College voor Zorgverzekeringen

# Analyse Complexe Wondzorg

Datum 24 juni 2013

# Colofon


| | |
|---|---|
| Volgnummer | 2013077516 |
| Contactpersoon | mw. E.C.M. Visser<br>+31 (0)20 797 87 75 |
| Sector | Zorg |
| Team | Zorg Dichtbij |
| Uitgebracht aan | VWS<br>Partijen betrokken bij wondzorg |
| Auteurs | Mw. E.C.M. Visser<br>*in samenwerking met*<br>Mw. drs. A.J. Link<br>Dhr. H.M. Gaasbeek Janzen, arts M&G<br>Mw. drs. P.I. Polman<br>Mw. mr. P. Staal<br>Dhr. dr. J.J.E. van Everdingen |

# Inhoud

**Colofon—1**

**Samenvatting—5**

**1 Inleiding—7**
1.1 Aanleiding—7
1.2 Processtappen sinds 2010—7
1.3 Leeswijzer—8

**2 De patiënt met een complexe wond—9**
2.1 De patiënt—9
2.2 De complexe wond[1]—9

**3 Onderzoeksresultaten wondzorg in de praktijk[1]—11**
3.1 Organisatie zorgproces—11
3.1.1 Hoofdbehandelaar en verwijspatronen—11
3.1.2 Vraagstuk—12
3.2 Stand van de wetenschap en praktijk—12
3.2.1 Wetenschappelijke literatuur—12
3.2.2 Wondzorg in de praktijk en (inter)nationale consensus[1]—13
3.2.3 Vraagstuk—14

**4 Uitvoeringspraktijk zorgverzekeraars—15**
4.1 Verbandmiddelen in historisch perspectief—15
4.2 Huidig verstrekkingenbeleid – welke indicatiecriteria—16
4.3 Huidig verstrekkingenbeleid – welke materialen—16
4.3.1 Vraagstuk—17

**5 Wondzorg in wet- en regelgeving—19**
5.1 Verschillende disciplines—19
5.2 Zorgverzekeringswet—19
5.2.1 Besluit zorgverzekering—19
5.2.2 Regeling zorgverzekering—20
5.3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten—20
5.4 Toekomstige verankering verpleging en verzorging in wet- en regelgeving—21

**6 Vraagstukken, oplossingsrichtingen en verantwoordelijkheden—23**
6.1 Hoe kan het verwijsproces rond de wondzorg verbeterd worden?—23
6.1.1 Kwaliteitsstandaarden—23
6.1.2 Toetsingskader kwaltiteitsstandaarden en meetinstrumenten—24
6.1.3 Consultatie—24
6.2 Op welke wijze kan de te verzekeren prestatie ‘verbandmiddelen’ in de wet- en regelgeving worden verankerd?—25
6.2.1 Weging verschillende scenario’s—25
6.2.2 Consultatie—26
6.3 Hoe om te gaan met de beoordeling van de verschillende wondzorgproducten?—27
6.3.1 Risicogericht pakketbeheer—27
6.3.2 Consultatie—28
6.4 Hoe om te gaan met het gebrek aan wetenschappelijk bewijs?—28
6.4.1 Kwaliteitsstandaarden—28
6.4.2 Consultatie—29

6.5 Koepelorganisatie—30
6.5.1 Wondplatform Nederland—30
6.5.2 Consultatie—30
6.6 Kenniscentrum wondzorg—30
6.6.1 Wound Care Society—30
6.6.2 Consultatie—31
6.7 Opleidingsplaatsen—31
6.7.1 Uitbreiding en erkenning—31
6.7.2 Consultatie—32
6.8 Taken en bevoegdheden bij complexe wondzorg—32
6.9 Patiëntgebonden wonddossier—32
6.9.1 Wonddossier—32
6.9.2 Consultatie—33
6.10 Tegengaan verspilling van materialen—33
6.10.1 Gedeelde verantwoordelijkheid—33
6.10.2 Consultatie—34
6.11 Aanbeveling complexe wondzorg via wondexpertisecentra—34
6.11.1 Wondexpertisecentra—34
6.11.2 Consultatie—35

**7 Conclusie—37**

**Bijlage 1—41**

**Bijlage 2—49**

**Bijlage 3—55**

# Samenvatting

Dit rapport brengen wij uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan betrokken partijen. Het vormt een tussenstap in het proces dat wij met partijen zijn ingegaan met als doel de kwaliteit van de wondbehandeling in Nederland te verbeteren.

De afgelopen jaren is gebleken dat de geldende wet- en regelgeving op het gebied van verbandmiddelen niet aansluit bij het huidige zorgproces rond wondverzorging en dat een nadere verkenning van dit zorgproces noodzakelijk was. UMC St Radboud heeft in opdracht van het CVZ de wondbehandeling in Nederland in kaart gebracht. Uit het rapport 'Verkenning wondzorg in Nederland' blijkt dat meerdere aspecten van invloed zijn op de kwaliteit van de wondzorg in Nederland. Het gaat niet alleen om verouderde wet- en regelgeving. Ook een gebrek aan professionele standaarden met betrekking tot de te gebruiken materialen en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden lijken een rol te spelen.

Uit het onderzoek komen knelpunten naar voren in het verwijsproces. Deze knelpunten lijken vooral te bestaan binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn. Het specialisme waarnaar verwezen moet worden is niet altijd duidelijk. Dit speelt bijvoorbeeld als een wond een complicatie is van een behandeling of als de wond een gevolg is van meervoudig onderliggend lijden. Verder is gebleken dat er geen wetenschappelijke basis is op grond waarvan een bepaald type verbandmateriaal ingezet dient te worden voor genezing van een complexe wond. Wij menen dat de constatering over het gebrek aan wetenschappelijk bewijs in feite alleen iets zegt over hoe producten zich tot elkaar verhouden. Door gebrek aan evidence kan niet worden gesteld dat het ene product beter is dan het andere bij de behandeling van een bepaald type wond. Deze constatering wil niet zeggen dat geen enkel verband werkt.

Partijen zijn het erover eens dat er een kwaliteitsstandaard moet komen op het gebied van wondbehandeling. Omdat 'de complexe wond' niet bestaat – er is vrijwel altijd sprake van onderliggende pathologie – is het de vraag hoe een kwaliteitsstandaard gerealiseerd kan worden. Voor de meest voorkomende diagnosen, te weten het veneuze ulcus, het arteriële ulcus, het diabetische ulcus en decubitus bestaan er al richtlijnen. De Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV) stelt voor om deze bestaande richtlijnen uit te breiden naar kwaliteitsstandaarden. Het verwijsproces zou in deze standaarden meegenomen moeten worden. In deze kwaliteitsstandaarden moet ook een uitspraak worden gedaan welke (soorten) producten bij voorkeur dienen te worden toegepast, waarbij ook rekening dient te worden gehouden met de kosten.

Wij denken dat dit een realistisch voorstel is. De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van dergelijke standaarden ligt bij partijen: professionals, cliënten en zorgverzekeraars. Wij roepen partijen op aan de slag te gaan met de ontwikkeling van deze standaarden. Dergelijke standaarden kunnen een goede basis vormen voor verzekeraars om te beoordelen welke producten voor de behandeling van complexe wonden voor vergoeding in aanmerking moeten komen.

Of dergelijke standaarden ontwikkeld kunnen worden onder de vlag van het Wondplatform Nederland is afhankelijk van de vraag of dit platform namens betrokken partijen naar buiten kan treden. Het Wondplatform Nederland zou een onafhankelijke overkoepelende functie moeten hebben. Om dit te bereiken is niet alleen de samenstelling van het wondplatform van belang, maar ook of men er in slaagt te komen tot een doelstelling en strategie die wordt gedragen door alle partijen.

Op 25 april jl. is tijdens een bijeenkomst van het Wondplatform Nederland – waarbij vele partijen betrokken bij de wondzorg aanwezig waren – besloten dat het Wondplatform Nederland doorontwikkeld zal worden. De beroepsgroepen hebben zich inmiddels aangesloten. Het CVZ juicht deze ontwikkeling toe.

We hebben geconstateerd dat de huidige wet- en regelgeving op het gebied van verbandmiddelen niet aansluit op het zorgproces rond wondverzorging. Daarom hebben we onderzocht op welke wijze de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' het beste in de wet- en regelgeving kan worden verankerd. In deze analyse hebben we diverse scenario's tegen elkaar afgewogen en daarbij de mening van partijen betrokken. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat handhaving van de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' binnen de extramurale hulpmiddelenzorg het meest is aangewezen.

Modernisering van deze te verzekeren prestatie zou dan kunnen plaatsvinden door de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' functiegericht te omschrijven, zoals dat ook bij andere categorieën hulpmiddelen is gebeurd. Het gaat daarbij om de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de functies van de huid. In de systematiek van de functiegerichte omschrijving past dat beoordeling van producten meer aan partijen wordt overgelaten. Dit maakt het des te belangrijker dat er kwaliteitsstandaarden komen op het gebied van de behandeling van complexe wonden.

Het is aan de zorgverzekeraars om – met in achtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving – te bepalen of bepaalde wondzorgproducten aan de wettelijke eisen voldoen. Dit geldt ook voor nieuwe producten, waarbij het werkingsmechanisme en/of het behandeldoel anders is dan bij de gangbare producten. Zorgverzekeraars kunnen bij twijfel ook het CVZ als pakketbeheerder raadplegen. Het CVZ kan dan een beoordeling doen om te bevorderen dat de individuele zorgverzekeraars een eenduidige uitleg geven. Bij de prioritering van verzoeken tot beoordeling van zorgvormen is van belang of een nieuw(e) product/productcategorie wordt ondersteund door de beroepsgroep en door cliënten.

De functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de functies van de huid heeft niet uitsluitend betrekking op de wondzorg. Daarom hebben we ervoor gekozen een afzonderlijk rapport uit te brengen over deze hulpmiddelencategorie. Andere hulpmiddelen die nu onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen en een relatie hebben met genoemde functiestoornissen zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen te gebruiken bij allergieën, zoals krabpakken en allergeenvrije schoenen. De planning is dit systeemadvies in het najaar van 2013 uit te brengen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Verbandmiddelen zijn als te verzekeren prestatie opgenomen in de Regeling zorgverzekering (Rzv) onder de hulpmiddelenzorg. Aanspraak op vergoeding van verbandmiddelen bestaat als sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met verbandmiddelen is aangewezen. Bij de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' gaat het om complexe wondzorg.

Zorgverzekeraars gebruiken de G-Standaard van Z-Index voor het verwerken van declaraties voor onder meer verbandmiddelen. Z-Index is een dochteronderneming van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP). Zij beheert een elektronische databank, genaamd 'G-Standaard', waarin onder meer gegevens over de vergoedbaarheid van beschikbare medische hulpmiddelen worden opgenomen.

De partijen uit de industrie zoals fabrikanten en groothandels leveren productinformatie aan bij Z-index over bestaande en nieuwe zorgproducten. Deze producten worden vervolgens opgenomen in de G-Standaard. Zo zijn er de afgelopen jaren meerdere wondzorgproducten in deze database opgenomen als verbandmiddel (productgroep VB). Tot enkele jaren terug werden deze middelen zonder nader onderzoek vergoed door zorgverzekeraars. De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars de G-Standaard kritischer gaan bekijken. In 2010 zijn zorgverzekeraars met betrekking tot een aantal producten (wondzalven en –crèmes) tot de conclusie gekomen, dat geen sprake was van een 'verbandmiddel' in de zin van de Rzv. Zij hebben Z-Index gevraagd deze producten in de G-Standaard de status 'niet-vergoeden' te geven. Hierop ontstond onrust in wondzorgland.

## 1.2 Processtappen sinds 2010

In september 2010 heeft het CVZ het conceptrapport 'Wondzalven en barrièrecrèmes' ter consultatie voorgelegd aan partijen. De voorlopige conclusie was dat wondzalven en barrièrecrèmes niet kunnen worden beschouwd als verbandmiddel in de zin van de Rvz. Uit de reacties op dit conceptstandpunt constateerden wij dat de geldende wet- en regelgeving op het gebied van verbandmiddelen niet aansluit bij het huidige zorgproces rond wondverzorging. Dit leidde tot de conclusie dat een nadere verkenning van dit zorgproces noodzakelijk was om tot een juiste duiding van de wet- en regelgeving te komen of aanpassing daarvan. We besloten niet tot vaststelling van het conceptrapport over te gaan en hebben partijen geïnformeerd over het vervolgtraject.

Eind 2010 heeft het CVZ de ontstane situatie rond de wondzalven en -crèmes besproken met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Tijdens het overleg werd afgesproken dat de verstrekkingenpraktijk zoals die tot dat moment werd toegepast, gehandhaafd kan blijven, ondanks de twijfel over de vraag of de omschrijving van de te verzekeren prestatie in wet- en regelgeving de lading wel dekt. Tijdens dit overleg werd een traject afgesproken, waarbij het CVZ nader onderzoek zou laten doen naar het zorgproces rond de wondverzorging.

Op termijn zouden we op basis van de onderzoeksresultaten kunnen komen tot voorstellen aan de minister om wet- en regelgeving op het gebied van de wondzorg te moderniseren.

UMC St Radboud heeft in opdracht van het CVZ de wondbehandeling in Nederland in kaart gebracht (looptijd medio 2011 – medio 2012)[1]. Uit het rapport 'Verkenning wondzorg in Nederland' blijkt dat meerdere aspecten van invloed zijn op de kwaliteit van wondzorg in Nederland. Het gaat niet alleen om verouderde wet- en regelgeving. Ook een gebrek aan professionele standaarden met betrekking tot de te gebruiken materialen en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden lijken een rol te spelen.

De resultaten van het onderzoek zijn tijdens een bijeenkomst bij het CVZ op 23 oktober 2012 gepresenteerd aan partijen. Een aantal aspecten van de wondzorg is tijdens deze bijeenkomst besproken. Onder meer kwam naar voren dat de overdracht tussen beroepsgroepen bij de behandeling van complexe wonden niet altijd goed is geregeld. De wondzorg zou meer multidisciplinair en meer evidence based moeten zijn. Ook de coördinatie van de wondzorg (keten) zou moeten verbeteren. De meeste partijen waren het erover eens dat het niet goed zou zijn de wondzorg alleen in de 2e lijn te regelen.

Naar aanleiding van het onderzoek en de bijeenkomst met partijen heeft het CVZ een nadere analyse gemaakt van de verschillende vraagstukken die spelen op het terrein van de wondzorg. Deze analyse is opgenomen in dit rapport. Via een schriftelijke ronde zijn partijen gevraagd een reactie te geven op deze analyse. Daarnaast hebben wij partijen tijdens een bijeenkomst op 21 maart 2013 geconsulteerd over de verschillende vraagstukken en oplossingsrichtingen. De schriftelijke reacties van partijen zijn als bijlagen bij dit rapport gevoegd, evenals het verslag van de consultatiebijeenkomst.

Dit rapport brengen wij uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan betrokken partijen. Het vormt een tussenstap in het proces dat wij met partijen zijn ingegaan met als doel de kwaliteit van de wondbehandeling in Nederland te verbeteren.

## 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan we nader in op de patiënt met een complexe wond en wat onder een complexe wond moet worden verstaan.
De belangrijkste onderzoeksresultaten die betrekking hebben op de praktijk van wondzorg zijn beschreven in hoofdstuk 3. Daarbij gaat het niet alleen om de organisatie van het zorgproces rond complexe wonden, maar ook over de materialen die – al dan niet evidence based – worden toegepast. In hoofdstuk 4 komt de uitvoeringspraktijk van de zorgverzekeraars aan bod en dan vooral de vergoedingenpraktijk van wondzorgproducten. De problematiek die we in de paragrafen 3 en 4 behandelen sluiten we af met een vertaalslag naar het onderliggende vraagstuk. Hoe de wondzorg is geregeld binnen de huidige wettelijke kaders staat beschreven in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 behandelen we de verschillende vraagstukken, de mogelijke oplossingsrichtingen en de reacties van partijen op de aan hun voorgelegde consultatievragen.

[1] Onderzoek door UMC St Radboud 'Verkenning wondbehandeling in Nederland' d.d. 29 juni 2012

# 2 De patiënt met een complexe wond

## 2.1 De patiënt[2]

Het aantal patiënten dat wondzorg nodig heeft zal in de toekomst vermoedelijk stijgen door de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal personen met een chronische aandoening zoals diabetes en vaatlijden.
Diabetes, hart- en vaataandoeningen zijn vaak veroorzakers van huidproblemen op latere leeftijd. Deze huidproblemen/wonden als gevolg van vaatproblematiek, zoals diabetische voet en ulcus cruris kunnen pijn, geur- en mobiliteitsproblemen veroorzaken. Hierdoor durven en kunnen mensen de deur niet meer uit. Zonder goede behandeling en begeleiding zijn de macro-economische gevolgen groot omdat deze mensen zich zullen onttrekken aan het arbeidsproces of het maatschappelijk leven.

