kan worden toegebracht.
- het chirurgisch wondtoilet dat wordt toegepast bij patiënten met een acute complicatie van de decubitus, omvat het gebruik van scalpel, schaar of ander scherp instrumentarium om dood weefsel te verwijderen. Deze vorm van wondtoilet dient uitsluitend door de huisarts te worden toegepast.
- enzymatische preparaten (crèmes en pasta's) dienen niet gebruikt te worden bij de behandeling van decubitus. Voor het verminderen van de hoeveelheid micro-organismen in de wond kan geen gebruik gemaakt worden van topische antiseptica als povidon jodium, waterstofperoxide of azijnzuur. Daarentegen kan (ook bij sterk ruikende wonden) gebruik worden gemaakt van chloorhexidine, natrium-hypochloriet-oplossing in paraffine of - bij voorkeur- van een 0,25% oplossing van natriumhypochloriet als smeersel FNA.

Het beste kan gekozen worden voor *verbandmiddelen* die:

- 1) de huid rondom de laesie droog houden en tegelijkertijd de wond vochtig laten.
 - 2) snel te verwisselen zijn en met een lage frequentie.
- Het gebruik van verbandmiddelen die uitharden vermijden aangezien zij juist decubitus kunnen veroorzaken.
 - Naast de bescherming van laesies tegen infecties vanuit exogene bronnen, door hygiënische maatregelen, het systematisch toedienen van antibiotica alleen toepassen bij patiënten die naast de decubitus ook symptomen hebben passend bij sepsis, progrediente cellulitis of osteomyelitis.

Zie het algemene wondbehandeling protocol voor behandeling per graad en per kleur (rood/geel/zwart model, rood is granulatie van het wondbed, geel is fibrineus beslag en zwart is necrose).

Graad 1 en 2 worden zelfstandig behandeld; graad 3 en 4 worden behandeld in opdracht van deskundige.

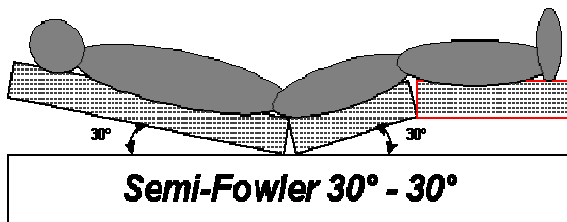
Bronvermelding:

- CBO (2002). Richtlijn decubitus tweede herziening, Utrecht.
 - Defloor, T (2001). Belgische richtlijnen voor decubituspreventie, Brussel.
 - EPUAP (1998). Pressure ulcer prevention guidelines and pressure ulcer treatment guidelines
 - Gezondheidsraad (1999). Decubitus, Den Haag.
 - NHG (2001). NHG-Standaard Decubitus.
 - NVVA (2003). Tripartiete multidisciplinaire richtlijn; Samenwerking en logistiek rond decubitus, Utrecht.
-

Bijlage 2: Decubitusprotocolkaart

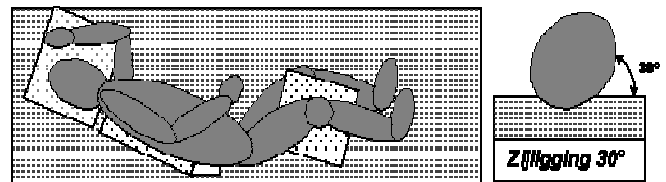
Preventie

- Evaluatie decubitusrisico door dagelijkse klinische blik en wekelijkse invulling risicoscorelijst
- Informeer de patiënt en mantelzorger over de verschijnselen van decubitus, de risicofactoren, de kwetsbare plaatsen en de te nemen maatregelen
- Dagelijkse inspectie van de huid, niet wrijven, droge huid oppervlakkig insmeren of inkloppen (niet inwrijven) met huidlotion, olie of indifferente zalf
- Met ad-matras een keer per vier uur wisselgeving geven, zonder ad-matras een keer per twee uur wisselgeving geven
- In liggende houding 30 graden semi fowler houding (figuur 1), in zijligging 30 graden houding met vrijligging van de stuit (figuur 2)



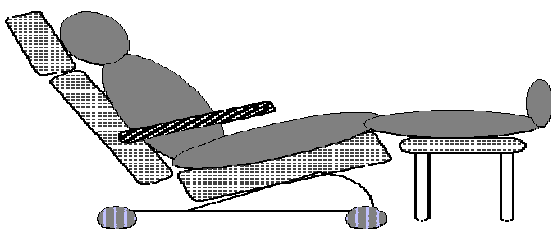
Figuur 1: rugligging 30 graden semi Fowlerhouding

Bron figuren: Belgische richtlijnen voor decubitus

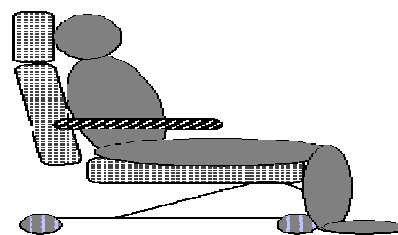


Figuur 2: zijligging 30 graden

- Verpleeg patiënten die geen of onvoldoende wisselgeving kunnen krijgen op een alternerend systeem of op een druksprekend systeem
- Maak bij de preventie van decubitus gebruik van speciaal voor dit doel gefabriceerde kussens, matrassen en bedden.
- Kussens onder onderbenen en hielen vrijleggen tegen hieldecubitus
- In zithouding: halfzittende houding 60 graden achterover, met benen steunend op een bankje, de hielen vrij (figuur 3); of patient rechtop met voeten steunend op de grond (figuur 4).



Figuur 3: halfzittende houding en hielen vrij



Figuur 4: Rechtopzittende houding met voeten op

grond

Behandeling

- Beoordeel de gehele patiënt
- Stel een zorgdoel vast
- Formuleer zo nodig maatregelen voor:
 - druk-/schuif- en wrijfkrachten
 - wondbehandeling
 - Complicaties;
 - algemene aspecten: voeding, psychosociale aspecten, palliatie
 - Specifieke aspecten: pijn, geuroverlast.
- Graad 1 en 2 worden zelfstandig behandeld; graad 3 en 4 in opdracht van deskundige
- Wondbehandeling is gericht op de volgende drie pijlers;
 - zorg voor een vochtig wondmilieu
 - verwijder necrose
 - bestrijdt ernstige infectie
- Zie voor de behandeling van de decubituswond het algemene wondbehandelingsprotocol
- Evalueer

Gradenindeling

Graad 1

Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid (verkleuring van de huid, warmte, oedeem en /of verharding (induratie)).

Graad 2

Een oppervlakkig huiddefect (blaar of oppervlakkige ontvelling) van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis).

Graad 3

Een huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis) de schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4

Uitgebreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsel, (epidermis) en lederhuid (dermis).

Bijlage 3: Anti-decubitusmaterialen in de thuiszorg

In dit stuk is getracht een (niet uitputtend) overzicht te creëren van de verschillende anti-decubitusmaterialen die in Nederland verkrijgbaar zijn, om vervolgens te bekijken welke materialen voor de thuiszorg geschikt en hanteerbaar zijn. Dit overzicht is opgesteld aan de hand van informatie documenten aangevraagd bij verschillende fabrikanten. Met behulp van dit overzicht zou dan vervolgens in overleg met thuiszorginstellingen tot een adequate set van AD-materialen voor de thuiszorg gekomen kunnen worden.

De AD-materialen worden onderscheiden in statische materialen en dynamische materialen. Vervolgens worden de materialen verdeeld naar zitondersteuning en ligondersteuning. De druk in zittende houding blijkt hoger te liggen dan in liggende houding (Defloor, 1997; 37,9 mmHg tegen 30,3 mmHg).

Tijdens het lezen van dit overzicht zal het opmerkelijk zijn dat een aantal materialen missen. Aan het einde van dit overzicht worden een aantal materialen besproken die niet zinvol en effectief zijn gebleken bij de preventie van decubitus.

1. *Statische systemen*

Statische systemen zijn systemen die door de aard en de samenstelling van het materiaal wijzigen van vormconsistentie ten gevolge van de druk die erop uitgeoefend wordt door het lichaamsgewicht van de patiënt en wordt met name gebruikt bij de preventie van decubitus. Deze systemen worden ook wel drukreducerende systemen genoemd. Drukreductie is de verlaging van de interfacedruk (contactdruk), niet noodzakelijkerwijs beneden de capillaire sluitingswaarden. Drukreducerende materialen proberen hoge drukwaarden rondom de decubitus-risicoplaatsen van de patiënt te verspreiden over een zo groot mogelijk oppervlak door de patiënt op een zo zacht mogelijk materiaal diep in het matras weg te laten zakken. Dit resulteert in een permanent lage druk. Het CVZ (2002) noemt als kenmerk van de statische systemen dat ze drukverdelend zijn.

Het CBO (2002) maakt onderscheid in twee categorieën statische matrassen. De eerste categorie zijn matrassen van een *polyeterfoam* die boven op gebruikelijke ziekenhuismatrassen kunnen worden gelegd. Kenmerkend voor deze matrassen is dat ze *relatief goedkoop* zijn en afgedekt moeten worden met een semipermeabele hoes. De categorie 1 matrassen hebben geen significant andere drukontlastende effecten dan speciale matrassen die de ziekenhuismatrassen geheel vervangen

De tweede categorie zijn matrassen bestaande uit *een enkele of verschillende lagen polyetherfoam*. Kenmerken voor deze matrassen is dat hun oppervlak glad kan zijn, bewerkt zijn tot speciale oppervlaktevormen (*blokkenmatras, eierrekmatras*) of bestaan uit al dan niet *alternerend opblaasbare luchtcellen*. Bij enkele typen kunnen blokken uit de matras worden verwijderd. Deze categorie 2- matrassen moeten ook afgedekt worden met een hoes en ze zijn duurder dan de categorie 1 matrassen. Foammatrassen van voldoende dikte (waarbij geen bottoming-out optreedt) zijn beter dan dunnere matrassen. Categorie 1-matrassen worden steeds meer vervangen door categorie 2 matrassen door logistieke (en geen kwalitatieve) redenen (CBO, 2002).

De NVVA (2003) maakt onderscheid in twee statische systemen, te weten de systemen gemaakt van *foam* (meestal polyurethaan, met comfortlaag, een drukverdelende laag en een steunlaag) en de systemen motorisch gevuld met *lucht*.

De Decubitus Stichting Oostelijk Zuid-Limburg maakt onderscheid in schuimrubbermatrassen en luchtmatrassen.

Schuimrubbermatrassen (=foammatrassen) zijn verkrijgbaar in verschillende structuren, in sommige is visco-elastisch polyerethaan schuim verwerkt voor een goede vocht en temperatuurregulatie. Het materiaal wordt zacht door de lichaamstemperatuur van de patiënt waardoor de druk optimaal

verdeeld wordt. Indicaties; ter preventie voor patiënt met laag risico op decubitus en/of voor de patiënt met verhoogde comfortvraag bijvoorbeeld pijnbestrijding. Schuimkussens en matrassen kunnen gemaakt zijn van polyurethaan (bij intensief gebruik neemt de drukverdelende eigenschap af, na ongeveer een jaar dient het vervangen te worden, in diverse diktes leverbaar) of van latex-schuim (is meestal geperforeerd, hierdoor wordt broeien voorkomen, dit kussen geeft een betere drukverdeling, in diverse diktes leverbaar).

Luchtmatrassen en kussens worden opgeblazen met lucht. De druk van lucht dient afhankelijk van het gewicht van de patiënt ingesteld te worden middels het bedieningselement op de pomp. Verkrijgbaar als zitkussen, oplegmatras, matrasvervanger en bedvervanger. Aangezien de druk steeds constant is en afhankelijk van de ingebrachte hoeveelheid lucht zijn er problemen met de drukvermindering en drukverdeling, tevens ontstaat een hangmateffect. Indicaties zijn preventie voor patiënt met laag tot midden risico op decubitus en comfortverhogend.

1a. Ligondersteunende statische systemen

Defloor (1997) concludeerde in een onderzoek naar 'het effect van de houding en de matras op het ontstaan van drukletsels' dat een polyethyleen-urethaanmatras de gemiddelde en maximale druk significant reduceert in vergelijking met een klassieke ziekenhuismatras. Oftewel een visco-elastische foammatras (type Tempur) reduceert de contactdruk 20 a 30% in vergelijking met een standaard niet-drukreducerende matras. Een visco-elastische foammatras is relatief goedkoop en wordt in minder dan vier maanden terugverdiend (Defloor, 2000).

Uit een onderzoek van Groen (1999) betreffende de vergelijking tussen een watermatras en een high-quality foam replacement matras bleek dat de effectiviteit van decubitusbehandeling gelijk was. Door de voordelen die foammatrassen hebben ten opzichte van watermatrassen, hebben foammatrassen de voorkeur in verpleeghuizen en ziekenhuizen. Watermatrassen zijn zwaar en moeilijk te verplaatsen, en het is moeilijk een patient wisselgging te geven op een watermatras. Foammatrassen zijn bijna twee keer zo duur als watermatrassen maar ze gaan vijf keer langer mee (Groen, 1999).