De 'wondpatiënt' bestaat niet. De patiëntengroep is zeer divers en bevindt zich in alle care-settings: ziekenhuizen, thuiszorg, verpleeg- en revalidatie-instellingen. Patiënten lopen niet te koop met hun wondprobleem. Er is sprake van schaamte en ongemak, zodanig dat mensen sociaal geïsoleerd kunnen raken. Er bestaat geen brede patiëntenvereniging die opkomt voor de belangen van wondpatiënten.

## 2.2 De complexe wond[1]

Eén van de onderzoeksvragen die in het onderzoek 'Verkenning wondbehandeling in Nederland' (verder: het onderzoek) wordt beantwoord is: "W*at wordt verstaan onder een complexe wond?"*

Op grond van literatuuronderzoek en consultaties van experts kwamen de onderzoekers tot de volgende definitie van een complexe wond:
*"Een complexe wond is een wond met een verstoorde genezingstendens ten gevolge van pathofysiologische factoren. Verder kunnen van invloed zijn:*

- *psychosociale verstoringen;*
- *onvoldoende kennis en/of vaardigheden ten aanzien van adequate wondzorg bij professionals;*
- *onvoldoende inbedding van adequate wondzorg in een zorginstelling".*

Vaak speelt bij een patiënt met een complexe wond een onderliggende ziekte, zoals vaatlijden of suikerziekte, een belangrijke rol. Voorbeelden van veel voorkomende complexe wonden, waarbij de naamgeving vaak verwijst naar de onderliggende oorzaak zijn: arteriële en/of veneuze beenulcera, decubituswonden en diabetische voetulcera. Minder frequent voorkomend zijn de oncologische ulcera, diepe brandwonden en bestralingswonden.

Wondgenezing is een complex proces. Het natuurlijke fysiologische beloop van wondgenezing vindt plaats volgens een vast patroon van opeenvolgende en deels overlappende fasen die ieder een bepaalde duur hebben, te weten:

- hemostase (eerste reactie van het lichaam op een verwonding, waarbij het bloeden stopt doordat beschadigde bloedvaten samentrekken en een stolsel wordt gevormd);

[2] Uit 'Strategisch Plan van het Wondplatform Nederland'.

- inflammatie (ontsteking en opruiming dood weefsel, betreft het natuurlijke proces van wondreiniging);
- proliferatie (vorming van nieuw weefsel en sluiten van de wond);
- remodellering (herstel van de functie en de vorm van het weefsel).

Bij ongecompliceerde wondgenezing wordt verondersteld dat:
- de genezingsfasen probleemloos in volgorde en qua duur (dus zonder verstoring) worden doorlopen;
- de wond, afhankelijk van omvang en diepte, in een bepaalde tijd geneest;
- de anatomische en functionele integriteit van het weefsel herstelt.

Als dit niet gebeurt, ontstaat een complexe wond.

In de literatuur wordt geen duidelijke termijn gevonden wanneer een wond, bij ongecompliceerde genezing, geacht wordt gesloten te zijn. De expertgroep binnen het onderzoek is van mening dat deze periode twee tot vier weken in beslag mag nemen.

Uit het onderzoek blijkt verder dat een complexe wond als een aparte aandoening beschouwd moet worden. Het behandeltraject bij een complexe wond is een op zichzelf staand proces, waarbij aandacht moet worden besteed aan volledige diagnostiek, behandeling, monitoring en leefstijladviezen. Een complexe wond is hiermee dus niet 'slechts' een complicatie van zorg of ziekte.

Complexe wonden hebben een deskundige aanpak nodig, waarbij meerdere medisch specialismen betrokken kunnen zijn. Uit het onderzoek blijkt dat er verschillende professionals in Nederland betrokken zijn bij de wondzorg. Patiënten kunnen voor hun wondzorg te maken krijgen met een verpleegkundige, wondconsulent, verzorgende, verpleegkundig specialist, medisch specialist, praktijkondersteuner, doktersassistent, specialist ouderengeneeskunde, huisarts, podotherapeut, huidtherapeut of gipsverbandmeester.

# 3 Onderzoeksresultaten wondzorg in de praktijk[1]

## 3.1 Organisatie zorgproces

### *3.1.1 Hoofdbehandelaar en verwijspatronen*

Uit het onderzoek komt naar voren dat de behandeling van patiënten met complexe wonden multiprofessioneel, multidisciplinair en transmuraal van aard is, waarbij coördinatie (regie) en communicatie de kernbegrippen zijn. Er is algemene consensus onder artsen dat een medicus hoofdbehandelaar is en dus eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt. Als een complexe wond bij de patiënt ontstaat tijdens opname in het ziekenhuis of de wond gerelateerd is aan een behandeling door een medisch specialist, dan wordt de medisch specialist als hoofdbehandelaar beschouwd. Als er geen controle (meer) plaatsvindt in de tweede lijn of als bij een patiënt in de thuissituatie of AWBZ-instelling een complexe wond ontstaat en de patiënt niet in de tweede lijn bekend is, dan wordt de huisarts of instellingsarts als hoofdbehandelaar beschouwd.

Wettelijk gezien is een arts hoofdbehandelaar. Toch blijkt uit het onderzoek dat 17% van de verpleegkundigen zichzelf ziet als hoofdbehandelaar en acht 32% het wenselijk dat zij als hoofdbehandelaar wordt gezien. Op de vraag wie eindverantwoordelijk is voor de wondzorg antwoordt 47% van de verpleegkundigen dat zij zelf eindverantwoordelijk zijn en geeft 67% aan het wenselijk te vinden de eindverantwoordelijkheid voor de wondzorg te hebben.
Dit kan op twee zaken duiden:

1. er bestaat geen goed beeld bij verpleegkundigen wat het hoofdbehandelaarschap inhoudt;
2. men weet dat een arts hoofdbehandelaar is, maar deze is niet zichtbaar in de wijze waarop deze zijn rol vervuld.

In de regel wordt een patiënt vanuit de eerste lijn door een huisarts of vanuit een AWBZ-instelling door een instellingsarts verwezen naar een medisch specialist in de tweede lijn of een eerstelijns paramedicus. Vanuit de tweede lijn wordt een patiënt – na ontslag – terugverwezen naar de eerste lijn. De huisarts verwijst patiënten naar de dermatoloog of (vaat)chirurg bij een concreet vermoeden van onderliggend veneuze of arteriële vaatinsufficiënte. Uit het onderzoek blijkt dat - naast deze formele verwijzingen - ook informele verwijzingspatronen worden gevolgd, waarbij verpleegkundig specialisten of wondverpleegkundigen de behandeling initiëren en patiënten verwijzen zonder dat duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is. Deze verwijzingen zijn niet structureel, vaak afhankelijk van individuele initiatieven en zelden volgens richtlijn, protocol of andere samenwerkingsafspraken. Gebrek aan regie en mandaat werken in deze situatie onveilige of ondoelmatige zorg in de hand.

Het volledige primaire proces of delen ervan, van diagnostiek tot het afronden van de behandeling kan gedelegeerd worden aan andere wonddeskundige zorgprofessionals op voorwaarde van goede communicatie en coördinatie. Uit het onderzoek komt naar voren dat juist op deze punten een aantal dingen mis gaat.

Knelpunten in het verwijsproces lijken vooral te bestaan binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn. Het specialisme waarnaar verwezen moet worden is niet altijd duidelijk. Dit speelt bijvoorbeeld als een wond een complicatie is van een behandeling of als de wond een gevolg is van meervoudig onderliggend lijden.

Voorbeelden van knelpunten zijn:
- de verpleegkundige heeft geen mandaat om door te verwijzen voor aanvullend onderzoek en de huisarts weigert door te verwijzen;
- de huisarts wil een patiënt doorverwijzen maar weet niet waar de patiënt aangemeld moet worden;
- vanuit de 2e lijn vindt geen expliciete terugverwijzing plaats naar de 1e lijn waardoor onduidelijkheid bestaat over hoofdbehandelaarschap;
- een patiënt wordt zonder medeweten van de huisarts doorverwezen naar de 2e lijn;
- een patiënt heeft al langere tijd een wond en wordt niet doorverwezen.

### 3.1.2 *Vraagstuk*

De vraag is nu hoe het verwijsproces rond de wondzorg verbeterd kan worden. De onderzoekers verwijzen in dit verband naar de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de Zorg'[3]. Een van de aanbevelingen van de onderzoekers is dat – voor de uitvoering, coördinatie van en overdracht van zorg – een patiëntgebonden wonddossier kan worden gebruikt, waarin alle aspecten van de behandeling worden vastgelegd.

In hoofdstuk 6 zullen wij nader ingaan op de mogelijke oplossingsrichting en welke partijen hierbij mogelijk aan zet zijn.

## 3.2 Stand van de wetenschap en praktijk

### 3.2.1 *Wetenschappelijke literatuur*

Eén van de onderzoeksvragen die in het onderzoek wordt beantwoord is: *"Welke wetenschappelijke onderbouwing (EBM-Quick-scan) is er voor de toepassing van middelen uitgaande van het WCS Wondengroep, uit de volgende productgroepen?"*
- alginaten
- antibacteriële producten
- enzymatische en andere necrose-oplossers
- geurneutraliserende verbanden
- hemostatische verbanden
- huidvervangende wondbedekkers
- hydro-actieve verbanden
- hydrocolloïden
- hydrogels
- schuimverbanden
- siliconen verbanden
- transparante wondfolies
- wondrand- en huidbeschermers

[3] Handreiking van 26 januari 2010, onderschreven door KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF

De onderzoekers hebben een quick scan uitgevoerd van reviews naar de wetenschappelijke onderbouwing van het gebruik van producten uit genoemde productgroepen Op basis hiervan trekken zij de volgende conclusie:

> "*Op basis van de huidige kennis kan niet anders geconcludeerd worden, dan dat er geen wetenschappelijke basis is op grond waarvan een bepaald type verbandmateriaal ingezet dient te worden voor de genezing van een complexe wond. Er zijn nauwelijks aanwijzingen voor een betere effectiviteit van verbandmaterialen, ingedeeld in productgroepen volgens het Wondenboek van de Woundcare Consultant Society (WCS), op het aantal wonden of de gemiddelde tijd tot volledige genezing van een complexe wond. Deze uitspraak geldt voor verbandmaterialen binnen en tussen productgroepen als wel in vergelijking met traditionele verbandmaterialen. Ook op secundaire maten zijn er onvoldoende aanwijzingen om te stellen dat het gebruik van een product of productgroep tot betere resultaten leidt".*

### 3.2.2 *Wondzorg in de praktijk en (inter)nationale consensus*[1]

De onderzoekers hebben ook de relevante (inter)nationale documenten, zoals richtlijnen, standaarden, consensus documenten en position documents over complexe wondzorg in kaart gebracht. Op het gebied van verbandmateriaal worden in de documenten algemene adviezen gegeven. Nergens wordt het gebruik van bepaalde productgroepen of specifieke merken aanbevolen.

Uit de omvangrijke web-based enquête (1052 respondenten) over het gebruik van verbandmaterialen blijkt dat in het algemeen alginaten de meest gebruikte producten zijn, gevolgd door schuimverbanden en absorberende, niet verklevende verbanden. Uit de enquête valt te herleiden wat in de praktijk - op basis van het type wondbed volgens het WCS-classificatiemodel en afhankelijk van de vochtigheid – de meest gebruikte productgroepen zijn, te weten:

| | |
|---|---|
| Bij zwarte wonden | enzymatische en andere necroseoplossers<br>hydrogels |
| Bij gele wonden | alginaten<br>hydrogels |
| Bij rode wonden | absorberende, niet verklevende verbanden<br>schuimverbanden<br>vette gazen en wondcontactmaterialen |

De onderzoekers constateren dat op het gebied van de WCS-productgroepen alle documenten (standaarden, consensus documenten en position documents) algemene adviezen over generieke productgroepen geven. De mate van exsudaat is bepalend voor het te gebruiken verbandmateriaal.

Nergens wordt het gebruik van bepaalde productgroepen of specifieke merken aanbevolen. Hiervoor zijn twee redenen:

- uit de geraadpleegde literatuur blijkt niet dat het gebruik van het ene product beter of slechter is dan het andere product;
- er is geen onderzoek voorhanden waarin de effectiviteit van een product bij een bepaalde wond onderzocht is.

Er wordt wel aangeraden om in transmuraal of regionaal verband afspraken te maken over de keuze van verbandmaterialen. Dit gaat verspilling tegen, maakt overdracht van zorg makkelijker en leidt tot eenduidige werkafspraken.

Wat wel specifiek aanbevolen wordt:
1$^{e}$ keus bij necrose en dibris: chirurgisch debridement;
1$^{e}$ keus bij geïnfecteerd ulcus cruris venosum: zilversulfadazine/paraffine

### 3.2.3 *Vraagstuk*

De onderzoekers stellen dat er geen wetenschappelijke basis is op grond waarvan een bepaald type verbandmateriaal ingezet dient te worden voor genezing van een complexe wond. Ook in (internationale) richtlijnen, standaarden, consensus documenten en position papers worden slechts algemene adviezen gegeven. Nergens wordt het gebruik van bepaalde productgroepen of specifieke merken verbandmateriaal aanbevolen.

De expertgroep die het onderzoek begeleidde waarschuwde ervoor niet te lichtvoetig met deze vaststelling om te gaan. Op grond van waarnemingen in de praktijk, die vaak in vakbladen worden gepresenteerd zijn diverse situaties te omschrijven die gericht zijn op comfort en welzijn van de patiënt, waarin de voorkeur uitgaat naar bepaalde productgroepen.

De vraag is nu hoe om te gaan met het gebrek aan wetenschappelijk bewijs met betrekking tot de meerwaarde van de verschillende productgroepen? Op welke wijze we met deze problematiek kunnen omgaan, zullen we nader beschrijven in hoofdstuk 6.

# 4 Uitvoeringspraktijk zorgverzekeraars

## 4.1 Verbandmiddelen in historisch perspectief

Zoals in paragraaf 1.1. is aangegeven vallen verbandmiddelen onder de hulpmiddelenzorg. In artikel 2.6, onderdeel h, en artikel 2.15 van de Regeling zorgverzekering is de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming' omschreven. Onderdeel van deze te verzekeren prestatie zijn de verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen (artikel 2.15, onderdeel j, Rzv).

Onder de Ziekenfondswet waren de verbandmiddelen geregeld onder de verstrekking 'Farmaceutische zorg'. Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn de verbandmiddelen overgeheveld van de farmaceutische zorg naar de hulpmiddelenzorg. De omschrijving van de regelgeving – en daarmee de inhoud en omvang van deze te verzekeren prestatie – is daarbij echter niet gewijzigd. In de regelgeving wordt geen nadere uitleg gegeven van het begrip 'verbandmiddel'.

In het Overleg Medisch en Technisch Adviseurs (OMTA) van de zorgverzekeraars zijn regelmatig vragen aan de orde geweest over de te verzekeren prestatie verbandmiddelen. Er bestond vooral onduidelijkheid over de volgende punten:

- Welke materialen zijn te kwalificeren als verbandmiddel?
- Hoe moet het indicatiecriterium worden uitgelegd en dan met name de begrippen *'ernstige aandoening'* en *'langdurig'*?

Deze vragen hebben in 2009 geleid tot het CVZ-rapport 'Verbandmiddelen; welke materialen en welke indicatiecriteria'[4]. In dit rapport kwam het CVZ tot het volgende standpunt.

Als verbandmiddel in de zin van de Regeling zorgverzekering kunnen in ieder geval worden aangemerkt:

> *'Producten voor wondverzorging en –preventie met als functies reiniging, vochtabsorptie, afdekking en fixatie'.*

Verder was het CVZ van mening dat de vraag – of er sprake is van een ernstige aandoening waarbij langdurige behandeling nodig is – van geval tot geval moet worden beoordeeld. Het verdient voorkeur om de indicatie hierbij als uitgangspunt te nemen. In het rapport worden bepaalde indicaties genoemd die indicatief kunnen zijn bij deze beoordeling.

Een jaar later werd het CVZ gevraagd een standpunt in te nemen over de vraag of wondzalven kunnen worden aangemerkt als verbandmiddel in de zin van de Rvz. Aanleiding voor dit verzoek was het beleid van zorgverzekeraars een aantal producten op honingbasis niet langer te vergoeden, omdat zij van mening waren dat er bij deze producten geen sprake was van een verbandmiddel. Zorgverzekeraars

[4] CVZ-standpunt 'Verbandmiddelen; welke materialen en welke indicatiecriteria' te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl

baseerden zich daarbij op de definitie die het CVZ eerder gaf aan het begrip 'verbandmiddel'.