*** Schuim/foammatrassen**

*** Luchtmatrassen**

1b. Zitondersteunende statische systemen

Uit een onderzoek van Defloor en Grypdonck (1997) naar het drukspreidend effect van 29 zitkussens blijken slechts 13 kussens enige drukopheffende werking te hebben. Van deze 13 kussens blijken 6 kussens het best te presteren en onderling vergelijkbaar te zijn qua drukreductie. Het ging om drie foamkussens (Tempur soft en medium en SAF) en drie luchtkussens (Repose, Waffle en Flot'air). De gelkussens blijken helemaal geen drukreducerend effect te hebben. De foamkussens daarentegen behoren niet per definitie tot de beste kussens omdat er ook foamkussens zijn die de maximumdruk zelfs doen toenemen. De luchtkussens presteren zeer goed qua drukreductie, terwijl het klassiek gebruikte waterkussen ook nog relatief lage maximumdrukken behaalt. Het voordeel van het waterkussen is vooral de beschikbaarheid en de lage prijs. Het is echter een weinig stabiel kussen om op te zitten, zwaar om te manipuleren als verpleegkundige. Het risico van onderkoeling van de patiënt is reëel. Een lage temperatuur doet wel de drukgevoeligheid van het weefsel verminderen, waardoor de kans op decubitus zou afnemen. In de uiteindelijke beslissing tot aanschaf van een zitkussen met een drukreducerende werking spelen ook een aantal andere factoren een rol, zoals kostprijs en verwachte levensduur (Defloor en Grypdonck, 1997). In zijn proefschrift concludeert Defloor (2000) dat kussens waarvan de fabrikanten drukreducerende eigenschappen claimen, bij contactdrukmeting niet altijd deze eigenschappen blijken te hebben en soms zelfs een drukstijging veroorzaken. Bij patiënten rechtopzittend in een ziekenhuisfauteuil reduceren volgens hem luchtkussens en visco-elastische foamkussens de contactdruk het best. In schuingezakte of onderuitgezakte zithoudingen heeft een dik elastisch luchtkussen (type Repose)

de beste drukreducerende eigenschappen. De zeer frequent gebruikte schapenvacht blijkt, zoals verwacht geen drukreducerende werking te hebben en is dus een weinig zinvol product in het kader van decubituspreventie (Defloor, 2000).

* **Schuim/foamkussens**

* **Luchtkussens**

* *Overig: watermatras, vezel- en vloeibare gel oplegmatras, vezel- en gelkussens*

2. *Dynamische systemen*

Dynamische systemen zijn systemen die door externe factoren (bijv. een luchtpomp) kunnen wijzigen van vorm, oftewel door elektrische motoren aangedreven matras- en bedsysteem. Ze worden ook wel drukopheffende systemen genoemd. Er kunnen drie soorten systemen onderscheiden worden te weten, de low-air loss systemen, de altemnerende systemen en de air-fluidised systemen (NVVA, 2003; CBO, 2002; Stichting Decubitus Oostelijk Zuid-Limburg).

De low-air-loss-systemen zijn motorisch luchtgevulde permeabele systemen, ook wel drukverdelende systemen genoemd met een constante lage druk. Ze bestaan uit verschillende compartimenten waardoor een continue luchtstroom wordt geblazen, die het verlies van lucht door de luchtdoorlatende hoes moet compenseren. Door de luchtstroom aan te passen kan de matras harder of zachter worden opgeblazen en kan de patiënt meer of minder diep in de matras wegzakken. Het contactoppervlak wordt zo vergroot en er is sprake van een groter drukspreidingseffect dan met foammatrassen. De elasticiteit van de hoes is mede bepalend voor het totale effect van het systeem. Toepassing met name bij patiënten in halfzittende houding en/of als tussenstap tussen behandeling in een air-fluidised- en in een normaal bed. Deze systemen zijn meer effectief bij de behandeling van decubitus dan statische matrassen (Cullum 1995, 2001). Ze zijn te verkrijgen als oplegsysteem of als vervangend bed. De hielsectie heeft extra gaatjes waardoor daar de druk lager is.

Stichting OZL stelt dat low-air-loss systemen niet onder de dynamische systemen vallen, als indicaties geven zij preventie van decubitus bij patiënten met hoog risico op decubitus en een zeer goede comfortverbetering.

De Altemnerende systemen (=Alternating Pressure Air Mattresses) zijn systemen waarbij afwisselend compartimenten een bepaalde tijd met lucht worden gevuld. Een pompsysteem en een matras dat is opgebouwd uit verschillende compartimenten, deze compartimenten worden afwisselend opgeblazen of leeggedrukt, de frequentie hiervan kan wisselen. De werking is gebaseerd op het bereiken van een goede terugval in druk, maar geen nuldruk. Nuldruk op de ene plaats betekent een hogere druk op een andere plaats. Verkrijgbaar als oplegsysteem of als vervangend bed. Dit systeem wordt ook wel een *wisseldruksysteem* genoemd. Als indicaties kunnen genoemd worden; iedere vorm van decubitus, elke graad van decubituswonden, comfort, plastische chirurgie, bijvoorbeeld zwaailappen, huidreconstructies etc.

Altemnerende systemen zijn zeker op hun plaats in de thuiszorg. Ze zijn relatief duur in aankoop (of huur), maar hebben als voordeel dat de inspanning van continue wisselhouding vermeden wordt (Defloor, 2001). Belangrijke aandachtspunten zijn (Defloor, 2001):

- Kleine-cellen-altemnerende systemen (cellen < 10 cm.) zijn waarschijnlijk niet effectief;
- Correcte instelling en gebruik van het systeem;
- Regelmatige controle of het systeem nog goed functioneert;
- Recht op zitten vermijden (onvoldoende pompfunctie);
- Combineren met zwevende hielen (hieldecubitus blijft een probleem).

Air-fluidised-bedden zijn zandbedden, ofwel een bedsysteem waarbij in een hoes korrels worden rondgepompt. Een kuip die gevuld is met gesiliconeerde korrels, de korrels worden afgedekt met een hoes waar de patiënt op ligt. In uitgeschakelde toestand ligt de patiënt in een afdruk van het

eigen lichaam en wordt het lichaam door een groter oppervlak ondersteund dan mogelijk is met een foammatras of op een low-air-loss-bed. Door een motor kan een luchtstroom worden opgewekt die de siliconenmassa in een half vloeibare toestand kan brengen. De eigenschappen van de hoes zijn medebepalend voor het totale effect van het systeem. Erg zware patiënten kunnen alsnog met hun stuit op de bodem komen te liggen (bottoming). Indicatie voor patiënten met intensieve zorg en die niet voldoen aan de indicatie voor een low-air-loss-bed, bij patiënten die in buikligging moeten worden behandeld en bij patiënten met bijv. uitgebreide brandwonden, draadextensies en externe fixateurs. Ook bij deze systemen stelt Stichting OZL dat deze niet onder de categorie dynamische systemen vallen.

Air fluidised systemen zijn door hun gewicht (900 kg.) en door hun breedte minder geschikt voor de thuissituatie!

Dynamische systemen zijn *kostbaar* en worden meestal van een gespecialiseerd bedrijf gehuurd en zijn slechts voor te schrijven op strikte indicatie. Gebleken is echter dat het uitsluitend inzetten van dit systeem gedurende de tijd dat een patiënt een hoog risico heeft om decubitus te krijgen om vervolgens bij het verminderen van het risico direct te worden vervangen door een foammatras, goedkoper is dan het uiteindelijk moeten behandelen van decubitus. Dus alleen instellen als gebruik wordt gemaakt van een goed protocol zodat duidelijk is wanneer in te zetten en wanneer gestopt moet worden.

Het CVZ (2002) noemt als kenmerk van dynamische systemen drukverplaatsing (alternerend) en drukreductie. De Gezondheidsraad (1999) stelt dat dynamische luchtmatrassen m.b.v. een pomp afwisselend compartimenten kunnen opblazen of ontluchten, met als doel een voortdurende verplaatsing van drukpunten.

2a. Ligondersteunende dynamische systemen

- * **Low-air-loss matrassen**
- * **Alternerende matrassen**
- * **Air-fluidised bedden**

2b. Zitondersteunende dynamische systemen

- * **Alternerende kussens**

Weinig zinvolle materialen

Er zijn nog heel wat methoden/materialen gangbaar in de thuiszorg waarvan ten onrechte geclaimd wordt dat ze decubitus zouden voorkomen.

- Schapenvacht (Defloor, 2001)
- waterkussen, gelkussen, ringkussen (Defloor, 2001)
- watermatras (Defloor, 2001)

Indicatiestelling ad-materialen

Voor het indiceren van speciale matrassen moet een inventarisatie worden gemaakt van de ernst van een aantal risicofactoren. In de overweging om een bed in te zetten zijn volgens de Nederlandse Vereniging van Decubitus Consulanten de volgende factoren belangrijk:

- De voortgang van het ziekteproces; is het acuut, instabiel, stabiel of verbeterend.
- Doelstelling behandelbeleid; preventief, curatief, palliatief
- Decubitus; aanwezig of dreigend.
- De eetlust en voedingsinname; gewichtsverlies, weinig eetlust, problemen bij de inname, braken, verbetering van de voedingsinname, sondevoeding.
- Mobiliteit; loopt, alleen stoel, bedlegerig met inactiviteit of wel activiteit, de mogelijkheid om wisselligging te krijgen.

- Incontinentie; huidproblemen t.g.v. urine-incontinentie of faecale incontinentie die wel of nog niet onder controle is.

Bij een aankoopbeslissing moeten de volgende aspecten een rol spelen (CVZ, 2002):

- drukreducerende systemen moeten gereinigd of zelfs gesteriliseerd kunnen worden
- de systemen moeten duurzaam zijn
- de systemen moeten voldoen aan bepaalde ergonomische aspecten (voor de zorgverleners van belang)
- de systemen moeten bewezen effectief zijn.

Volgens het CVZ (2002) moet verder rekening gehouden worden met de volgende patiëntkenmerken: behandeldoel, algehele conditie en prognose, mobiliteit van de patiënt, de ernst en frequentie van de wonden, aanwezigheid van wonden en of er een verleden is met wonden. De locatie van de wond, de mogelijkheid om wisselligging te realiseren, de doorgebrachte tijd in bed/stoel, incontinentie, patiëntenvoorkeur, beschikbaar budget, risicoscore, verleden van de patiënt, klinische blik, zelfredzaamheid en de leeftijd van de patiënt.

Belangrijke producteigenschappen zijn drukverdeling (het oppervlak vergroten en piekdrukken verlagen), piekdrukverdeling (piekdrukreductie), voorkomen van weefselvorming oftewel vormaanpassing, nuldruk, voorkomen van wrijving, vochtbeheersing en temperatuurregulatie.

Literatuur

- CBO, *Richtlijn decubitus tweede herziening*. 2002, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO: Utrecht.
- Cullum, N.e.a., *The prevention and treatment of pressure sores*. Effective Health Care, 1995. **2**(1): p. 1-16.
- Cullum, N., J. Deeks, and T.A.e.a. Sheldon, *Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment*. 2001, Cochrane Library.
- CVZ, *Anti-decubitusmaterialen onder druk*. 2002, College voor Zorgverzekeringen: Amstelveen.
- Defloor, T., *Het effect van de houding en de matras op het ontstaan van drukteletsels*. Verpleegkunde, 1997. **12**(3): p. 140-9.
- Defloor, T. and M.H. Grypdonck, *Anti-decubituskussen drukvermindering of toch niet?* Hospitalia, 1997. **1**: p. 18-24.
- Defloor, T., *Drukreductie en wisselhouding in de preventie van decubitus*, in *Sociale Gezondheidswetenschappen: Medisch-Sociale Wetenschappen*. 2000, Universiteit Gent: Gent. p. 13.
- Defloor, T., et al., *Belgische richtlijnen voor decubituspreventie*. 2001, Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu: Brussel.
- Defloor, T., *Decubituspreventie binnen de thuiszorg*. WCS Nieuws = Woundcare Consultant Society Nieuws, 2001. **17**(2): p. 25-29.
- Gezondheidsraad, *Decubitus*. 1999, Gezondheidsraad: Den Haag.
- Groen, H.W.e.a., *Comparative study of a foam mattress and a water mattress*. Journal of wound care, 1999. **8**(7): p. 333-335.
- NVVA (2003). Tripartiete multidisciplinaire richtlijn; Samenwerking en logistiek rond decubitus, Utrecht.

Bijlage 4: RESULTATEN VRAGENLIJSTEN DECUBITUSBELEID THUISZORGINSTELLINGEN

In totaal hebben 47 van de 106 aangeschreven instellingen gereageerd

Vraag		Ja
Aandachtsvelder decubitus aanwezig		66%
Werkgroep / commissie decubitus aanwezig		30%
Decubitus gemeten via Landelijk Prevalentie Onderzoek Decubitus		45%
Decubitusprotocol aanwezig		55%
↘ Preventieprotocol en Behandelprotocol		↘ 69%
Scholing/training, intern en/of extern		55%
Vraag	Dezelfde dag	2 tot 4 dagen
Hoe lang duurt bestelling ad-materialen	55%	30%
		Ja
Knelpunten ad-materialen		32%
De volgende knelpunten omtrent levering ad-materialen werden genoemd: Financiering, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Matrassen zoals clinitron zijn soms moeilijk te financieren• N.a.v. nieuwe AWBZ/LVT richtlijnen binnen regio problemen / onduidelijkheden	
Afstemming en samenwerking zorgverzekeraar, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Afstemmen van keuze met andere zorginstellingen en verzekeraar (wordt aan gewerkt)• Via de zorgverzekeraar geen protocollering voor aanvraag materialen	
Keuze goede materialen, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Onbekendheid ad-materialen• Moeilijk beslissen welk ad-matras goed is	
Beperkte voorraad, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Uitleenmaterialen/niet alle soorten• Te weinig ad-matrassen in depot	
Beleid, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Centralisatie van artikelen• Geen decubitusverpleegkundige• Geen duidelijk beleid bij inzet ad-materiaal	
Kennis en kunde verzorging, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Te weinig kennis/kunde van zorgverleners m.b.t. mogelijkheden• Tijd en geld voor scholing	
Levering, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Aanvraagprocedure medische indicatie, neemt veel tijd in beslag (ziekenfondstraject)• Grote afstanden in werkgebied, waardoor levering binnen 24 uur logistiek niet haalbaar is	
Anders, bijv.	<ul style="list-style-type: none">• Tijd, controle en eenduidig hanteren afspraken• Onduidelijkheid bij eindverantwoordelijkheid van de aanvraag• Uitleen leent niet alles uit en willen niet kopen• Inzet van materialen waarmee dienst intramuraal gestart is	