Naar aanleiding van dit verzoek heeft het CVZ in het najaar 2010 een conceptstandpunt geschreven over wondzalven en barrièrecrèmes in aanvulling op het standpunt uit 2009. Diverse partijen zijn over dit conceptrapport geconsulteerd.

Uit de reacties hierop constateerde het CVZ dat de huidige regelgeving op het gebied van verbandmiddelen niet aansluit bij het huidige zorgproces rond wondverzorging en dat modernisering van de regelgeving op zijn plaats is. Wij besloten destijds het conceptstandpunt niet vast te stellen, maar onderzoek te laten doen naar de wondbehandeling in Nederland.

## 4.2 Huidig verstrekkingenbeleid – welke indicatiecriteria

Het standpunt van het CVZ uit 2009 was voor zorgverzekeraars aanleiding hun verstrekkingenbeleid aan te passen. Om het wettelijke indicatiecriterium *'ernstige aandoening' en 'langdurig medische behandeling'* nader te concretiseren werd door de Werkgroep Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 10 februari 2011 een aanvraagformulier voor verbandmiddelen vastgesteld. Tot dat moment controleerden zorgverzekeraars niet of nauwelijks of aan de wettelijke indicatievoorwaarden werd voldaan.

Het aanvraagformulier[5] ofwel indicatieprotocol dat per 1 juli 2011 is ingevoerd, heeft ertoe geleid dat de verstrekking van verbandmiddelen meer in lijn is gebracht met de geldende wet- en regelgeving wat betreft de indicering. De verstrekking van verbandmiddelen wordt met dit aanvraagformulier beperkt tot chronische wondzorg (volgens de toelichting op dit formulier interpreteren zorgverzekeraars de term chronische wondzorg als synoniem voor complexe wondzorg).

In dit indicatieprotocol wordt uitgegaan van chronische wondzorg als:

- er langer dan 14 tot 21 dagen wondzorg noodzakelijk is én de wondzorg begeleid moet worden door arts en/of verpleegkundig specialist;
- er sprake is van factoren die het fysiologische genezingsproces verstoren. De verschillende factoren worden in het protocol benoemd.

Uit cijfers van de GIP-databank blijkt dat dit beleid van zorgverzekeraars een daling in kosten van verbandmiddelen tot gevolg heeft gehad van € 132 miljoen in 2010 naar € 126 miljoen in 2011, waarbij deze kostenombuiging duidelijk in de 2$^{e}$ helft van 2011 tot stand is gekomen. De voorlopige cijfers over de eerste helft van 2012 laten zien dat deze trend zich voortzet.

## 4.3 Huidig verstrekkingenbeleid – welke materialen

In 2012 heeft de Werkgroep Verbandhulpmiddelen van ZN de productgroep medische hulpmiddelen in de G-Standaard van Z-index herbeoordeeld. Dit heeft geleid tot een groot aantal wijzigingen in deze databank en dan in het bijzonder in de productgroep verbandmiddelen (VB).

[5] Het 'ZN-Aanvraagformulier en voorschrift vergoeding verbandhulpmiddelen' en de toelichting daarop zijn te downloaden van de site van ZN: www.zn.nl

De wijze van herbeoordeling is omschreven in de ZN-circulaire 'Wijzigingen productgroep medische hulpmiddelen in de Z-index t.a.v. verbandmiddelen en compressiezorg'[6]. Uit deze circulaire blijkt dat er een nieuwe productgroep hulpmiddelen bij compressiezorg (CO) in de G-Standaard is geïntroduceerd. Op basis van productkenmerken is een groot aantal hulpmiddelen die waren opgenomen in de productgroep VB overgebracht naar de productgroep CO. Ten slotte heeft men alle hulpmiddelen uit de groepen VB en CO herbeoordeeld naar juistheid van vergoedingenstatus.
De reden voor de splitsing van productgroepen in (CO) en (VB), is dat hulpmiddelen voor compressiezorg in de Rzv onder een andere te verzekeren categorie hulpmiddelen vallen dan de verbandmiddelen. De nieuwe indeling sluit daarmee beter aan bij de wet- en regelgeving.

Voor het bijstellen van de productcategorie VB heeft de werkgroep de volgende stappen in de beoordeling gevolgd.

1. Is het hulpmiddel verzekerde zorg of valt het hulpmiddel onder zelfzorg?
2. Valt het hulpmiddel onder de Rzv?
3. Wordt het hulpmiddel toegepast bij kortdurende of langdurende complexe wondzorg (zie ZN-aanvraagformulier verbandhulpmiddelen)?
4. Valt het middel onder de juiste productgroep?
5. Is het hulpmiddel voldoende evidence based om toe te passen bij de wondzorg? De vraag hoe hieromtrent te handelen wordt medio 2013 gericht voorgelegd aan het nieuw op te richten Kwaliteitsinstituut, onderdeel van het CVZ. ZN zal hier vooralsnog geen standpunt over innemen[6].

Op basis van bovenstaande herbeoordeling zijn er per 1 januari 2013 ruim 1500 artikelen in de G-Standaard van Z-Index omgezet naar N (= niet vergoeden). Nieuwe verband- en compressiehulpmiddelen zullen voortaan pas na positieve beoordeling door zorgverzekeraars vergoed kunnen worden. Dit betekent dat alle nieuwe producten voortaan de verstrekkingenstatus N (geen verstrekking) zullen krijgen. Pas na bericht van ZN zal Z-Index de verstrekkingenstatus van een product wijzigen.

### *4.3.1 Vraagstuk*

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat de regelgeving rond verbandmiddelen onduidelijk is en ruimte laat voor verschillende interpretaties. Door middel van een indicatieprotocol hebben zorgverzekeraars een nadere invulling gegeven aan de vraag wat moet worden verstaan onder een '*langdurige'* behandeling en een '*ernstige aandoening'.*
Ook hebben zorgverzekeraars een herbeoordeling uitgevoerd van materialen die naar mening van de zorgverzekeraars niet onder de omschrijving '*verbandmiddel'* kunnen worden geschaard.

Het CVZ velt geen oordeel over de vraag of de ruim 1500 artikelen per 2013 terecht de status van 'niet-vergoeden' in de G-Standaard van Z-Index hebben gekregen. De G-Standaard is een database die door de zorgverzekeraars wordt gebruikt voor het verwerken van declaraties. Om te zorgen dat alles goed in de G-Standaard wordt opgenomen onderhoudt Z-Index nauwe contacten met zorgverzekeraars.

[6] ZN-circulaire 'Wijziging productgroep medische hulpmiddelen in de Z-index' te downloaden van de site van ZN: www.zn.nl

De beoordeling van de vergoedbaarheid, en daarmee de vraag of een bepaald product een verzekerd en daarmee een vergoedbaar product is in de zin van de Zvw, berust bij de zorgverzekeraars. Men moet er uiteraard wel voor zorgen dat de producten/categorieën producten die zij aanwijzen/vergoeden voldoende adequaat zijn om in te zetten bij complexe wondzorg.

Qua wet- en regelgeving spelen er twee vraagstukken. Op welke wijze kan de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' in de wet- en regelgeving worden verankerd, zodanig dat deze meer aansluit bij het huidige zorgproces rond de complexe wondzorg. En verder is het de vraag hoe we om kunnen gaan met de toetsing van de verschillende wondzorgproducten aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'? Dit vraagstuk ligt in het verlengde van de problematiek als beschreven in paragraaf 3.2.3 en zal in hoofdstuk 6 aan de orde komen.

# 5 Wondzorg in wet- en regelgeving

## 5.1 Verschillende disciplines

In de paragraaf 2.2 gaven we een beeld van de verschillende disciplines die betrokken kunnen zijn bij de wondzorg, te weten:

- Huisartsen;
- Medisch specialisten; waaronder dermatologen, (plastische) chirurgen en specialisten ouderengeneeskunde;
- Verpleegkundigen: verpleegkundig specialisten, wondconsulenten, wondverpleegkundigen;
- Verzorgenden;
- Paramedische professionals zoals huidtherapeuten en podotherapeuten;
- Professionals in dienst van huisartsenpraktijk of ziekenhuis zoals praktijkondersteuners, doktersassistenten en gipsverbandmeesters.

Buiten twijfel staat dat wondzorg in het basispakket zit. De wondzorg is onderdeel van verschillende te verzekeren prestaties. Het wettelijk kader waarbinnen het CVZ de wondzorg toetst is de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en aanverwante regelingen en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

## 5.2 Zorgverzekeringswet

Bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) worden de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader geregeld. Deze AMvB vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

### *5.2.1 Besluit zorgverzekering*

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de *stand van de wetenschap en praktijk* en, bij het ontbreken van zo'n maatstaf door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

*Geneeskundige zorg*

Volgens artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv omvat de geneeskundige zorg, zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (..) die *plegen te bieden,* alsmede paramedische zorg.

*Hulpmiddelenzorg*

Op grond van artikel 2.9, eerste lid, Bzv omvat de hulpmiddelenzorg bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Deze ministeriële regeling vindt zijn uitwerking in de Regeling zorgverzekering (Rzv).

*Verblijf*

In artikel 2.10 is de te verzekeren prestatie 'verblijf' geregeld. Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, *(…….)*, al dan niet gepaard gaande met *verpleging*, verzorging of paramedische zorg.

*Verpleging*
Artikel 2.11 regelt de te verzekeren prestatie 'verpleging' zonder verblijf. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

*Functionele aanspraak*
Voor de reikwijdte van voornoemde artikelen uit het Bzv is de functionele systematiek van de Zvw van belang. Deze systematiek houdt in dat de regelgever in principe alleen regels stelt ten aanzien van het 'wat' (de aard, inhoud en omvang) en het 'waneer' (de indicatiegebieden) van de zorg. Het is aan zorgverzekeraars te bepalen 'wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg wordt verleend (binnen de wettelijke beperkingen die bijvoorbeeld de Wet BIG oplegt).

Het CVZ constateert dat wondzorg zorg is zoals huisartsen, medisch specialisten maar ook verpleegkundigen *plegen te bieden*. Dit 'plegen te bieden-criterium' biedt de verzekeraar de ruimte om zijn verzekerde voor de betreffende zorg naar een andere zorgverlener dan de wettelijk genoemde te laten gaan, bijvoorbeeld paramedische professionals of verzorgenden. Het moet dan wel gaan om zorg die genoemde beroepsgroepen tot een aanvaard arsenaal van zorg rekenen, terwijl de zorg wordt geleverd op een wijze die zij als professioneel en juist beschouwen.

### *5.2.2 Regeling zorgverzekering*

*Verbandmiddelen*
In artikel 2.6, onderdeel h, en artikel 2.15 is de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming' vormgegeven. Onderdeel van deze te verzekeren prestatie zijn de verbandmiddelen toe te passen bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen (artikel 2.15, onderdeel j, Rzv). De te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' is daarmee beperkt tot *complexe wondzorg.*

## 5.3 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De verpleegkundige behandeling van de wond *in de thuissituatie* kan ook gefinancierd worden via de AWBZ. Het gaat dan om wondzorg die geïnitieerd wordt vanuit de 1$^{e}$ lijn (meestal de huisarts).

*Verpleging*
De AWBZ-zorg kent de functie 'verpleging'. Artikel 5 Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) omschrijft het begrip verpleging als volgt:

> *"Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap."*

*Verzorging*
De AWBZ-zorg kent de functie 'persoonlijke verzorging'. Deze functie heeft veel raakvlakken met 'verpleging'[7]

Deze functie staat omschreven in artikel 4 Bza.

> *"Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid."*

Wondverzorging kan ook aan de orde zijn bij verblijf in een AWBZ-instelling. Deze zorg laten we hier buiten beschouwing.

## 5.4 Toekomstige verankering verpleging en verzorging in wet- en regelgeving

Op 14 december 2010 heeft het CVZ het rapport 'Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd'[8] uitgebracht.
Om de verpleging in de eigen omgeving een goed omschreven plek te geven in de regelgeving, stelt het CVZ de volgende wijziging van artikel 2.11 Bzv voor:

> *Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging **en verzorging** omvatten verpleging **en verzorging** tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, en die noodzakelijk is in verband met **geneeskundige zorg**.*

Deze formulering heft het huidige onderscheid op tussen de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving geïnitieerd door een medisch-specialist, nu Zvw, en dezelfde zorg geïnitieerd door een andere behandelaar (meestal huisarts), nu AWBZ.

In het Regeerakkoord van 29 oktober 2012 'Bruggen slaan' valt te lezen dat het kabinet voornemens is de extramurale verpleging in 2015 van de AWBZ over te hevelen naar de Zvw. Dit voornemen is in lijn met het advies van het CVZ.

[7] Zie ook standpunt CVZ d.d. 25 augustus 2009 over 'Verpleging in de eigen omgeving: Zvw en AWBZ', te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl
[8] Publicatienummer 292, te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl

# 6 Vraagstukken, oplossingsrichtingen en verantwoordelijkheden

Algemeen
In de hoofdstukken 3 en 4 zijn verschillende vraagstukken naar voren gekomen, zoals:

1. Hoe kan het verwijsproces rond de wondzorg verbeterd worden?
2. Op welke wijze kan de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' in de wet- en regelgeving worden verankerd?
3. Hoe om te gaan met de beoordeling van de verschillende wondzorgproducten?
4. Hoe om te gaan met het gebrek aan wetenschappelijk bewijs?

In het onderzoeksrapport[1] doen de onderzoekers een aantal aanbevelingen om de zorg voor patiënten met complexe wonden te optimaliseren, zoals:

5. Aanbeveling voor een koepelorganisatie voor wondbehandeling in Nederland;
6. Aanbeveling om te komen tot een kenniscentrum wondzorg (tevens onderzoekscentrum voor onderzoek naar effectiviteit);
7. Aanbeveling voor uitbreiding opleidingsplaatsen professionals wondzorg;
8. Aanbeveling verheldering van taken en bevoegdheden bij complexe wondzorg (via beroepsverenigingen);
9. Aanbeveling om te komen tot een patiëntgebonden wonddossier;
10. Aanbeveling voor het tegengaan van verspilling van materialen (recepten voor verbandmaterialen voor max. 2 tot 3 weken);
11. Aanbeveling complexe wondzorg via wondexpertisecentra.

## 6.1 Hoe kan het verwijsproces rond de wondzorg verbeterd worden?

### *6.1.1 Kwaliteitsstandaarden*

Het CVZ denkt dat de organisatie van het zorgproces van de wondzorg een plaats zou kunnen krijgen in een kwaliteitsstandaard. In deze standaard kunnen zaken aan bod komen als:

- de beschikbaarheid van een geïntegreerd dossier dat toegankelijk is voor iedere zorgverlener en de cliënt;
- afspraken over overdracht van informatie, taken en verantwoordelijkheden tussen zorgverleners onderling en ten aanzien van de informele zorgverleners. Daarbij hoort ook dat afspraken worden gemaakt over het vereiste deskundigheidsniveau (welke kennis en vaardigheden zijn er nodig om adequate wondzorg te verlenen);
- inrichting van het kwaliteitsbeleid (kwaliteitscycli) bij de betreffende zorgvraag.

De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van een dergelijke standaard ligt bij de partijen: professionals, cliënten en zorgverzekeraars. Een kwaliteitsstandaard is niet alleen van belang vanuit het oogpunt van kwaliteit, maar kan ook een belangrijk instrument zijn in het kader van pakketbeheer. Een duidelijke standaard (goed onderbouwd en met draagvlak) kan als uitgangspunt dienen voor de verstrekkingenpraktijk.

Een kwaliteitsstandaard kan niet van de een op de andere dag worden gerealiseerd, maar zal langzaam moeten worden opgebouwd. Allereerst kan worden bekeken of er quick wins zijn te behalen. Als eerste opstap naar een kwaliteitsstandaard zou een beslisboom voor verwijzing kunnen dienen. Verder zou kunnen worden bekeken of lokale/regionale protocollen en zorgpaden geschikt zijn om te worden opgeschaald naar landelijk niveau.

Het Kwaliteitsinstituut i.o., onderdeel van het CVZ/Zorginstituut Nederland i.o. heeft een taak bij het stimuleren van partijen om te komen tot kwaliteitsstandaarden. De ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard voor de complexe wondzorg maakt echter geen onderdeel uit van de Meerjarenagenda 2013 van het Kwaliteitsinstituut i.o.