Bijlage 5: SAMENVATTING KNELPUNTENINVENTARISATIE

Richtlijn



1	Patiënt Mantelzorger(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan kennis • Gebrek aan vaardigheden • Niet gemotiveerd
2	Zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan kennis <ul style="list-style-type: none"> - passieve kennis richtlijnen - oude nog bestaande routines • Alertheid op decubitus onvoldoende • Weinig inzicht in verantwoordelijkheden • Gebrek aan planmatig mobiliseren van mantelzorg • Te weinig bewust gemaakt van probleem door niveau 3
3	Aandachtsvelders decubitus <hr/> Hoofdteam <hr/> Decubitusconsulent	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 40px; margin-right: 10px;"></div> <div> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau 2 wordt te weinig bewust gemaakt over relevantie decubitus • Te weinig coördinatie rondom taakverdeling inzake decubitus </div> </div>
4	Management	<ul style="list-style-type: none"> • Te weinig bewustmaking van de organisatie over relevantie decubitus • Te weinig coördinatie rondom taakverdeling • Te weinig transmurale samenwerking • Problemen rondom beschikbaarheid ad-materialen



Zorgkantoren / zorgverzekeraars

Bijlage 6: Dagrapportage

Momenteel komen er verschillende mensen bij u thuis (b.v. familie, kennissen, verpleegkundige) om u te helpen bij uw dagelijkse verzorging.

Wij willen graag weten wat de verschillende mensen bij u doen om ‘doorliggen’ te voorkomen. Iedereen die bij u thuiskomt kan dagelijks opschrijven wat hij doet (b.v. u in bed omdraaien) en wanneer hij weer komt. Zo is het voor iedereen duidelijk wie wat doet en wat er van dag tot dag gebeurt.

Voorbeeld:

Zo kan uw dochter invullen dat zij op maandag bij u is geweest om u te helpen bij het wisselen van uw houding en woensdag weer bij u langskomt om u hiermee te helpen.

Datum	Tijd	Naam	Houding in bed/stoel	Opmerkingen
Ma				
<u>Di</u>				
<u>Wo</u>				
<u>Do</u>				
<u>Vr</u>				
<u>Za</u>				
<u>Zo</u>				

Bijlage 7: REGISTRATIEFORMULIER PROSPECTIEVE REGISTRATIE

Datum:	Team Code:	Code instelling:
Is het een nieuwe patiënt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Geboortedatum: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw

1. Heeft de patiënt decubitus? (klinische blik)

☐ Nee ☐ Ja

2. Risicoscore (Bradenschaal) (zie toelichting)

Categorie	1	2	3	4	Score
A) Zintuiglijke waarneming	Volledig beperkt	Zeer beperkt	Licht beperkt	Geen beperking	
B) Vocht	Constant vochtig	Regelmatig vochtig	Af en toe vochtig	Zelden vochtig	
C) Activiteit	Bedlegerig	Aan de stoel gebonden	Loopt af en toe	Loopt regelmatig	
D) Mobiliteit	Volledig immobiel	Zeer beperkt	Licht beperkt	Geen beperkingen	
E) Voeding	Zeer slecht	Waarschijnlijk ontoereikend	Toereikend	Uitstekend	
F) Schuif- en wrijvingskrachten	Actueel probleem	Potentieel probleem	Geen zichtbaar probleem		
<i>Totale Bradenscore</i>					

Geén decubitus én de totale Bradenscore is hoger dan 20: 1) stop registratie hier, 2) vul nieuw formulier in als de omstandigheden van de patiënt veranderen (zie toelichting)

Wél decubitus óf de totale Bradenscore is 20 of lager : 1) vul wekelijks het héle formulier in, 2) meldt de patiënt aan bij de aandachtsvelder indien het een nieuwe patiënt betreft

3. Decubitus - preventie (1 x per week aankruisen wat op invuldag van toepassing is)

Genomen preventieve maatregelen op de invuldag	- (niet gedaan)	+ (redelijk gedaan)	++ (goed gedaan)
Uitleg aan patiënt en/of mantelzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juiste zit/lig houding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wisselgigging iedere 2-4 uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kussen onder onderbenen gelegd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-decubitus zitkussen in gebruik	Ja	Nee	Aangevraagd
Anti-decubitus matras in gebruik	Ja	Nee	Aangevraagd

4. Decubitus - registratie (1 x per week locatie en ernst aankruisen bij patiënten met decubitus)

	Stuit	Hiel L R	Enkel L R	Elleboog L R	Zitbeen L R	Heupbeen L R	Oor L R	Knie L R	Schouderblad L R	Overig L R
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Decubitus - behandeling graad 1 en 2 (1 x per week aankruisen wat op invuldag van toepassing is)

Genomen maatregelen op de invuldag	N.v.t.	Ja	Nee
Lokale applicatie van zinkolie of zinkzalf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandmiddelen toegepast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wees extra alert op het ontstaan van decubitus onder de volgende omstandigheden:

Hogere leeftijd - Een vochtige huid - Verminderde mobiliteit - Bewegingsbeperkingen
 Onvoldoende eten en drinken - Verstoorde doorbloeding van de huid (door ziekte)