### 6.1.2 *Toetsingskader kwaltiteitsstandaarden en meetinstrumenten*

Het verbeteren van kwaliteit van zorg vraagt om een goed lopende kwaliteitscyclus. Om dit te ondersteunen is goed gereedschap nodig, zoals kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Augustus 2012 heeft het Kwaliteitsinstituut i.o. de voorlopige versie van het Toetsingskader gepubliceerd[9]. Het vervolg hierop is het consultatiedocument 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten'[10] dat het CVZ op 11 juni jl. aan partijen heeft voorgelegd.
Het Kwaliteitsinstituut heeft het Toetsingskader nu teruggebracht tot de kern: het aantal criteria is gereduceerd tot wat strikt noodzakelijk is om te kunnen toetsen of de voorgelegde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van goede kwaliteit zijn. Het Kwaliteitsinstituut geeft met het Toetsingskader een hulp en leidraad voor ontwikkelaars van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Dit toetsingskader moet ervoor gaan zorgen dat deze standaarden en instrumenten zelf ook van goede kwaliteit zijn. Partijen uit de zorg kunnen dit toetsingskader gebruiken als leidraad tijdens de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en daarbij behorende meetinstrumenten. Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die voldoen aan de criteria die verwoord zijn in het Toetsingskader worden opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

### 6.1.3 *Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?*
- *moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?*
- *hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?*
- *welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?*

Partijen zijn het erover eens dat er een kwaliteitsstandaard moet komen op het gebied van wondbehandeling. Omdat 'de complexe wond' niet bestaat – er is vrijwel altijd sprake van onderliggende pathologie – is het de vraag hoe een kwaliteitsstandaard gerealiseerd kan worden.

[9] CVZ-uitgave 'Voorlopig voorstel voor het Toetsingskader voor de toetsing van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van kwaliteit in de zorg' van 20 augustus 2012 te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl
[10] Consultatiedocument 'Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' d.d. 11 juni 2013 te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl

Voor de meest voorkomende diagnosen, te weten het veneuze ulcus, het arteriële ulcus, het diabetische ulcus en decubitus bestaan er al richtlijnen. De Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie stelt voor om deze bestaande richtlijnen uit te breiden naar kwaliteitsstandaarden. Het verwijsproces zou in deze standaarden meegenomen moeten worden en moet de samenwerking tussen 1e, 2e en 3e lijn versterken. In deze kwaliteitsstandaarden moet ook een uitspraak worden gedaan welke (soorten) producten bij voorkeur dienen te worden toegepast, waarbij ook rekening dient te worden gehouden met de kosten. De meeste partijen zijn van mening dat de beroepsgroepen hierbij het initiatief zouden moeten nemen.

Wij denken dat het voorstel om bestaande richtlijnen uit te breiden naar kwaliteitsstandaard realistisch is. De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van dergelijke standaarden ligt bij partijen: professionals, cliënten en zorgverzekeraars. Wij roepen partijen op aan de slag te gaan met de ontwikkeling van deze standaarden. Dergelijke standaarden kunnen een goede basis vormen voor verzekeraars om te beoordelen welke producten voor de behandeling van complexe wonden voor vergoeding in aanmerking moeten komen.

## 6.2 Op welke wijze kan de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' in de wet- en regelgeving worden verankerd?

### *6.2.1 Weging verschillende scenario's*

Zoals we eerder hebben geconstateerd sluit de huidige regelgeving op het gebied van verbandmiddelen niet aan op het zorgproces rond wondverzorging. Voor het moderniseren van de regelgeving zijn een aantal scenario's de revue gepasseerd. De verbandmaterialen zouden bij verschillende te verzekeren prestaties kunnen worden ondergebracht, te weten:

- geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten plegen te bieden (artikel 2.4 Bzv);
- de toekomstige te verzekeren prestatie 'verpleegkundige zorg' in de Zvw (artikel 2.11 (nieuw);
- een nieuwe te verzekeren prestatie, te weten 'wondzorg';
- handhaving binnen de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg'. Modernisering zou dan kunnen plaatsvinden door de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' functiegericht te omschrijven.

We hebben deze scenario's tegen elkaar afgewogen en daarbij hebben we ook de meningen van partijen betrokken zoals die tijdens de bijeenkomst van 23 oktober 2012 – maar ook tijdens de schriftelijke consultatie – naar voren zijn gebracht. De meeste partijen waren het erover eens dat het niet wenselijk is de complexe wondzorg alleen te verankeren binnen de 2e lijnszorg. Immers ook in de 1e lijn vindt complexe wondzorg plaats. Het onderbrengen van de complexe wondzorg in de 2e lijn, staat ook haaks op de speerpunten van het huidige politieke beleid, dat ervan uitgaat dat zorg zoveel mogelijk dichtbij huis wordt gegeven. Hierbij wil de minister wijkverpleging bevorderen, overbehandeling ontmoedigen en een sterke eerste lijn stimuleren waar de huisarts integraal deel van uitmaakt.

Zoals in paragraaf 3.1.1 is aangegeven bestaat er algemene consensus dat een arts hoofdbehandelaar is en daarmee eindverantwoordelijk voor de behandeling van de patiënt.

Het onderbrengen van verbandmaterialen in de nieuwe te verzekeren prestatie 'verpleegkundige zorg' geniet daarom niet de voorkeur. Daarbij speelt mee dat de overheveling van de extramurale verpleging van de AWBZ naar de Zvw een majeure operatie is. Zoals in het CVZ-rapport 'Verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd' is omschreven, brengt deze 'herschikking' van zorg gecombineerd met een nieuwe bekostigings- en financieringssystematiek onzekerheden mee bij het vaststellen van budgetten. Het zou onverstandig zijn deze operatie verder te belasten met het overhevelen van wondzorgproducten naar deze te verzekeren prestatie en daarmee de bekostiging van deze producten.

Zoals in hoofdstuk 5 is omschreven is wondzorg onderdeel van verschillende te verzekeren prestaties. Een aparte te verzekeren prestatie 'wondzorg' is daarom juridisch gezien geen goed alternatief. Een dergelijke omschrijving zorgt voor 'dubbele aanspraken' binnen de Zvw en kan uitvoeringsproblemen geven bij de bekostiging van de zorg (risico dubbele bekostiging).

Daarom lijkt het ons het beste de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' te handhaven in de hulpmiddelenzorg. De handhaving van verbandmiddelen binnen extramurale hulpmiddelenzorg is in lijn met de rapporten die het CVZ heeft uitgebracht over de afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg[11]. Modernisering van deze te verzekeren prestatie zou dan kunnen plaatsvinden door de te verzekeren prestatie 'verbandmiddelen' functiegericht te omschrijven, zoals dat ook bij andere categorieën hulpmiddelen al is gebeurd. Het gaat daarbij om de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in de functies van de huid.

Omdat deze functiegerichte omschrijving niet uitsluitend betrekking heeft op wondzorg, hebben we ervoor gekozen een afzonderlijk rapport uit te brengen over deze hulpmiddelencategorie (najaar 2013). Andere hulpmiddelen die nu onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg vallen en een relatie hebben met genoemde functiestoornissen zijn bijvoorbeeld hulpmiddelen te gebruiken bij allergieën, zoals krabpakken en allergeenvrije schoenen.

### 6.2.2 *Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*

De meeste partijen zijn voor handhaving van de verbandmiddelen in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg en voor moderniseren van de aanspraak door deze aanspraak functiegericht vorm te geven. Wel plaatsen enkele partijen kanttekeningen bij de vraag of inwerkingtreding van deze nieuwe regelgeving per 2014 niet te vroeg komt. Inmiddels is bekend dat deze datum niet haalbaar is. Het CVZ heeft de planning aangepast, in die zin dat wij in het najaar zullen komen met

[11] CVZ-rapport 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' (deel 1 en 2, resp. 25 augustus 2009/22 november 2012) te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl

voorstellen voor een functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor stoornissen in functies van de huid. Dit betekent dat de voorstellen op zijn vroegst in 2015 kunnen worden ingevoerd.

## 6.3 Hoe om te gaan met de beoordeling van de verschillende wondzorgproducten?

### *6.3.1 Risicogericht pakketbeheer*

Het CVZ heeft als taak uit te leggen welke zorg deel uitmaakt van het pakket. Dit geldt voor de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarnaast adviseren wij de minister van VWS om zorg in het pakket op te nemen of juist uit te sluiten. De middelen die het CVZ voor deze taken beschikbaar heeft zijn beperkt. Voor een deel van de taken geldt dat er een wettelijke verplichting is deze uit te voeren. Op het gebied van de geneesmiddelen geldt dit bijvoorbeeld voor verzoeken van fabrikanten tot opname in het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem. Bij hulpmiddelenzorg geldt deze verplichting niet.

In de Zorgverzekeringswet zijn niet alle te verzekeren prestaties op dezelfde manier omschreven. Eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg kennen een open omschrijving. De hulpmiddelenzorg is de laatste jaren omgevormd van een gesloten systeem (limitatieve lijst van hulpmiddelen) naar een meer open systeem (functiegerichte aanspraken). De hulpmiddelenzorg is nog wel beperkt tot hulpmiddelen voor de in de Rvz opgesomde functiestoornissen.

De extramurale farmaceutische zorg kent een gesloten systeem, waarbij alle geneesmiddelen vooraf op effectiviteit en kosteneffectiviteit worden beoordeeld. Door de gesloten omschrijving van geneesmiddelen in de wet besteden we veel tijd en geld aan de geneesmiddelenbeoordeling. Daarom is er – ook bij de geneesmiddelen – een tendens naar risicogericht pakketbeheer. In het rapport 'Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen'[12] heeft het CVZ aangegeven het wenselijk te achten dat niet de wettelijke omschrijving, maar de ingeschatte risico's leidend zijn voor de beslissing of tot beoordeling wordt overgegaan. Risico's zijn bijvoorbeeld dat niet (kosten)effectieve wordt vergoed en andersom (kosten)effectieve zorg niet wordt vergoed.

Onder risicogericht pakketbeheer verstaan we dat het CVZ als pakketbeheerder zich richt op die gebieden waar hij de grootste risico's ziet. Waar dat niet zo is, worden partijen in staat geacht om zelf te toetsen of zorgvormen aan de wettelijke eisen voldoen. Ook in de systematiek van de functiegerichte omschrijving past dat beoordeling van producten meer aan partijen wordt overgelaten. Dit maakt het des te belangrijker dat er kwaliteitsstandaarden komen op het gebied van de behandeling van complexe wonden.

Bij de productgroepen die door het UMC Radboud zijn onderzocht gaat het vaak om in de praktijk ingeburgerde producten. Het is aan de individuele verzekeraars om – met inachtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving – te bepalen of sprake is van een door hen te verzekeren en daarmee te vergoeden prestatie en afspraken te maken over welke middelen worden voorgeschreven in welke volumina en tegen welke prijs. Behandelrichtlijnen cq. een door partijen ontwikkelde

[12] CVZ-rapport 'Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen' d.d. 20 december 2011 te downloaden van de site van het CVZ: www.cvz.nl

kwaliteitsstandaard kunnen daarbij een belangrijk hulpmiddel vormen.

Ook bij nieuwe producten, waarbij het werkingsmechanisme en/of het behandeldoel anders is dan bij de gangbare producten, is het in eerste instantie aan zorgverzekeraars te beoordelen of het nieuwe product onder de te verzekeren prestatie valt. Zorgverzekeraars kunnen bij twijfel ook het CVZ als pakketbeheerder raadplegen. Het CVZ kan dan een beoordeling doen om te bevorderen dat de individuele zorgverzekeraars een eenduidige uitleg geven.

Zoals eerder gesteld zijn voor het CVZ bij de prioritering van verzoeken tot beoordeling van zorgvormen de ingeschatte risico's leidend. Hierbij is ook van belang of een nieuw(e) product/productcategorie wordt ondersteund door de beroepsgroep en door cliënten. In het kader van een risicogericht pakketbeheer past ook, dat een dossier niet in behandeling wordt genomen, indien een verzoek tot beoordeling alleen wordt geïnitieerd vanuit de industrie.

*6.3.2 Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd

*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*

De reacties van partijen over het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten lopen uiteen. Duidelijk is dat hierbij verschillende belangen spelen. Wel willen partijen meer transparantie aangaande de toe te passen wondzorgproducten. Een aantal partijen geeft aan dat de keuze van zorgprofessionals en patiënten zwaarwegend moet zijn. Er wordt geopperd een commissie in het leven te roepen die bestaande wondzorgproducten in kaart brengt. En men ziet graag een rol voor het CVZ weggelegd voor enige centrale sturing, vooral als het gaat om de beoordeling van nieuwe (categorieën) producten. Dat zorgverzekeraars een rol hebben bij de beoordeling van producten wordt door een aantal partijen als minder wenselijk beschouwd. Commerciële partijen vinden het belangrijk dat zij het CVZ om een beoordeling kunnen vragen.

## 6.4 Hoe om te gaan met het gebrek aan wetenschappelijk bewijs?

*6.4.1 Kwaliteitsstandaarden*

De onderzoekers stellen dat er geen wetenschappelijke basis is op grond waarvan een bepaald type verbandmateriaal ingezet dient te worden voor genezing van een complexe wond. Ook in (internationale) richtlijnen, standaarden, consensus documenten en position papers worden slechts algemene adviezen gegeven. Nergens wordt het gebruik van bepaalde productgroepen of specifieke merken verbandmateriaal aanbevolen.

De expertgroep die het onderzoek begeleidde waarschuwde ervoor niet te lichtvoetig met deze vaststelling om te gaan. Op grond van waarnemingen in de praktijk, die vaak in vakbladen worden gepresenteerd zijn diverse situaties te omschrijven die gericht zijn op comfort en welzijn van de patiënt, waarbij de voorkeur uitgaat naar bepaalde productgroepen.

Wij begrijpen dat de expertgroep bezorgd is dat er te snel conclusies worden verbonden aan de vaststelling van de onderzoekers over gebrek aan wetenschappelijk bewijs. Wij menen dat de constatering over het gebrek aan wetenschappelijke bewijs in feite alleen iets zegt over hoe producten zich tot elkaar verhouden. Door gebrek aan evidence kan niet worden gesteld dat het ene product beter is dan het andere bij de behandeling van een bepaald type wond. Deze constatering wil niet zeggen dat geen enkel verband 'werkt'.
In het kader van risicogericht pakketbeheer heeft het beoordelen van deze in de praktijk vaak ingeburgerde producten voor het CVZ geen prioriteit. Wij onthouden ons daarom van een oordeel over de vraag of deze producten voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zoals bedoeld in artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.

Wij denken dat product(categorie)en die een onmisbaar onderdeel uitmaken van het behandelarsenaal een plaats zouden kunnen krijgen in een kwaliteitsstandaard. Een dergelijke standaard kan ook een goede basis vormen voor verzekeraars om te beoordelen welke producten voor complexe wondzorg voor vergoeding in aanmerking komen.

### 6.4.2 *Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

De meeste partijen geven aan dat op basis van practice based evidence uitspraak gedaan zou moeten worden welke (soorten) producten bij voorkeur toegepast dienen te worden. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de kosten. Dit zou onderdeel kunnen zijn van een kwaliteitsstandaard en/of zorgmodulen die aan bestaande richtlijnen worden gekoppeld. Eén partij doet een voorstel om te komen tot een landelijke database om zodoende practice based evidence te verzamelen. Vooral commerciële partijen wijzen op het belang van innovatie en waarschuwen ervoor dat het systeem door middel van zorgmodulen toch weer gesloten wordt.

## 6.5 Koepelorganisatie

### *6.5.1 Wondplatform Nederland*

De onderzoekers zijn voorstanders van een koepelorganisatie voor wondbehandeling in Nederland. Hierin zouden alle betrokken partijen vertegenwoordigd moeten zijn, te weten patiënten, beroepsverenigingen van professionals, opleiders, wetenschappers, producenten, leveranciers en zorgfinanciers.

Er zijn diverse organisaties die zich begeven op het specifieke terrein van de wondzorg. Onduidelijk is hoe deze organisaties zich precies tot elkaar verhouden. Om te laten zien hoe versnipperd het beeld is, hebben we in bijlage 1 de belangrijkste beroepsgroepen en platforms op een rij gezet. Deze organisaties hebben allen hun eigen belangen bij de (organisatie) van de wondzorg. De komst van een organisatie die *al* deze partijen vertegenwoordigt, zou het CVZ toejuichen. De onderzoekers schuiven hierbij het Wondplatform Nederland naar voren dat in 2010 is opgericht.

### *6.5.2 Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*

Partijen zijn van mening dat de samenstelling van het wondplatform van essentieel belang is. Bij een wondplatform dat namens alle partijen naar buiten kan treden, dienen de doelstelling en strategie gezamenlijk te worden geformuleerd (bottum up benadering). Een wondplatform zou een onafhankelijke overkoepelende functie moeten hebben. Probleem tot dusver was dat kerndisciplines als dermatologie, huisartsengeneeskunde en heelkunde niet zijn aangesloten bij het Wondplatform Nederland. Het wondplatform dient een onafhankelijke voorzitter te hebben. Eén partij is om voorgaande redenen ronduit negatief over het bestaan van het wondplatform en ziet niet dat dit in de toekomst nog gaat veranderen.

Op 25 april jl. is tijdens een bijeenkomst van het Wondplatform Nederland – waarbij vele partijen betrokken bij de wondzorg aanwezig waren – besloten dat het Wondplatform Nederland doorontwikkeld zal worden. Ook de beroepsgroepen hebben zich inmiddels aangesloten. Het CVZ juicht deze ontwikkeling toe.