Bradenschaal

Zintuiglijke waarneming Vermogen om adequaat te reageren op ongemak dat door druk wordt veroorzaakt	1. Volledig beperkt Reageert niet op pijnprikkels (kreunt niet, beweegt niet en grijpt niet). Of Gevoelsvermindering over groot deel lichaam	2. Zeer beperkt Reageert alleen op pijnprikkels. Kan ongemak alleen uiten door kreunen of rusteloosheid. Of Gevoelsvermindering over helft lichaam	3. Licht beperkt Reageert op opdrachten, maar kan niet altijd ongemak of de behoefte te worden gedraaid uiten Of Gevoelsvermindering in 1 of 2 ledematen	4. Geen beperking Reageert op opdrachten. Heeft geen zintuiglijke beperking waardoor het vermogen pijn of ongemak te voelen of te uiten wordt beperkt.
Vocht Mate waarin de huid aan vocht wordt blootgesteld	1. Constant vochtig De huid wordt bijna constant vochtig gehouden door transpiratie, urine etc.	2. Regelmatig vochtig De huid is vaak, maar niet altijd vochtig. De lakens moeten tenminste één keer per dienst verwisseld worden.	3. Af en toe vochtig De huid is af en toe vochtig, waardoor het extra verwisselen van de lakens ongeveer eenmaal per dag nodig is.	4. Zelden vochtig De huid is doorgaans droog: de lakens hoeven alleen op de normale tijden verwisseld te worden.
Activiteit Mate van fysieke activiteit	1. Bedlegerig Aan het bed gebonden.	2. Aan de stoel gebonden Kan niet of nauwelijks lopen. Moet in de stoel of rolstoel geholpen worden.	3. Loopt af en toe Loopt af en toe kleine afstanden, met of zonder hulp. Brengt het grootste deel van de dag in bed of stoel door.	4. Loopt regelmatig Loopt tenminste 2x per dag buiten de kamer en in de kamer tenminste 1x per 2 uur, of heeft geen enkele beperking.
Mobiliteit Vermogen om de lichaamshouding te veranderen en beheersen	1. Volledig immobiel Brengt zonder hulp geen kleine veranderingen in de positie van lichaam en ledematen tot stand.	2. Zeer beperkt Brengt af en toe kleine veranderingen in de positie van lichaam en ledematen aan.	3. Licht beperkt Brengt frequent, maar kleine, veranderingen in de positie van lichaam of ledematen aan.	4. Geen beperkingen Brengt frequent en zonder hulp veranderingen in zijn houding aan.
Voeding Normaal voedingspatroon	1. Zeer slecht Eet zelden meer dan 1/3 van het aangeboden voedsel. Gebruikt 2 porties (of minder) eiwithoudende producten (vlees- of zuivelproducten) per dag. Drinkt weinig. Neemt geen voedingssupplement	2. Waarschijnlijk ontoereikend Eet zelden meer dan de 1/2 van het aangeboden voedsel. Gebruikt 3 porties eiwithoudende producten (vlees of zuivelproducten) per dag. Neemt af en toe voedingssupplement.	3. Toereikend Eet meer dan 1/2 van het aangeboden voedsel. Gebruikt 4 porties eiwithoudende producten (vlees en zuivel) per dag. Neemt meestal een aanvulling wanneer dit wordt aangeboden.	4. Uitstekend Eet het grootste gedeelte van het aangeboden voedsel. Gebruikt 4 of meer porties eiwithoudende producten (vlees- of zuivelproducten) per dag.
Schuif- en wrijvingskrachten	1. Actueel probleem Heeft hulp nodig bij beweging. Overeind komen zonder langs de lakens te schuiven is onmogelijk. Glijdt regelmatig onderuit in bed of stoel. Spasticiteit, samentrekkingen of onrust leiden tot bijna constante wrijving.	2. Potentieel probleem Beweegt zich zonder veel kracht of heeft minimale hulp nodig. Tijdens het verplaatsen schuurt de huid waarschijnlijk langs lakens, stoel of andere materialen. Glijdt af en toe onderuit in bed of stoel.	3. Geen zichtbaar probleem Beweegt zich onafhankelijk in bed of stoel. Schuurt zelden of nooit langs de lakens. Glijdt niet onderuit in bed of stoel.	

Ernst van de decubitus, indeling in graden

Graad 1: Niet-wegdrukbaar roodheid van de intacte huid (verkleuring van de huid, warmte, oedeem en /of verharding (induratie)).

Graad 2: Een oppervlakkig huiddefect (blaar of oppervlakkige ontveling) van de opperhuid (epidermis), al dan niet met aantasting van de huidlaag daaronder (lederhuid of dermis).

Graad 3: Een huiddefect met schade of necrose van huid en onderhuids weefsel (subcutis) de schade kan zich uitstrekken tot aan het onderliggende bindweefselvlies (fascie).

Graad 4: Uitbreide weefselschade of weefselversterf (necrose) aan spieren, botweefsel of ondersteunende weefsel, (epidermis) en lederhuid (dermis).

Bijlage 8:

Kwaliteitsindicatoren decubitus														
Variabelen														
Tot-pat = totaal aantal nieuwe patiënten in de zorg in de betreffende maand (komt uit de organisatie)														
Invent = totaal aantal patiënten waarbij gestructureerde risico-inventarisatie is gedaan in de betreffende maand														
H-risico = totaal aantal patiënten met een verhoogd risico (Bradenscore ≤ 20) of decubitus														
Prev = totaal aantal patiënten met een verhoogd risico of decubitus waarbij preventieve maatregelen zijn genomen														
Nletsel = totaal aantal patiënten met nieuw(e) letsel(s) t.o.v. vorige meting														
Indicatoren														
Indicator 1 = aantal patiënten waarbij risico-inventarisatie is gedaan / totaal aantal patiënten in de zorg														
Indicator 2 = aantal patiënten met nieuw(e) decubitus letsel(s) / aantal patiënten waarbij risico-inventarisatie is gedaan														
Indicator 3 = aantal patiënten waarbij preventieve maatregelen zijn genomen/ aantal patiënten met verhoogd risico of decubitus														
Indicator 4 = aantal patiënten met nieuw(e) decubitus letsel(s) / aantal patiënten met verhoogd risico of decubitus en preventieve maatregelen														
	Maand	Team	Tot-pat	Invent	H-risico	Prev	Nletsel		Indicator 1		Indicator 2		Indicator 3	Indica 4
	Januari	Team 1	50	25	12	8	0		50%		0%		67%	0%
	Januari	Team 2	44	30	15	6	1		68%		3%		40%	17%
	Februari	Team 1	2	2	9	3	0		100%		0%		33%	0%
	Februari	Team 2	3	3	14	8	0		100%		0%		57%	0%
									#DEEL/0!		#DEEL/0!		#DEEL/0!	#DEEL

Bijlage 9: 'Decubitus in de thuiszorg'

Nieuwsbrief nr. 1

Deze nieuwsbrief gaat over het kwaliteitsproject
'Decubitus in de Thuiszorg' in onze thuiszorginstelling

Aanleiding

Landelijk gezien heeft 16,7% van alle cliënten in de thuiszorg decubitus (LPOD, 2003). Decubitus brengt veel ongemak, pijn en kosten met zich mee. Samen met de Universiteit Maastricht (UM) zijn we daarom bezig om dit probleem binnen onze instelling aan te pakken.

Hoe pakken we dat aan

We gaan werken met een decubitus protocol voor de thuiszorg. Preventie en behandeling worden daarin duidelijk omschreven. De kennis en vaardigheden die nodig zijn om volgens het protocol te kunnen werken worden geoefend en getoetst. Ook gaan we het risico op decubitus bij onze cliënten inventariseren en wekelijks onze zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) decubitus registreren. We krijgen dan inzicht in de kwaliteit van onze zorg en eventuele knelpunten worden snel duidelijk.

Even voorstellen

De AandachtsVelder Decubitus (AVD) is verantwoordelijk voor de uitvoering van het project. Er is regelmatig overleg met de onderzoekers van de UM. Ook zijn er bijeenkomsten met AVD-ers van andere deelnemende thuiszorgorganisaties.

De Teams

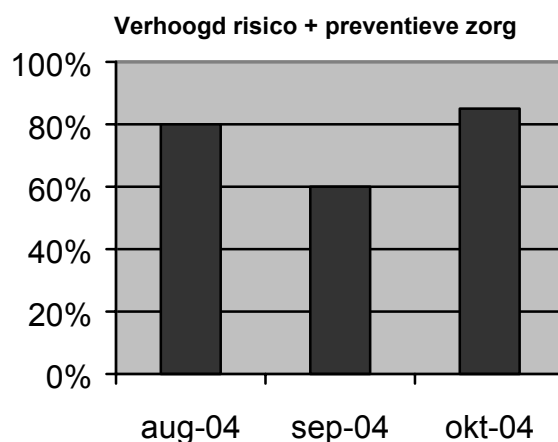
Binnen onze instelling doen er teams mee. De teams hebben heel al wat uren achter de computer gezeten om hun kennis te toetsen en te verbeteren. Daarnaast zijn de benodigde vaardigheden geoefend. Bijvoorbeeld: wat is ook al weer de juiste houding in bed of in de stoel, wat vertel ik de patiënt of hoe regel ik de wissellegging met de mantelzorg.

De registratie

Om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorg is het belangrijk dat we regelmatig de verleende zorg registreren. Daarvoor zijn de formulieren die in de zorgdossiers van het (de) deelnemende team(s) zitten. We mikken bij de registratie vooral op de preventie van decubitus.

Het zorgproces

In onderstaand figuur is een voorbeeld te zien van het percentage cliënten met een verhoogd risico op decubitus dat preventieve zorg heeft ontvangen. Het streven is hier om 100 % te halen.



Tot slot

Wij vertrouwen erop dat het gaat lukken om de preventie en behandeling van decubitus binnen onze instelling te verbeteren.

In onze volgende nieuwsbrief hopen we u gegevens van onze eigen instelling te kunnen presenteren.

Indien u reacties of vragen heeft neem dan gerust contact met een van ons op.

Bijlage 10: Jaarlijks kwaliteitsverslag ten behoeve van Inspectie voor de Gezondheidszorg

Achtergrondinformatie

Op 1 april 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden. Deze wet beoogt te realiseren, dat de instellingen verantwoorde zorg aanbieden; zorg die tenminste doeltreffend en doelmatig is, en patiëntgericht wordt verleend.

De wet geeft aan, dat instellingen daartoe hun organisatie goed moeten structureren en voorzien van het juiste personeel en materiaal. Voor het personeel hoort er een duidelijke toewijzing van verantwoordelijkheden te zijn.

De kwaliteitswet vraagt om een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. De instelling dient daarom te zorgen voor het systematisch verzamelen en registreren van gegevens die de kwaliteit van de zorg betreffen. Aan de hand van die gegeven toetst de instelling in hoeverre het kwaliteitsbeleid leidt tot verantwoorde zorg. Op basis van die toetsing wordt zonodig het kwaliteitsbeleid bijgesteld.

De instelling is vrij om op eigen wijze vorm en inhoud te geven aan het te voeren kwaliteitsbeleid. Wel wordt van de zorgaanbieder (de instelling) verwacht, dat deze jaarlijks en wel voor 1 juni, in een openbaar verslag verantwoording aflegt over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Een afschrift van dit verslag dient gezonden te worden aan de regionale inspecteur voor de gezondheidszorg, de minister van VWS en aan de regionale patiëntenorganisatie.

Het belang van een kwaliteitsverslag

Het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag is primair van belang voor de instelling zelf.

Met behulp van een jaarlijkse rapportage kan het kwaliteitsbeleid intern worden getoetst en geëvalueerd. Toezending van de rapportage aan anderen, is een vorm van externe verantwoording van het gevoerde kwaliteitsbeleid. De kwaliteitsjaarverslagen geven de inspectie de mogelijkheid om, gecombineerd met inspectiebezoeken, signalen over de zorg en andersoortige contacten met de instelling, inzicht te krijgen in de kwaliteit van de zorgverlening. Daarbij vormen de kwaliteitsjaarverslagen een instrument om de Kwaliteitswet te kunnen handhaven.

Inhoud van het kwaliteitsjaarverslag

De inspectie verwacht dat het kwaliteitsjaarverslag in ieder geval een beschrijving bevat van:

- a. de visie op kwaliteit
- b. het kwaliteitsbeleid op korte en langere termijn
- c. de systematiek van kwaliteitsbewaking
- d. de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid
- e. de wijze waarop patiënten en consumenten bij het kwaliteitsbeleid betrokken zijn
- f. de wijze waarop de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties zijn betrokken bij het gevoerde kwaliteitsbeleid
- g. welk gevolg is gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

De vorm van het kwaliteitsjaarverslag

De instellingen zijn vrij bij de keuze van de vormgeving. Er kan een apart kwaliteitsjaarverslag gemaakt worden, of de verslaglegging over kwaliteit kan als een herkenbaar onderdeel opgenomen worden in het algemene jaarverslag.

Bron: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kenmerk: 1997-03 IGZ.

Bijlage 11: Voorbeeld voor de decubitus paragraaf uit het kwaliteitsjaarverslag:

Decubitus 2004

Algemeen:

Dit jaar werd gestart met een programma voor de verbetering van de kwaliteit van zorg voor patiënten met een verhoogd risico op decubitus of decubitus. Het programma bestaat uit drie belangrijke onderdelen namelijk scholing, vaardigheidstraining en continue registratie van kwaliteitsindicatoren.

Scholing:

Voor de scholing werd een E(lectroninc)-learning programma aangeschaft. Het programma is ontwikkeld door de Universiteit Maastricht in samenwerking met de Universiteit van Groningen. Het programma is interactief, kent verschillende zorgniveaus (verpleegkundigen/verzorgende) en een kennistoets. Het staat nu nog op een Cd-rom maar zal wellicht in de toekomst ook via de internetsite van het LEVV te volgen zijn. De resultaten van de kennistoets worden elders weergegeven.

Vaardigheidstrainingen:

De instructies voor de vaardigheidstrainingen werden door de Aandachtsvelder(s)-decubitus (AVD-er) van onze organisatie verder uitgewerkt en op onze organisatie afgestemd. Dit resulteerde in verschillende praktische oefensituaties waar naast oefenen ook getoetst werd.