## 6.6 Kenniscentrum wondzorg

### *6.6.1 Wound Care Society*

Gezien de fragmentatie, kwaliteit en kwantiteit van het huidige onderzoek naar (kosten)effectiviteit van verbandmaterialen en andere interventies voor de behandeling van patiënten met complexe wonden zijn de onderzoekers van mening dat er behoefte is aan een kenniscentrum, waar standaarden en richtlijnen worden ontwikkeld, gevalideerd en vastgesteld. Dit kenniscentrum dient tevens als

onderzoekscentrum waarin onderzoeksprogramma's worden opgezet om de effectiviteit van de interventies te testen.

Wij denken dat eenduidige kennisontwikkeling die breed toegankelijk is en wordt gedragen door *alle* bij de wondzorg betrokken partijen van groot belang is. De vraag is of daarvoor een nieuw kenniscentrum moet worden opgericht. De minister van VWS heeft eerder laten weten dat een dergelijke kennisontwikkeling zou moeten worden verankerd in een bestaande kennisbasis in Nederland, zoals de Wound Care Society[13].

Het lijkt ons daarom beter te onderzoeken of kan worden gekomen tot één kennisbasis ondersteund door *alle* partijen, dan het ontwikkelen van een nieuwe kennisbasis. Gezien de huidige versnippering van de organisaties die zich met wondzorg bezighouden, moet voorkomen worden dat eenduidige kennisontwikkeling die breed toegankelijk is, wordt bemoeilijkt door verdere versnippering van deze kennis.

### 6.6.2 *Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

> *Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis?Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*

De reactie op de vraag over één verbeterde kennisbasis lopen sterk uiteen, omdat bij partijen onduidelijk is wat hier onder wordt verstaan. Enkele partijen noemen de WCS als kennisbasis. Essentiële randvoorwaarde is de erkenning van dit centrum vanuit alle disciplines die betrokken zijn bij de wondzorg.

## 6.7 Opleidingsplaatsen

### 6.7.1 *Uitbreiding en erkenning*

Uit de omvangrijke web-based enquête onder meer dan 1000 zorgprofessionals die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met complexe wonden, blijkt dat de meeste respondenten een specifieke cursus of opleiding heeft gevolgd. Het gaat daarbij vooral om cursussen van enkele dagdelen: de zogenaamde WCS-cursussen.

Slechts 17% van de verpleegkundigen heeft een *specialistische* opleiding gevolgd op het terrein van de wondzorg. De onderzoekers zijn van mening dat op alle niveaus van beroepsuitoefening (MBO, HBO, WO) en binnen alle disciplines voldoende professionals opgeleid moeten zijn om veilige en doelmatige zorg voor patiënten met complexe wonden te kunnen bieden. Dit betekent een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Daarnaast moet de status en titulatuur van de professionals binnen de wondzorg formeel vastgelegd worden.

[13] Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS d.d. 16 december 2010 over Invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs) n.a.v. rapport 'Expertise Centrum Wondzorg van Wondzorginnovatie B.V.'

*6.7.2* *Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Wat vindt u van de constatering van de van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*

Partijen kijken zeer wisselend aan tegen de constatering van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid. Een aantal partijen onderschrijven deze noodzaak. Andere partijen vinden dit niet nodig, omdat niet is aangetoond dat de wondzorg in Nederland slecht is. De basis (dagelijkse wondzorg) zou wellicht verbeterd kunnen worden, maar het is de vraag of verpleegkundigen daarvoor een specialistische opleiding zouden moeten volgen. De thuiszorg zou bijvoorbeeld ook kunnen worden opgeleid door verpleegkundig specialisten.

Enkele partijen pleiten voor erkenning van de bestaande opleidingen. Ook wordt gesuggereerd dat de onderzoekers deze aanbeveling hebben gedaan, omdat zij hier belang bij zouden hebben. De industrie is destijds betrokken geweest bij oprichting van de opleiding tot wondconsulenten. Het organiseren van/verplichten tot een (niet door de industrie gefinancierde) jaarlijkse nascholing van de diverse aandoeningen met bijbehorende wondzorg is een bewezen goede manier om kennis uit te wisselen.

De problematiek ‘wondopleiding’ is geprioriteerd voor de agenda van het Wondplatform Nederland.

## 6.8 Taken en bevoegdheden bij complexe wondzorg

De onderzoekers bevelen aan dat via beroepsverenigingen en het Wondplatform aandacht moet worden besteed aan welke professionals welke taken en bevoegdheden hebben bij complexe verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Wat dit vraagstuk betreft verwijzen wij kortheidshalve naar paragraaf 6.1.

## 6.9 Patiëntgebonden wonddossier

*6.9.1* *Wonddossier*

De uitvoering, coördinatie en overdracht van zorg wordt gekenmerkt door diversiteit en onduidelijkheid. Om hier verbetering in te krijgen, doen de onderzoekers een aanbeveling voor een patiëntgebonden wonddossier.

*6.9.2 Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*

Partijen zijn het er over eens dat het wonddossier een geïntegreerd onderdeel moet uitmaken van het elektronisch patiëntendossier.

## 6.10 Tegengaan verspilling van materialen

*6.10.1 Gedeelde verantwoordelijkheid*

Uit focusgroepsgesprekken die binnen het onderzoek hebben plaatsgevonden komt naar voren dat zorgprofessionals graag willen dat een oplossing wordt gevonden voor verspilling van materialen en dus ook geld. Er worden grote hoeveelheden verbandmateriaal besteld en geleverd, die door verandering van beleid of snellere genezing niet nodig zijn. Sommige patiënten hebben een enorme voorraad materialen thuis liggen. Producten die bij een patiënt thuis zijn geweest mogen niet teruggenomen worden door apotheken of medisch speciaalzaken.

De onderzoekers denken dat verspilling van materialen het beste kan worden gerealiseerd door recepten voor verbandmaterialen slechts voor een periode van maximaal twee tot drie weken dan wel voor de periode tot de volgende controle uit te schrijven. De levering dient vervolgens dienovereenkomstig plaats te vinden. Daarnaast bevelen de onderzoekers aan om te onderzoeken of materialen die volledig intact zijn, teruggenomen kunnen worden. De betaling zou dan op basis van nacalculatie verrekend kunnen worden, zodat alleen dat wat gebruikt is betaald wordt.

Verspilling van medicijnen en verbandmiddelen staat ook hoog op de politieke agenda. De minister van VWS hecht veel waarde aan doelmatig gebruik van materialen en is dan ook voornemens verspilling aan te pakken. Doelmatig gebruik en verstrekking van hulpmiddelen maken al deel uit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De minister wil met deze partijen in overleg treden om na te gaan hoe verspilling nog verder kan worden teruggedrongen. Zij denkt daarbij aan mogelijkheden om, bijvoorbeeld via verpakkingsgrootte van genees- en hulpmiddelen bij te dragen aan het terugdringen van verspilling. Op 23 mei 2013 heeft de minister de Tweede Kamer een plan van aanpak[14] gestuurd gericht om het tegengaan van verspilling in de zorg. In dit kader is op 25 mei jl. het landelijk 'Meldpunt Verspilling' geopend. Onderdeel van het plan van aanpak zijn verschillende themaprojecten, waarvan het themaproject 'verspilling van genees- en hulpmiddelen' reeds van start is gegaan.

[14] Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS d.d. 23 mei 2013 'Plan van aanpak Verspilling in de zorg', Kenmerk 114827-103221-GMT

Wij denken dat het tegengaan van verspilling een gedeelde verantwoordelijkheid is. Zorgverzekeraars zijn aan zet als het gaat om een doelmatige zorginkoop. Over de hoeveelheid af te leveren materiaal kan men afspraken maken met zorgaanbieders. Ook kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de invoering van een dagprijssysteem dat bij incontinentiemateriaal positieve resultaten heeft gehad.[15] Ook zouden zorgverzekeraars in het reglement hulpmiddelen – behorende bij de modelovereenkomst – indicatieve gebruiksnormen voor verbandmaterialen kunnen invoeren.

Bij fabrikanten ligt een verantwoordelijkheid als het gaat om verpakkingsgrootte van materialen.

Samenwerkingsafspraken tussen organisaties over de keuze van verbandmaterialen en gezamenlijke inkoop kunnen eveneens verspilling tegengaan[1]. Ten slotte kan verspilling worden voorkomen als er kwaliteitsstandaarden komen over de toepassing van materialen bij een bepaalde zorgvraag.

*6.10.2 Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*

Partijen noemen de volgende mogelijkheden om verspilling tegen te gaan:
- geprotocolleerd voorschrijfbeleid/helder voorschrijfbeleid (doel, frequentie verbandwissel, afgifte verbandmaterialen voor afgebakende periode, generiek voorschrijven, etc.);
- kleinere verpakkingen;
- ongebruikt materiaal terug kunnen brengen;
- kostprijs afspreken per wondsoort;
- verschillende afmetingen verbandmaterialen;
- snellere diagnose;
- beperkt aantal wondzorgproducten in richtlijn.

## 6.11 Aanbeveling complexe wondzorg via wondexpertisecentra

*6.11.1 Wondexpertisecentra*

Eén van de aanbevelingen van de onderzoekers is, dat zorg aan patiënten met een complexe wond gegeven dient te worden in gespecialiseerde wondklinieken (wondexpertisecentra) door een multidisciplinair wondteam. Daarbij moet het voor de verwijzer en de patiënt duidelijk zijn wat een wondexpertisecentrum doet en op welke manier de verwijzing moet verlopen. Snelle doorverwijzing en terugverwijzing van een patiënt met een complexe wond wordt beschouwd als een voorspeller voor de behandeling met de beste uitkomst voor een patiënt.

Ook deze aanbeveling valt binnen de organisatie van het zorgproces van de wondzorg, waarvan we eerder hebben gesteld dat dit een plaats zou kunnen krijgen in een kwaliteitsstandaard. Zorgverzekeraars zouden ervoor kunnen kiezen

[15] Onderzoek Significant 'Doelmatigheid in de zorginkoop' d.d. 1 november 2012 in opdracht van het ministerie van VWS

complexe wondzorg in te kopen bij (alleen) wondexpertisecentra. Daartoe zijn ze echter niet verplicht, tenzij de kwaliteitsstandaard aangeeft dat alleen gespecialiseerde centra complexe wondzorg mogen geven.

Er zijn verschillende wondexpertisecentra in Nederland. De meest centra zijn gelieerd aan ziekenhuizen (wondpoli's). Daarnaast zijn enkele jaren geleden Wondzorginnovatie BV en de methodiek 'Expertise Centrum Wondzorg (WEC)' ontstaan, die niet gelieerd zijn aan een ziekenhuis. In deze expertisecentra zijn verpleegkundigen werkzaam, die een opleiding op het gebied van wondzorg hebben gevolgd (zowel op bachelor- als op masterniveau). De financiering van dit experiment loopt via de Beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze beleidsregel is gebaseerd op de aanwijzing van 'kleinschalige kortdurende experimenten'. De innovatie is tweeledig, namelijk zorgtechnische innovatie (kortere sluitingstijden wond) en innovatie op financieringsgebied (geen open-eindfinanciering maar resultaatgarantie).

Op 19 september 2012 heeft de NZa de minister van VWS een evaluatie gestuurd van het kortdurende kleinschalige experiment complexe wondzorg. Uit deze evaluatie blijkt dat de innovators, inclusief zorgverzekeraars, zeer tevreden zijn over dit kleinschalige experiment. Patiënten genezen sneller en de maatschappelijke kosten nemen af. Partijen hebben de NZa verzocht om een reguliere prestatie voor complexe wondzorg vast te stellen. Het betreft een verzoek om een beleidsregel vast te stellen die in ieder geval aan gespecialiseerde wondverpleegkundigen de mogelijkheid geeft om deze zorg in rekening te brengen.

De financiële gevolgen van een verbreding van de bekostiging zijn onzeker.
In 2013 wordt – in opdracht van de Nza en op verzoek van de minister van VWS – onderzocht of de innovatieve wijze van het verlenen van complexe wondzorg financiële besparingen oplevert en in welke mate. Ook wordt onderzocht in welke onderdelen van de Zvw en/of AWBZ de besparingen worden gerealiseerd. Als de uitkomsten van dit onderzoek positief zijn, is een belangrijke horde genomen voor de vaststelling van reguliere prestaties.

### *6.11.2 Consultatie*

Aan de partijen is de volgende consultatievraag voorgelegd.

| |
|---|
| Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra? |

Partijen kijken verschillend aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra. De meeste partijen zijn positief over deze centra. Men vindt dit een goede ontwikkeling, mits deze centra voldoen aan de beschreven indicatoren (kwaliteitscriteria). Doel van het opstellen van deze criteria is om kader te stellen aan de definitie en uitvoering van wondexpertisecentra in Nederland. Wondzorg moet in de hele ketenzorg verzekerd zijn van kwaliteit en voldoen aan bepaalde criteria, zodat adequate zorg aan de patiënt gewaarborgd is.

Een enkele partij ziet deze expertisecentra het liefst buiten ziekenhuizen, omdat deze klinieken dicht bij de patiënt staan. Een andere partij vindt juist dat dit versnippering van zorg in de hand werkt en wil dit niet propageren, zolang de meerwaarde van deze centra niet door middel van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. Een andere partij die overigens positief is over het centraliseren van specifieke kennis en behandelingen bij wondcentra, waarschuwt er wel voor dat de pathofysiologische oorzaak van wonden niet uit het oog mag worden verloren.

# 7 Conclusie

Het CVZ gaat voorstellen doen om de hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven (extramurale hulpmiddelenzorg). Hiermee komt meer ruimte voor producten die nu strikt genomen niet voldoen aan de omschrijving 'verbandmiddelen' in de te verzekeren prestatie. Deze voorstellen volgen in een separaat rapport. In het najaar willen we dit systeemadvies vaststellen.

Deze functiegerichte omschrijving maakt het des te belangrijker dat er kwaliteitsstandaarden komen op het gebied van de behandeling van complexe wonden. Partijen zijn het erover dat deze standaarden er moeten komen. Dit zou kunnen door bestaande richtlijnen uit te breiden naar kwaliteitsstandaarden. Het verwijsproces zou hierin meegenomen moeten worden. In deze kwaliteitsstandaarden moet ook een uitspraak worden gedaan welke (soorten) producten bij voorkeur dienen te worden toegepast, waarbij ook rekening dient te worden gehouden met de kosten.

De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van dergelijke standaarden ligt bij partijen: professionals, cliënten en zorgverzekeraars. Wij roepen partijen op aan de slag te gaan met de ontwikkeling van deze standaarden.

In zijn vergadering 24 juni 2013 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ besloten het rapport 'Analyse Complexe Wondzorg' vast te stellen. Dit rapport brengen wij uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan betrokken partijen. Het vormt een tussenstap in het proces dat wij met partijen zijn ingegaan met als doel de kwaliteit van de wondbehandeling in Nederland te verbeteren.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
*Voorzitter Raad van Bestuur*

# Bijlage 1

**Organisaties rond wondzorg**
Er zijn diverse organisaties die zich begeven op het specifieke terrein van de wondzorg. Onduidelijk is hoe deze organisaties zich precies tot elkaar verhouden. Om te laten zien hoe versnipperd het beeld is, gaan we in de volgende paragrafen in op de verschillende beroepsgroepen en platforms die van belang zijn voor de (organisatie van de) wondzorg.

De informatie over de hieronder genoemde organisaties is afkomstig van de sites van deze organisaties.

***1. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie***[16]
De NVDV is de beroepsvereniging van de Nederlandse dermatologen. De vereniging omvat ongeveer 400 dermatologen, alsmede ongeveer 115 artsen in opleiding tot dermatologen. De doelstelling van de vereniging is de bevordering van de studie van huidziekten. Naast wetenschappelijke activiteiten en allerlei organisatorische aspecten zoals de belangenbehartiging van haar leden, heeft de NVDV ook een publiek doel, namelijk om mensen te informeren over het vóórkomen van en de achtergronden achter huidaandoeningen. Dit doet zij door uitgifte van publicaties, folders, maar ook via hun website.

***2. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde***[17]
De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH) is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor chirurgen en artsen in opleiding tot chirurg.

De NVVH stimuleert en ondersteunt haar chirurgen om de kwaliteit van de chirurgische zorg op hoog niveau te houden. Chirurgen stellen met dat doel onder meer richtlijnen en normen op, en individuele chirurgen zullen zich laten certificeren. Daarnaast toetst NVVH de zorg door kwaliteitsvisitaties uit te voeren en door de uitkomsten van behandelingen vast te leggen en landelijk met elkaar te vergelijken. Op deze manier wil de NVVH de normen kunnen bijstellen, waardoor – in het belang van de patiënt – de lat steeds hoger komt te liggen.