Continue registratie van kwaliteitsindicatoren

Doel van de registratie is het verkrijgen van inzicht in de kwaliteit van zorg. Zowel uitkomstmaten als procesmaten worden geregistreerd wat effectieve sturing van de zorg mogelijk maakt door het geven van feedback. Hiervoor wordt door de AVD-er ieder kwartaal een nieuwsbrief "Decubitus" gemaakt waarin feedback wordt gegeven op de resultaten van de registratie (zie box 1). Voor de registratie zijn formulieren ontwikkeld waarop het risico, de verleende zorg en de aard en ernst van de aanwezige decubitus geregistreerd wordt. Bij alle nieuwe patiënten met een zorgindicatie wordt éénmalig het risico van decubitus geïnventariseerd. De patiënten met een verhoogd risico of decubitus komen in aanmerking voor preventie en behandeling volgens de daartoe opgestelde richtlijnen voor decubitus in de thuiszorg (zie bijlage). Deze groep met (een verhoogd risico op) decubitus wordt wekelijks gevolgd.

Box 1

Kwaliteitsindicatoren:*

Indicator 1 =
$$\frac{\text{aantal nieuwe patiënten waarbij risico-inventarisatie is gedaan}}{\text{totaal aantal nieuwe patiënten in de zorg}}$$

Indicator 2 =
$$\frac{\text{aantal patiënten met nieuw(e) decubitusletsel(s)}}{\text{aantal patiënten waarbij risico-inventarisatie is gedaan}}$$

Indicator 3 =
$$\frac{\text{aantal patiënten waarbij preventieve maatregelen zijn genomen}}{\text{aantal patiënten met verhoogd risico of decubitus}}$$

Indicator 4 =
$$\frac{\text{aantal patiënten met nieuw(e) decubitusletsel(s)}}{\text{aantal patiënten met verhoogd risico of decubitus en preventieve maatregelen}}$$

* de indicatoren worden berekend over een registratieperiode van 1 maand

Resultaten:*Scholingsprogramma "decubitus" 2004*

	E-laerning gevolgd	Kennis Getoetst	Vaardighed en getoetst	Geslaagd (%)	Cumulatief (%)*
Verpleegkundigen					
Ziekenverzorgenden					
Verzorgenden - C					

* cumulatief, percentage van de hele organisatie dat op 31/12 2004 voldoende geschoold is

In september 2004 werd gestart met de continue registratie van decubitus. De kwaliteitsindicatoren in onderstaande tabel zijn gebaseerd op de registraties van deze twee teams.

Kwaliteitsindicatoren 2004, gemiddelde (minimum- maximum) percentage

	Indicator 1	Indicator 2	Indicator 3	Indicator 4
2004				
2005				
2006				

De prevalentie van decubitus in onze organisatie is gebaseerd op een prevalentiemeting bij alle patiënten met een zorg indicatie.

Prevalentie van decubitus (inclusief graad 1, %)

	2002	2003	2004	2005
Landelijk [#]	21,3	19,1	18,9	
Thuiszorg landelijk	18,5	16,7	14,8	
Onze organisatie				

* Bron: Landelijke Prevalentiemeting decubitus en andere zorgproblemen, herziene zevende jaarlijkse meting ,
Universiteit Maastricht, Sectie Verplegingswetenschap, Maastricht: Januari 2005

Landelijk = gemiddelde van ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis en de thuiszorg

Bespreking van de resultaten en plannen voor 2005

In 2004 werd gestart met

Bijlage 12: TIJDSPAD PROJECT EN EVALUATIE

[illegible][illegible][illegible]

Bijlage 13: PERSBERICHT

De uiterst pijnlijke doorligwonden, decubitus geheten, kunnen door een simpele methode met vijftig procent worden teruggedrongen in de thuiszorg. Geld en tijdgebrek weerhoudt instellingen er echter van het probleem adequaat aan te pakken. Dat blijkt uit onderzoek van de Universiteit van Maastricht, gefinancierd door het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat in samenwerking met thuiszorginstellingen een methode ontwikkelde om doorliggen aan te pakken. Decubitus komt bij een op de drie patiënten van verpleeghuizen en grofweg een op de vijf cliënten in de thuiszorg voor. Een actief beleid om decubitus aan te pakken, blijkt groot effect te kunnen sorteren. In de thuiszorginstellingen waar de methode bij wijze van proef werd toegepast kwam een jaar na invoering al de helft minder decubitus voor.

„We hebben simpelweg de bestaande richtlijnen vertaald naar een handzame protocolkaart voor medewerkers in de thuiszorg. Eigenlijk is het gewoon een kwestie van de richtlijnen goed uitvoeren”, zegt onderzoeker Gaby Ronda van de Universiteit van Maastricht.

De methode houdt in dat thuiszorgmedewerkers les krijgen via een speciaal ontwikkelde dvd. Vervolgens gaan ze aan de hand van een vragenlijst bij iedere nieuwe cliënt na hoe groot het risico op doorligwonden is en hoe die voorkomen kunnen worden. Ook geeft de thuiszorgmedewerker voorlichting en instructie aan patiënt en mantelzorger. Indien nodig worden dan speciale kussens of matrassen ingezet.

Naast het testen van de methode, bekeek de Universiteit van Maastricht ook in hoeverre de aanpak werkelijk blijvend onder de thuiszorgmedewerkers toegepast kan worden.

„Geld en tijd blijken de bepalende factoren te zijn. De vragenlijst, ofwel het monitoringsysteem kost tijd en dat hebben ze vaak niet. Het kost ook geld en tijd om in iedere instelling een decubitusconsulent aan te stellen die een en ander kan coördineren”, zegt Ronda.

„Op basis van dit onderzoek moet gevreesd worden dat een hoopvolle aanpak van decubitus, die nu voor handen is, niet groot ingevoerd zal worden wegens geldgebrek.”

Mensen die door ziekte of handicap bedlegerig zijn of in een rolstoel zitten, lopen het risico doorligplekken te krijgen. De huid, onderliggend weefsel en de spieren sterven af, waardoor blijvende verminking kan ontstaan. Decubitus staat volgens de Gezondheidsraad qua kosten op de vijfde plaats van duurste aandoeningen. Jaarlijks wordt er 450 miljoen euro uitgetrokken voor decubitus.

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) heeft het lesprogramma al overgenomen en biedt het instellingen via internet aan.

De onderzoekers merken wel op dat de bovenstaande bevindingen nog niet aan het CVZ zijn voorgelegd. Na ontvangst van de onderzoeksresultaten zal het CVZ aan de minister van VWS rapporteren over de consequenties, waaronder kosten en baten, van een brede invoering van deze nieuwe methode om doorliggen aan te pakken.