***3. Woundcare Consultant Society***[18]
De WCS is het nationaal kenniscentrum op het gebied van wond- en huidzorg teneinde het kennisniveau van professionals in de gezondheidszorg te verhogen met als doel de kwaliteit van de wond- en huidzorg te verbeteren.

De WCS tracht dit doel te bereiken door:
- het organiseren van cursussen, congressen en lezingen;
- het verzorgen, doen verzorgen, begeleiden en in het algemeen bevorderen van publicaties;
- het bevorderen en stimuleren van onderzoek;

[16] http://www.huidarts.info/ geraadpleegd 21 februari 2013
[17] http://www.heelkunde.nl/ geraadpleegd 21 februari 2013
[18] http://www.wcs.nl/ geraadpleegd 21 februari 2013

- en voorts alle andere handelingen die daarmee verband houden of daartoe bevorderlijk kunnen zijn.

De WCS heeft een classificatiemodel voor lokale wondbehandeling ontwikkeld, waarmee structuur kan worden aangebracht in de wondbehandeling. Het model gaat uit van een stadia-indeling van wonden volgens de kleuren zwart, geel en rood.

Verder heeft de WCS het WCS Wondenboek uitgebracht. In dit boek wordt een groot aantal wondgebieden uitgebreid behandeld. Het kan – volgens de WCS – een leidraad zijn voor verdere protocollering. Aan het WCS Wondenboek is het WCS Classificatiemodel toegevoegd met daaraan gekoppeld een hoofdstuk productinformatie. Hierin wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de werking van de in Nederland verkrijgbare wondbehandelingsproducten.

De uitgave WCS Nieuws verschijnt vier maal per jaar en geeft uitgebreide informatie op het gebied van wondbehandeling en verzorging, casuïstiek en nieuwe ontwikkelingen.
De Stichting WCS heeft een bestuur. Bij de uitvoering van genoemde activiteiten wordt het bestuur bijgestaan door commissies met ieder een specifiek aandachtsgebied. De aandachtsgebieden zijn decubitus, ulcus cruris, diabetische voet, chirurgische wonden, stoma, brandwonden en oncologische wonden. Elke commissie heeft een bestuurslid als voorzitter.

De WCS wordt gesponsord door tal van bedrijven die wondbehandelingsproducten fabriceren of verhandelen. De Woundcare Consultant Society (WCS) heeft nauwe banden met V&VN Wondconsulenten.

### *4. Nederlandse Organisatie Voor Wondprofessionals*[19]

De Nederlandse Organisatie voor Wondverpleegkundigen – opgericht in 2005 – is per 1 januari 2013 omgevormd tot Nederlandse Organisatie voor Wondprofessionals.
De NOVW is de Beroepsorganisatie voor alle wondprofessionals in de intra- en extramurale gezondheidsheidszorg. De NOVW richt zich vooral op de brede aspecten ten aanzien van de verbetering van de wondzorg, zoals vroegtijdige diagnostiek, transmurale overdracht, registratie, scholing, erkenning van opleiding, eenduidige richtlijnen en protocollen, een eenduidige aanpak. Dit alles om de wondzorg dichter bij de patiënt te krijgen. Met als doel het verkrijgen van tijdwinst bij de behandeling of verzorging, waardoor een wond sneller geneest. De NOVW is een platform voor alle wondprofessionals en een stuwende kracht om het beroep van wondprofessionals te ondersteunen en verder uit te dragen.

De NOVW heeft de volgende doelstellingen. De NOVW:
- Streeft naar een erkende beroepsopleiding die ieder recht geeft op het voeren van een beschermde opleidingstitel in de wondzorg;
- Streeft naar titelbescherming binnen het BIG-register;
- Draagt zorg voor adequate na- en bijscholing;
- Motiveert de wondprofessionals in het uitoefenen van hun beroep;
- Treedt op als vertegenwoordiger namens de wondprofessionals in tal van interne en externe overlegorganen op locaal, provinciaal en landelijk niveau;

[19] http://www.novw.org/ geraadpleegd 21 februari 2013

- Streeft naar een multidisciplinair specialisme wondzorg en een gestructureerde organisatie van wondzorg;
- Streeft naar een betere en professionele organisatie wondzorg, transparante structuur, taken, functies en verantwoordelijkheden die duidelijk worden gedefinieerd.

Om de kennis en kunde in de wondzorg op peil te houden brengt de NOVW een tijdschrift uit. Het Nederlands Tijdschrift Voor Wondverzorging (NTVW) is een informatief en vakinhoudelijk tijdschrift voor wondverpleegkundigen en zorgprofessionals met een brede belangstelling voor wondzorg binnen de intra- en extramurale gezondheidszorg. De NOVW publiceert regelmatig in het NTVW om de leden op de hoogte te houden van de ontwikkelingen binnen de NOVW. Verder verzorgd de NOVW de site www.wondprofessional.nl. Volgens de NOVW is dit hét Wond Informatie Centrum voor de wondzorg; de site voor wondprofessionals bij uitstek. Het NTVW wordt gesponsord door de industrie, gelet op reclame-uitingen. De NOVW is lid van de European Wound Management Association (EWMA).

### *5. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*[20]

V&VN – opgericht in 2006 – staat voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. V&VN is dé beroepsvereniging van en voor verpleegkundigen en verzorgenden met ruim 40.000 leden. Binnen de vereniging functioneren diverse afdelingen en platforms (41) ieder op hun eigen vakgebied. Voor de wondzorg zijn V&VN Dermatologie en vooral V&VN Wondconsulenten van belang.

*V&VN Dermatologie*

De dermatologische zorg is voortdurend in ontwikkeling. Voor verpleegkundigen, verzorgenden én doktersassistenten in de dermatologie is uitwisseling over het vak van groot belang. V&VN Dermatologie biedt een plek om elkaar te ontmoeten en samen te werken aan de verspreiding van vakkennis binnen de beroepsgroep. V&VN Dermatologie is aangesloten bij het European Skincare Nursing Network (ESNN) en de International Skincare Nursing Group (ISNG).

*V&VN Wondconsulenten*

Wondbehandeling wordt steeds meer een specialisatie binnen de zorg. De wondconsulenten zien zichzelf als belangrijke schakel tussen patiënt, arts en andere hulpverleners. V&VN Wondconsulten behartigt de belangen van de wondconsulenten, bijvoorbeeld via overleg met de overheid en andere organisaties. Kennis, bekwaamheid en kwaliteit zijn kernbegrippen voor V&VN Wondconsulten. De vereniging onderhoudt een kwaliteitsregister en heeft een eigen opleiding bij het Erasmus MC te Rotterdam en de Radboud Zorgacademie te Nijmegen.

V&VN Wondconsulten werkt nauw samen met de Woundcare Consultant Society (WCS). Leden krijgen vier keer per jaar de WCS Nieuwsbrief en korting op andere diensten, bijvoorbeeld het losbladige WCS Wondenboek. Ook V&VN Wondconsulenten is aangesloten bij de European Wound Management Association (EWMA).

[20] http://www.novw.org/ geraadpleegd 21 februari 2013

### *6. Dutch Advisory Board Woundcare*[21]

De Dutch Advisory Board Woundcare is op 1 januari 2011 opgericht, door de Nederlandse Organisatie voor Wondverpleegkundigen en dient als platform om te komen tot het specialisme 'Wondgeneeskunde' met een daarbij behorende leerstoel. De Board heeft als doelstelling "**specialisme wondgeneeskunde".** Zij adviseert en onderhoudt contacten met overheden en andere belangrijke instellingen op het gebied van wondzorg en levert een bijdrage aan een **"leerstoel wondgeneeskunde"**.

### *7. Wondplatform Nederland*[22]

Het Wondplatform Nederland is opgericht op 15 april 2010 waarin partijen betrokken bij de wondzorg in Nederland samen werken aan een aantal gezamenlijke doelen. Het Wondplatform Nederland is een initiatief van drie organisaties: Nefemed, WCS Nederland en V&VN.

Het Wondplatform bestaat uit deelnemers die zich elk vanuit eigen expertise en achtergrond zorgen maken over de toekomst van de wondzorg in Nederland. Gezamenlijk zetten zij zich in voor het behoud van wondzorg op een gegarandeerd kwaliteitsniveau en bereikbaar met vrijheid van keuze voor professional en patiënt. Samenwerking van de bij wondzorg betrokken professionals garandeert dat kosteneffectief wordt gewerkt en dat de zorg duurzaam betaalbaar en beschikbaar kan blijven. In het Wondplatform werken alle professionals met elkaar samen om dit doel te bereiken.

Het Wondplatform Nederland is opgericht om te waarborgen dat de patiënt ook in de toekomst verzekerd kan blijven van kwaliteitswondzorg en dat deze volledig deel blijft uitmaken van het basispakket. Om dit doel te bereiken, hebben alle partijen uit het veld die met wondbehandeling te maken hebben, besloten om in samenwerking met elkaar de kaders te stellen waaraan deze kwaliteitswondzorg moet voldoen. Deze kaders zijn nodig om te waarborgen dat ook in een concurrerende omgeving de maximale kwaliteit wordt geleverd tegen de laagst mogelijke kosten.

Op de agenda van het wondplatform staan daarom de volgende activiteiten:

- deskundige inbreng op basis bij belanghebbenden in de (wond)zorg;
- input geven als volwaardige partij bij de ontwikkeling van zorgstandaarden;
- aantoonbaar maken van de meerwaarde van goede wondbehandeling (het werk van artsen en wondverpleegkundigen) en toepassing van goede producten;
- criteria voor wondexpertisecentra benoemen;
- het genereren van data op basis van best practices;
- onderzoek stimuleren en initiëren;
- ontwikkeling en bevordering van preventieprogramma's in alle onderdelen van de zorgketens;
- inzicht in DBC's voor wondzorg activiteiten.

De ledenraad van Wondplatform Nederland is samengesteld uit de volgende organisaties: NOVW, ZN, V&VN Wondconsulenten,
V&VN afdeling Dermatologie, WCS, Nefemed, Erasmus MC, CG-Raad, Verenso, FHI.

---

[21] http://www.wonddeskundigen.nl/ geraadpleegd 21 februari 2013
[22] http://www.wondplatform.nl/ geraadpleegd 21 februari 2013

## *8. Platform Chronische & Complexe Wondzorg*[23]

Op 11 december 2012 hebben de Nederlandse fabrikanten en importeurs van gespecialiseerde wondzorgproducten besloten zich te verenigen in het platform 'Chronische & Complexe Wondzorg' (nieuwe groep binnen FHI-branche 'Medische Technologie'). Alle aangesloten bedrijven zijn toonaangevende fabrikanten en leveranciers op het gebied van wondbehandeling. Zij leveren onder meer innovatieve materialen voor de behandeling van brandwonden, decubitus, diabetische voet, ulcus cruris en heelkundige wonden.

Het platform zal actief meedenken over trends, ontwikkelingen, vergoeding en financieringsvraagstukken betreffende de complexe wondzorg. Daarnaast is het de bedoeling een voorwaarden scheppende functie te vervullen om de kwaliteit van product en dienstverlening te waarborgen.

## *9. Nefemed*[24]

Nefemed is de belangenorganisatie van producenten, importeurs en handelaren van medische hulpmiddelen. Nefemed heeft ongeveer 60 bedrijven die lid zijn en gezamenlijk een jaarlijkse omzet genereren van ruim € 900 miljoen. Hiermee vertegenwoordigt Nefemed een significant deel van de Nederlandse markt van medische hulpmiddelen.
Nefemed is een belangenorganisatie in de medische hulpmiddelenindustrie die bestaat voor en door leden. Leden van Nefemed zijn actief in zogenaamde clusters van product-/marktcombinaties, waaronder het cluster wondverzorging. In deze clusters wordt specifieke kennis en know how gedeeld over onderwerpen die betrekking hebben op de gehele keten, van ontwerp en productie tot het gebruik van het product in of aan de patiënt.

[23] Persbericht FHI 11 december 2012
[24] http://www.nefemed.nl geraadpleeg 11 juni 2013

# Bijlage 2

**Verslag Consultatiebijeenkomst Analyse Complexe Wondzorg d.d. 21 maart 2013**

Aanwezig

| | |
|---|---|
| Mw. W. Toersen | NPCF |
| Mw. S. van Tiggelen | FHI |
| Dhr. R. van Run | Nefemed |
| Dhr. T. Lassing | NOVW |
| Mw. B. den Boogert | V&VN Wondconsulenten |
| Mw. M. Maessen – Visch | NVDV |
| Mw. B. van Montfrans | NVDV |
| Dhr. S. Roskam | NVvH |
| Dhr. J. Duiven | ZN |
| Dhr. H. Lokker | ZN |
| Mw. K. Timm | Wondplatform Nederland |
| Mw. V. Oostendorp | WCS |
| Dhr. J. van Ginneken | VWS |
| Mw. P. Polman | CVZ |
| Mw. L. Visser | CVZ |
| Mw. A. Link | CVZ |
| Dhr. M. Gaasbeek Janzen | CVZ |
| Dhr. J. van Everdingen | CVZ |

**Bespreking Consultatiedocument Complexe Wondzorg**

*Procedureel*
De consultatiebijeenkomst is bedoeld om de meningen van partijen te peilen ten aanzien van een aantal consultatievragen die in het document zijn verwoord. Partijen worden uitgenodigd om vóór 2 april 2013 hun schriftelijke reactie aan het CVZ kenbaar te maken.
Het ligt in de bedoeling de Adviescommissie Pakket (ACP) op 5 april 2013 te informeren over deze analyse en de meningen van partijen. Wij willen verder de ACP 'scopen' over ons voornemen voorstellen te formuleren om de hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de functies van de huid in de wet- en regelgeving functiegericht vorm te geven.
Vervolgens zullen partijen worden geconsulteerd over deze voorstellen. Als alles volgens planning verloopt en partijen het – in grote lijnen – eens zijn met de voorstellen, is het mogelijk deze functiegerichte omschrijving in juni vast te stellen en in 2014 in te voeren.

*1. Inleiding*
Tijdens een overleg eind 2010 werd tussen VWS, NZa, CVZ en ZN afgesproken dat de verstrekkingenpraktijk zoals die tot dat moment werd toegepast, gehandhaafd kan blijven, ondanks de twijfel over de vraag of de omschrijving van de te verzekeren prestatie in wet- en regelgeving de lading wel dekt. Vanuit de NOVW wordt de vraag gesteld, waarom partijen zich niet aan dit convenant hebben gehouden.

Aanleiding voor dit overleg was de ontstane situatie rond de honingzalven. De afspraak moet worden gezien in het licht dat VWS, NZa en CVZ niet 'moeilijk' zullen doen als er producten worden verstrekt waarover twijfel bestaat over de aanspraak verbandmiddelen (*is het wel een verbandmiddel)*. Het betrof geen convenant, maar het resultaat van de bespreking. Dit laat onverlet dat het aan zorgverzekeraars is om – met inachtneming van de toepasselijke wet- en regelgeving – te bepalen of sprake is van een door hen te verzekeren en daarmee te vergoeden prestatie. Zorgverzekeraars zijn hierin autonoom.

In de inleiding wordt verder gesproken van een 'gebrek aan professionele standaarden'.
De NVDV bestrijdt dit. Er zijn wel degelijk professionele standaarden op het gebied van wondzorg, namelijk richtlijnen over de behandeling van decubitus, de diabetische voet, veneus ulcus cruris en arterieel ulcus (cruris).
Van de kant van het CVZ wordt aangegeven, dat dit misschien niet helemaal goed is geformuleerd. Het gaat erom dat de toepassingen van wondzorgproducten (welk soort product is bij welke complexe wond 1e of 2e keus) niet in richtlijnen wordt behandeld.

*2. De patiënt met een complexe wond*
Van de kant van de NDVD wordt aangegeven dat **DE** complexe wond niet bestaat.
Bij complexe wonden is altijd sprake van een onderliggende ziekte. Afhankelijk hiervan verschillen de wonden en kan de behandeling anders zijn.
Het is niet de bedoeling geweest alle wonden hiermee gelijk te stellen. Het ligt meer besloten in de onderzoeksvraag die aan het UMC Radboud is gesteld, namelijk om complexe wonden af te zetten tegen eenvoudige wonden.

*3. Onderzoeksresultaten*
De paragrafen 2 en 3 zijn rechtstreeks te herleiden uit het onderzoek 'Verkenning Wondbehandeling in Nederland' dat het UMC Radboud in opdracht van het CVZ heeft uitgevoerd.
De NVDV geeft aan zich niet te kunnen vinden in een aantal uitkomsten van dit onderzoek. Zij zijn bovendien niet betrokken geweest bij het onderzoek. De laatste twee bullits in paragraaf 3 komen uit richtlijnen van de NVDV, maar zijn door de onderzoekers niet juist vertaald.

Van de kant van het CVZ wordt aangegeven dat alle partijen zijn gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Zowel in focusgroepen als door middel van de web based enquête. Tijdens de expertgroep is gesteld, dat als het CVZ iets gaat doen met de uitkomsten van het onderzoek, partijen alsnog zullen worden geconsulteerd. En dat is in feite wat we nu aan het doen zijn. De NVDV wordt uitgenodigd om de zaken die wat hen betreft onjuist in het onderzoeksrapport zijn verwoord, tijdens de schriftelijke consultatie bij het CVZ kenbaar te maken.

*4. Uitvoeringspraktijk zorgverzekeraars*
In de tweede alinea van paragraaf 4.c.1 is het volgende gesteld. De beoordeling van de vergoedbaarheid, en daarmee de vraag of een bepaald product een verzekerd en daarmee vergoedbaar product is in de zin van de Zvw, berust bij zorgverzekeraars. Men moet er uiteraard wel voor zorgen dat de producten/categorieën producten die zij aanwijzen/vergoeden voldoende adequaat zijn om in te zetten bij de complexe wondzorg.
Vanuit de NVDV wordt de vraag gesteld of dit ook andersom geldt, bijvoorbeeld als producten ten onrechte zijn uitgesloten. Vanuit ZN wordt aangegeven dat dit inderdaad ook andersom geldt.

*6. Vraagstukken, oplossingsrichtingen en verantwoordelijkheden.*

<u>Consultatievraag 1</u>
Het verschil tussen zorgstandaarden en richtlijnen is de volgende.
Eigenlijk is een zorgstandaard een mooie richtlijn, waarin ook zaken zijn opgenomen vanuit het patiëntenperspectief (zelfmanagement en zorgplan). Deze zorgstandaarden worden door de patiënt omarmd en hebben vrijwel altijd betrekking op chronische aandoeningen.
Richtlijnen worden opgesteld door de beroepsgroep. De eerste stap op weg naar een zorgstandaard is een richtlijn. Partijen zien meerwaarde in het uitbreiden van de bestaande richtlijnen met een of meerdere zorgmodulen waarin per soort wond de best practices van wondmaterialen worden beschreven.

Consultatievraag 2
Partijen zijn voorstander van het functiegericht omschrijven van hulpmiddelen voor stoornissen in de functies van de huid, maar hebben nog wel aarzelingen.

- Zetten we de deur hiermee niet wagenwijd open, waardoor de nu al behaalde besparingen weer ingeleverd worden. Dit is afhankelijk van de vraag hoe de functiegerichte aanspraak vorm zal krijgen. Het is de bedoeling de materialen die voor vergoeding in aanmerking komen te beperken tot complexe wondzorg.

Vanuit ZN wordt de vraag voorgelegd of de invoeringsdatum van 2014 niet te vroeg is, nu er nog geen zorgmodulen bestaan? Een tussenstap zou kunnen zijn dat een aantal losse eindjes worden verduidelijkt om dan in een later stadium de wetgeving te hervormen. In tussentijd zou een projectgroep opdracht kunnen krijgen om deze losse eindjes standpunten in te nemen en zouden zorgmodulen kunnen worden ontwikkeld.
Andere partijen werpen de vraag op waarom we de verbandmiddelen functiegericht willen omschrijven.
VWS geeft aan dat de minister bewust gekozen heeft voor de functiegerichte omschrijving van aanspraken. De minister wil liefst zo spoedig mogelijk een 'regelarme wet', die toekomstbestendig is.
Vanuit het CVZ wordt aangegeven dat de invoering van de functiegerichte aanspraken in wet- en regelgeving los staat van de noodzaak om zorgmodulen te maken. Ook onder de huidige wet- en regelgeving is dat van belang.

Consultatievraag 3
Deze vraag gaat over het (te ontwikkelen) beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten. Vanuit het CVZ wordt aangegeven dat wij voornemens zijn om het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg te updaten. Op dit moment wordt er nog vanuit gegaan dat het CVZ ieder dossier dat rond een nieuw hulpmiddel wordt ingediend, zal beoordelen. Nu we functiegerichte aanspraken hebben en uit het oogpunt van risicogericht pakketbeheer zal dat in de toekomst anders gaan. Het is in eerste instantie aan zorgverzekeraars te beoordelen of een nieuw product onder de te verzekeren prestatie valt. Bij twijfel kan men het CVZ al pakketbeheerder raadplegen. Een dossier dat uitsluitend op initiatief van de industrie worden ingediend zal het CVZ niet langer meer gaan beoordelen. Een innovatie moet minstens ondersteuning genieten van patiënten en/of behandelaars. Deze lijn volgen we bij andere zorgvormen ook.

Vanuit de NVDV wordt de vraag gesteld welk niveau van bewijs het CVZ hanteert bij de beoordeling van zorgvormen. Hierover heeft het CVZ een rapport uitgebracht 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'. Er dienen in principe twee vergelijkende studies zijn op A2 niveau (RCT's) die de meerwaarde van een bepaalde interventie aantonen. In genoemd rapport is uiteengezet in welke situaties wij met lager evidence genoegen nemen. Het probleem bij de hulpmiddelenzorg is, dat dergelijk bewijs voor de meeste producten niet beschikbaar is. Dit is historisch zo gegroeid, immers voor de inwerkingtreding van de Zvw gold dit criterium niet voor hulpmiddelenzorg.

Consultatievraag 4
Partijen kunnen zich erin vinden om de te ontwikkelen zorgmodulen als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen.

Consultatievraag 5
Er wordt lang stil gestaan bij het wondplatform en de vraag of dit platform een rol zou kunnen spelen bij de ontwikkeling van de zorgmodulen. Het probleem hierbij is dat niet alle partijen aan tafel zitten bij het wondplatform. De medisch specialisten, de NOVW en de huisartsen zijn bijvoorbeeld niet vertegenwoordigd in dit platform. Vanuit het platform wordt aangegeven dat partijen keer op keer zijn uitgenodigd. Vanuit de NVDV wordt aangegeven dat men zich niet kan

verenigen met de doelstellingen van het wondplatform. De NVDV heeft een andere doelstelling. Een wondplatform dat kan rekenen op steun van de beroepsgroepen moet een onafhankelijke voorzitter hebben. De industrie mag wel bij het wondplatform worden betrokken, maar er moeten goede spelregels worden afgesproken. Succesvolle platforms zoals de NDF en de Long Alliantie hebben daar goede afspraken over gemaakt. Misschien is het goed als het wondplatform hier nog eens naar kijkt. Als het niet mogelijk is partijen aan tafel te krijgen is het misschien beter om opnieuw te beginnen, vanuit doelstellingen en spelregels waar alle partijen zich in kunnen vinden.

Op de overige consultatievragen zal omwille van de tijd schriftelijk worden gereageerd.

Bijlage 3

**Bijlage 3**

## Ontvangen reacties consultatie 'Analyse Complexe Wondzorg'

**1.** V&VN Wondconsulenten
d.d. 28 maart 2013

**2.** Zorgverzekeraars Nederland – Projectgroep Verbandmiddelen
d.d. 28 maart 2013

**3.** Branchebelang Thuiszorg Nederland
d.d. 29 maart 2013

**4.** Nefemed
d.d. 29 maart 2013

**5.** Nederlandse Vereniging van Diabetespodotherapeuten
d.d. 29 maart 2013

**6.** Nederlandse Organisatie voor Wondprofessionals
d.d. 1 april 2013

**7.** Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
d.d. 2 april 2013

**8.** Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
d.d. 3 april 2013

**9.** Wondplatform Nederland
d.d. 4 april 2013

**10..** Nederlands Huisartsengenootschap
d.d. 4 april 2013

**11.** FHI Medische Technologie
d.d. 10 april 2013

**12.** Verenso
d.d. 18 april 2013

**Reactie V&VN Wondconsulenten op consultatiedocument CVZ t.b.v. 14 maart 2013**

Plaats Hoofdplaat Datum: 9 maart 2013

---

1.d. Consultatie

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. Binnen de consultatieperiode willen wij de verschillende vraagstukken, verantwoordelijkheden en oplossingsrichtingen ook graag met partijen bespreken. Om de zienswijze van partijen te vernemen, stelt het CVZ in dit consultatiedocument de volgende vragen:

**Consultatievraag 1:**

Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?**Ja**

• moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?**Ja**

• hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen? welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?De V&VN/WCS/CBO prestatieindicatorenset WEC is leidend voor de kwaliteitstandaard van de wondzorg in Nederland. De set is tevens goedgekeurd door het Wondplatform Nederland. In de set worden de diverse kwaliteitseisen zoals kwaliteiten casemanager, werken volgens geldende richtlijnen, organisatievoorwaarden maar ook uitkomstmaten genoemd. De set dient een kapstok te zijn waaraan de diverse aspecten uit de kwaliteitsstandaarden worden opgehangen. De professionals moet dit verder oppakken met als doel verder optimalisatie.

Consultatievraag 2:

Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?

In principe behoeft het geen discussie waaronder de verbandmiddelen vallen. Natuurlijk kan het functiegericht voorschrijven ervoor zorgen dat er nog efficiënter met producten wordt omgegaan en bespaart wordt. Doch als men echt wil besparen pleit V&VN Wondconsulenten ervoor om de kosten van verbandmaterialen in de 1$^{ste}$ lijn onder te brengen in de vergoeding voor bijv. de huisarts en in de 2 de lijn van de voorschrijver. Dit zal ertoe leiden dat verbandmateriaal efficiënt wordt toegepast en verspreidt. Het weghalen van de organisaties, zoals apotheken en groothandel, zorgt ervoor dat er enkel nog wordt gedacht vanuit kostenbesparing.

Consultatievraag 3:

Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?

V&VN Wondconsulenten wil zeker meedenken over hoe we in de toekomst kritischer kunnen kijken of een nieuw product wel of niet wordt goedgekeurd voor vergoeding. Belangrijk daarbij is wel om te kijken of het om een laag- of hoogrisico product gaat. Indien men natuurlijk streeft naar de criteria van wondexpertisecentra en men straks in heel Nederland toetsbare wondzorg heeft dan zullen "slechte" producten ook niet meer worden toegepast.

Consultatievraag 4:

Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende

zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u

van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of

producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?

Helemaal mee eens, zie ook 3

De opmerking dat er verdeeldheid is in Wond Nederland is onterecht, het is erg te betreuren dat het zo lijkt omdat 1 partij met totaal andere belangen, maar zich profilerend als beroepsorganisatie, enkel maar voordeel heeft bij desorganisatie van het Wondplatform Nederland.

Consultatievraag 5:

Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan

treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?Ja, Wondplatform Nederland is volop bezig om dit te realiseren, is een stichting en heeft duidelijke staten. Een groot deel van alle stakeholders zijn lid van het Wondplatform Nederland. Het Wondplatform Nederland heeft zich reeds in 2 jaar ontwikkeld tot een belangrijke gesprekspartner voor vele belanghebbenden.

Kijkende naar kenniscentra is de WCS de ideale partij om zich als dusdanig te profileren. Doet dit al sinds de jaren 80. Een definitieve erkenning als expertisecentrum zal de WCS de mogelijkheid geven om zich daar ook professioneler in te ontwikkelen. De WCS bewijst reed jaren dat het voldoet aan de behoefte, de producten worden gretig afgenomen en zijn van een hoog niveau.

Consultatievraag 6:

Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis?

Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?

V&VN Wondconsulenten is in opdracht van het Wondplatform Nederland druk bezig met het beschrijven van de competenties van de diverse hulpverleners die met wondzorg in aanraking komen. De basis hiervan is het functiehuis 2020 van V&VN. Per functie wordt aangegeven aan welke competentieprofielen de hulpverleners dient te voldoen, welke verantwoordelijkheden iemand heeft en welke opleiding iemand dient te doorlopen.

Consultatievraag 7:

Wat vindt u van de constatering van de onderzoekers dat het aantalopleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meerverpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?

Is een terechte opmerking. V&VN Wondconsulenten betreurt dat de opleiding(en) nog steeds niet is erkent. Dit in de 1$^{ste}$ plaats daar hierdoor nog veel "wondconsulenten" de opleiding niet mogen doen van hun instelling (toch niet erkent), in de 2$^{de}$ plaats regelmatig gekozen wordt om de opleiding verpleegkundig specialist te volgen die wel subsidie ontvangt. Is jammer daar men in de opleiding verpleegkundig specialist geen inhoudelijke opleiding krijgt over wondzorg. Ideaal beeld zou zijn dat beide opleidingen op elkaar aansluiten. Erkenning en subsidiering van de opleiding wondconsulent – verpleegkundige zou er ieder geval toe leiden dat meer wondconsulenten deze zouden doen met als resultaat goede wondzorg in de praktijk.

Consultatievraag 8:

Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeelkan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?Het wonddossiers dient een geïntegreerd onderdeel te zijn van het elektronisch patiëntendossier . Wondzorg staat niet alleen, is vaak een gevolg van een complexer probleem. Als men een wondzorg dossier heeft moet men ook beschikken over allerlei andere gegevens als operatieverslagen, röntgenfoto's, lab, etc…. Het moet wel mogelijk zijn om vanuit het dossiers overdrachten voor de ketenzorg te realiseren.

Natuurlijk moet het dossiers ook over de mogelijkheid beschikken om transparantie te verkrijgen in de verkregen resultaten en de effectiviteit van de wondzorg. Zo krijgt men ook inzicht in de kosten-bateanalyse.

Consultatievraag 9

Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?

In de eerste plaats het streven om de kwaliteit van wondzorg te verbeteren door te voldoen aan de prestatieindicatorenset wondexpertisecentrum. Dan kijkende naar de verspilling van wondproducten is het advies van V&VN Wondconsulenten om de kosten onder te brengen in de DOT's of andere prestatiebekostigingen bij andere voorschrijvers. De kosten leggen bij de voorschrijver leidt tot kostenbesparing. Het weghalen van tussenleveranciers die er ook aan moeten verdienen leidt enkel al tot besparing.

Consultatievraag 10:

Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?

Zeer en zeer positief. Daar waar wondexpertisecentra aanwezig zijn wordt al dagelijks bewezen dat door een multidisciplinaire aanpak wonden sneller genezen en veel geld wordt bespaart. Het Wondexpertisecentrum heeft 3 kerntaken nl. evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en expertiseverspreiding. Niet voor niks zijn 2 van de 3 kerntaken gericht op ketenzorg met als doel goede wondzorg in de gehele regio met een laagdrempelig wondexpertisecentrum als coördinator en expertisecentrum. In principe dient iedere regio te beschikken over een wondexpertisecentrum.

Schriftelijke reacties kunnen tot en met 2 april 2013 verstuurd worden aan het CVZ.

Uw e-mail kunt u richten aan lvisser@cvz.nl onder vermelding van consultatie 'Analyse

Complexe Wondzorg'.

---

**Onderwerp:** Reactie Consultatiedocument "Analyse Complexe Wondzorg"

Zeer geacht CVZ,

Mede onder dankzegging aan collega's Jacques Duiven en Ilse akkerman van Zorgverzekeraar CZ doe ik u de reactie op het consultatiedocument "Analyse Complexe Wondzorg" toekomen van de projectgroep Verbandhulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland. In deze projectgroep zijn alle zorginhoudelijk/medisch adviseurs van de Hulpmiddelenteams van alle zorgverzekeraars vertegenwoordigd.

Onder het adresblok is per consultatievraag onze reactie weer gegeven.

Met vriendelijke groet,

Hans Lokker
Voorzitter Projectgroep Verbandhulpmiddelen Zorgverzekeraars Nederaland

Achmea Zorg & Gezondheid
Zorginkoopteam Hulpmiddelen & Mobiliteit

---

**Reactie op consultatievraag 1:**

- Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?
  *De wondbehandeling kent op verschillende gebieden een richtlijn (diabetesvoet, ulcus, decubitus, acute wond[bijna klaar]). Het is aan te bevelen dat vanuit deze richtlijnen kwalitatief goede zorgstandaarden ontwikkeld gaan worden die het(de) zorgpad(en) goed weer ge(v)eft(en) en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van elke zorgdeskundige in het zorgpad vastlegt en welk eerste en tweede keus materiaal er voorkeur hebben. Dit pad lootp ons inziens dwars door de eerstelijn, 1½-lijn, tweedelijn, derde lijn en (voor zover nog van toepassing blijvend) de ABWZ-lijn heen.*

- Moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?
  *Ja, zonder meer, omdat de kwalitatieve en doelmatige zorg mede bepaald wordt door goede en snelle diagnose én het op tijd consulteren van mede-zorgdeskundigen. Bovendien bestaat er op deze manier ook de borging van de (eind)verantwoordelijke van de behandeling.*

- Hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?
  *In een multidisciplinair projectteam waarin alle actoren op gebied van de wondzorg betrokken zijn (zorgprofessionals,patiëntenvereniging, leveranciers), afgestemd op het type richtlijn; daarnaast adviseren we een landelijk stuurgroep die de projectgroepen begeleidt en zorg draag voor de onderlinge afstemming(deelnemers o.a. VWS/ZN/CVZ/NPCF)*
  *Kwaliteitsstandaarden moeten ergens in beheer zijn, het kenniscentrum WCS zou dit kunnen zijn tesamen met een universiteit.*

- Welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?
  CVZ/ZN/WCS.

**Reactie op consultatievraag 2:**

- Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?

  *Het verwerken van de verbandhulpmiddelen in de ziekenhuisverrichtingen/DBC/DOT leidt tot een sterk onscherp beeld in effectieve en efficiënte toepassing van de materialen en grote verwarring in logistiek en financiële componenten. Qua volume aan materiaal en diensten vindt het grootste deel van de wondbehandeling (ook complexe wondzorg) plaats in de eerstelijn door de huisarts in combinatie met de thuiszorg, al dan niet met consultaties van de medisch specilaist. Door de diversiteit aan producten lijkt het noodzakelijk uitwas van dit volume enigszins te kanaliseren. Doordat er nog onvoldoende richtlijnen en zorgstandaarden zijn lukt het niet om via deze manier de kaders aan te geven. Ook de stand van wetenschap en praktijk kan niet worden aangewend om zorggroei of inzet van materiaal af te bakenen. Het functie gericht omschrijven van de aanspraak komt op dit moment te vroeg. Misschien is de invoering het de functiegerichte aanspraak met de overgang van de verpleegkundige zorg (AWBZ naar ZVW) wel een betere optie. De wondzorg is namelijk een behandelproces waarbij middel en zorg onlosmakelijk aan elkaar zijn gekoppeld.*

  *De prestatie verbandmiddelen als hulpmiddelenzorg levert inkoopkracht op, voorkomt verspilling en bevordert doelmatigheid op een productgerelateerde effectiviteit en efficiënte logistiek. Wel moet vast gelegd worden dat materialen ingezet op de polikliniek, in het ZBC of in de praktijk van de zorgverlener vallen voor rekening van polikliniek, praktijk of ZBC. Er bestaat thans een levendige U-bocht handel, waarbij patiënten bij een lokale leverancier/apotheek materialen ophalen en meenemen naar ziekenhuis/ZBC of praktijken die op naam van patiënt bevoorraad worden.*

  *De reactie op het functiegericht omschrijven is opgenomen in het tweede uitgereikte document*

**Reactie op consultatievraag 3:**

- Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?

  *De rol die verzekeraars thans hebben is goed en kan gehandhaafd blijven. De ontwikkeling van zorgstandaarden zal de rol van de verzekeraars sterk ondersteunen. De huidige wet- en regelgeving en aanvullende standpunten en duidingen van het CVZ geven soms onvoldoende kader. Dit komt mede door de ontwikkelingen van de producten in de achterliggende jaren. Wat is de essentie van fixatie? Wat bogen we met reinigen? Wat is afdekken met een vloeibaar/gelei-achtig verband?..... enzovoorts.*

  *Ook het definiëren van toepassingsgebieden is onduidelijk. Hulpmiddelenzorg is geen ziekenhuiszorg, dus in de toetsing van de materialen gaan we er gevoeglijk vanuit dat een verbandmiddel sec voor de operatiekamer niet in de hulpmiddelzorg ingezet wordt. Het is een praktische aanname maar vanuit de huidige regeling moeilijk vertaalbaar. Dit zelfde geldt voor de tapes in de paramedische(fysiotherapie, huidtherapie) behandeling.*

  *Ook bij een functiegerichte aanspraak zullen verzekeraars dergelijk kaders nodig hebben om een black box van verbanmiddelen in juiste banen te(blijven)leiden.*

  *Waar ligt de grens van farmaceutische zorg en medisch hulpmiddelen? De case rond Cacipliq maakte dit nog eens duidelijk. De hoge kosten en het zware traject een middel als farmaceutisch component geregistreerd te krijgen leiden soms naar de gemakkelijke en nauwelijks controleerbare weg van aanmelden bij Z-index als medisch hulpmiddel. Het beschrijven van het kader is noodzakelijk.*

  *Mate van evidence: consensus in de mate van evidence die noodzakelijk is voor het aanmelden van en verbandhulpmiddel is hard nodig. Dit geldt niet alleen voor de nieuwe c.q. toekomstige aanmeldingen, maar ook voor de huidige producten in de taxe-lijsten.*

**Reactie op consultatievraag 4:**

- Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?
  *Zie hiervoor de antwoorden bij vraag 1 en .*

**Reactie op consultatievraag 5:**

- Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?
  *Het huidige Wondplatform Nederland kan deze rol gaan vervullen, mits in de komende maanden de kerndisciplines dermatologie, huisartsgeneeskunde en heelkunde lid worden van het platform.*
  *Een voorzitter die boven de partijen staat is erg belangrijk. Het Wondplatform Nederland heeft laten weten dit al in 2013 te willen realiseren.*

**Reactie op consultatievraag 6:**

- Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis? Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?
  *Belangrijk is welk point of view bedoeld wordt. Gaat het om diagnostiek of behandelplan? Dan kennen we richtlijnen e.d. en het ontwikkelen daarvan. Gaat het om kunde? Dan hebben we de beroepscompetenties en de beroepsverenigingen. Er zal een uitbreiding moeten komen van de opleidingsplaatsen voor wondverpleegkundige. Daarnaast zullen de huidige zorgprofessional moeten worden bijgeschoold in productgebruik en toepassing van richtlijnen en zorgstandaarden. Gaat het om materialen? Dan is ontwikkeling van een kennisbank noodzakelijk. Dit zou onder toezicht van een universiteit moeten en in samenwerking met het kenniscentrum WCS kunnen.*

**Reactie op consultatievraag 7:**

- Wat vindt u van de constatering van de van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?
  *Ja terecht maar:Is er al een goede onderbouwde visie wat we voor kennis en kunde we nodig hebben, alvorens we een studie inrichten? Antwoord: We denken te dele, zonder af te doen van het hoog niveau van de afgestudeerde aan Cardif, Erasmus en Nijmegen.*
  *Geldt deze vraag ook niet voor een grote groep artsen, waar binnen de medische opleiding er nauwelijks aandacht is voor wondbehandeling? Zou voor deze complexe zorg geen combinatieopleiding mogelijk of zelfs moeten zijn?*

**Reactie op consultatievraag 8:**

- Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?
  *De wondbehandeling en de wondzorg dienen onderdeel te zijn van het integrale elektronische patiëntendossier. In de inrichting er van vraagt het wel exclusieve toepassingen, zoals foto-opslag e.d.*

**Reactie op consultatievraag 9:**

- Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?
  *Heldere voorwaarden stellen aan het voorschrijven:*
  - *wat is beoogd doel (korte en/og langere termijn) van de ingezette behandeling*
  - *Wat is de frequentie van de verbandwissel*
  - *Wanneer komt patiënt terug op polikliniek of in praktijk*
  - *Afgifte van materialen voor de afgebakende periode. Bijvoorbeeld een periode tussen twee consulten*
  - *Generiek voorschrijven, tenzij….. (naar model farmacie)*
  - *Fabrikanten maken kleinere verpakkingseenheden*
  - *Duidelijkheid over het terug nemen en herinzetten van niet gebruikte materialen (en dus*

*crediteren bij de verzekeraar); leveranciers voeren aan dat dit wettelijk niet mag.*

- *Uiteindelijk toewerken naar een kostprijs per wondsoort i.p.v. van verrichting, consultatie en materiaalsoort.*

*Verzekeraars doen bovenstaande meer en meer. Het ZN-aanvraagformulier ondersteunt dit gehele proces, maar vooral de LHV heeft grote moeite met functiegericht voorschrijven in de huidige vorm van het ZN-aanvraagfomulier. De projectgroep Verbandhulpmiddelen van ZN gaat de komende maanden met een aantal kernleden van het Wondplatform Nederland (verpleegkundigen/FHI/Nefemed) het huidige aanvraagformulier omzetten naar een gedegen aanvraagprotocol voor de verbandmaterialen, wat volledig past binnen de gedachte van het functiegericht omschrijven en voorschrijven en aansluit bij de richtlijnen en ook bereikbaar moet zijn via het Vecoso-machtigingen portaal (thans in ontwikkeling/oprichting).*

**Reactie op consultatievraag 10:**

- Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?

  *Ligt aan de vorm. Momenteel lijkt het meer een businessmodel dan een kwaliteitgedreven model, terwijl de criteria helder en goed zijn. De ernst van de wond maakt of er een WEC noodzakelijk is, of dat een patiënt met enkele consulten van dermatoloog of Verpleegkundig Specialist onder regie van de huisarts goed behandelt en door de thuiszorgverpleegkundige goed verzorgd kan worden.*

  *Een Expertise centra op gebied van wondzorg zien we als 3e lijnszorg. Zij hebben de taak om de zeer complexe wondzorg te behandelen. Zij zijn m.i. overigens een bakermat voor de ontwikkeling van zorgstandaarden voor het behandelproces en de de evidence van materiaal toepassingen. Zij kunnen met hun expertise en het verzamelen van dataregistratie een bijdrage leveren bij het vervaardigen van protocollen en opleidingen van wondconsulenten/ wondprofessionals*

College voor Zorgverzekeringen
Mevrouw E.C.M. Visser
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Oosterhout, 29 maart 2013 Kenmerk: CM-JV-2903131

Betreft: Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg

Geachte mevrouw Visser,

Allereerst willen wij u danken voor de mogelijkheid om te reageren op de Analyse Complexe Wondzorg en de hieruit voortvloeiende vraagstukken.

**Algemeen**

Ondanks het feit dat een aantal issues vooral betrekking hebben op het speelveld van behandelend artsen en verstrekkers, ziet BTN zich als brancheorganisatie voor zorgaanbieders in de thuiszorg, waar het gaat om uitvoering en organisatie van complexe wondzorg, betrokken. Wat ons opvalt is, dat er in het document vooral gesproken wordt over de verbandmiddelen maar niet of nauwelijks over de ureninzet die benodigd is voor adequate complexe wondzorg. In onze ogen zijn beiden onlosmakelijk met elkaar verbonden wanneer wordt gesproken over het " product" Complexe Wondzorg.

In het document wordt kort het Regeerakkoord van 29 oktober 2012 genoemd waarvan een nadere uitwerking op zeer korte termijn wordt verwacht. Deze uitwerking op het gebied van de decentralisatie naar gemeenten, extramuralisering van zorg en versobering van de AWBZ moet in onze ogen bepalend zijn voor de keuzes die gemaakt gaan worden met betrekking tot de organisatie van de Complexe Wondzorg. Hierbij vragen wij aandacht voor het belang van een geïntegreerd en samenhangend totaalpakket van zorg & welzijn dicht bij de cliënt.

Hierop vooruitlopend zou de coördinatie van de individuele Complexe Wondzorg een samenspel moeten zijn tussen behandelend arts en de wijkverpleegkundige waarbij gebruik gemaakt kan worden van regionale kennis/expertisecentra. Lokale invulling kan daarbij mogelijk zijn mits er een eenduidige en heldere basis is waaruit blijkt waar complexe wondzorg aan moet voldoen. Het ontwikkelen van een zorgstandaard conform de normen en het toetsingskader van het kwaliteitsinstituut draagt hiertoe zeker bij. BTN onderschrijft het belang van adequate overdracht zowel binnen de 2e lijnszorg als tussen de 2e- en 1e lijnszorg.

**Branchebelang Thuiszorg Nederland:** Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00 **E** info@branchebelang-thuiszorg.nl
**I** www.branchebelang-thuiszorg.nl SNS Bank 79.00.28.336 KvKnr. 40284816 BTWnr. NL80.60.44.470

Hieronder wordt kort op de consultatievragen ingegaan voor zover dit in bovenstaande niet al expliciet aan de orde is geweest.

***Consultatievraag 1:***
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?* ***Ja***
*- moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?* ***Ja***
*- hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?* ***Zie algemeen***
*- welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?* ***Artsorganisaties waarbij BTN van mening is dat wel alle partijen bij de ontwikkeling betrokken moeten worden.***

***Consultatievraag 2:***
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*
***Wij zijn van mening dat dit buiten het speelveld van BTN ligt.***

***Consultatievraag 3:***
*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*

***Wij zijn van mening dat dit buiten het speelveld van BTN ligt.***

***Consultatievraag 4:***
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

***BTN is van mening dat de zorgstandaard los moet staan van het bekostigings/ toelatingsvraagstuk. De zorgstandaard omschrijft welk doel of resultaat een toepassing moet hebben. Uiteraard moeten toe te laten middelen hieraan voldoen.***

***Consultatievraag 5:***
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*

***Naar de mening van BTN is een wondplatform overbodig en kan dit platform niet namens alle partijen naar buiten treden. Wij adviseren partijen aan te spreken op hun eigen verantwoordelijkheid/expertisegebied***

**Branchebelang Thuiszorg Nederland:** Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00 **E** info@branchebelang-thuiszorg.nl
**I** www.branchebelang-thuiszorg.nl SNS Bank 79.00.28.336 KvKnr. 40284816 BTWnr. NL80.60.44.470

***Consultatievraag 6:***
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis? Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*

***BTN vindt het verzamelen, bundelen, verspreiden en delen van kennis op het gebied van complexe wondzorg via één portaal een goede zaak. Huidige en nieuw in te richten expertisecentra kunnen hierbij vooral ook de al bestaande portalen en kennisorganisaties betrekken, benutten en voeden zoals bijvoorbeeld Vilans, Kennisplein VVT en kennisplein gehandicaptensector.***

***Consultatievraag 7:***
*Wat vindt u van de constatering van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*

***Wanneer de zorgstandaard een bepaald deskundigheidsniveau en expertise voorschrijft en de bekostiging goed geregeld is zullen zorgaanbieders de noodzaak inzien van het opleiden van specialisten op het gebied van complexe wondverzorging. Wij zien op het gebied van opleidingen een rol weggelegd voor regionale expertisecentra.***

***Consultatievraag 8:***
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*

***Er zijn goede ervaringen met specialistische dossiers voor thuisbeademing vanuit de CTB's (centra voor thuisbeademing); deze maken als het ware als aanhangsel wel onderdeel uit van het zorgdossier/medisch dossier van respectievelijk de zorgaanbieder/behandelend arts. Op deze wijze zou dat ook voor het wonddossier kunnen gelden zodat administratieve lasten worden beperkt en de overdracht van cliëntgegevens optimaal is.***

**Branchebelang Thuiszorg Nederland:** Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00 **E** info@branchebelang-thuiszorg.nl
**I** www.branchebelang-thuiszorg.nl SNS Bank 79.00.28.336 KvKnr. 40284816 BTWnr. NL80.60.44.470

***Consultatievraag 9:***
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*

***Naast de in het document al genoemde logistieke maatregelen is BTN er voorstander van om een mogelijkheid te creëren ongebruikt materiaal terug te geven aan de verstrekker.***

***Consultatievraag 10:***
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*

***De nieuwe wondexpertisecentra kunnen regionaal een goede functie hebben zodat kennis en expertise wordt gebundeld. BTN is van mening dat deze wel eenduidig van opzet en vooral voorwaarde scheppend en aanvullend moeten zijn op lokaal georganiseerde complexe wondzorg. Dit vraagt wel commitment van zowel de cure als care sector.***

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Voor aanvullende informatie zijn we altijd tot een nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,
namens BTN

J.C. Verschuren MBA
Bestuurder

**Branchebelang Thuiszorg Nederland:** Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout **T** 0162 - 46 00 77 **F** 0162 - 43 44 00 **E** info@branchebelang-thuiszorg.nl
**I** www.branchebelang-thuiszorg.nl SNS Bank 79.00.28.336 KvKnr. 40284816 BTWnr. NL80.60.44.470

NEFEMED
GESPREKSPARTNER IN DE GEZONDHEIDSZORG

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Mevrouw Visser
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

*Kenmerk* : nfm.bri.353
*Betreft* : Reactie Nefemed op Consultatiedocument 'Analyse Complexe Wondzorg'
*Datum* : 29 maart 2013

Geachte mevrouw Visser,

Hierbij reageren wij op het consultatiedocument “Analyse Complexe Wondzorg”.

Het document probeert tot een aantal antwoorden op vraagstellingen te komen waarvoor het eerdere rapport “Verkenning Wondbehandeling in Nederland” van de Radboud Universiteit diverse bouwstenen heeft geleverd. Het rapport van het Radboud was nadrukkelijk een verkenning en zeker geen totaalrapport over de wondzorg in Nederland. De praktijk van de wondzorg is daarin vooral vanuit de invalshoek van de 2$^{e}$ -lijn beschreven. De 1$^{e}$ en 1,5 lijn komen niet of nauwelijks aan bod. Juist de wondzorg buiten de instelling is nu nadrukkelijk aan de orde als het gaat om het formuleren van de juiste uitgangspunten. Het vastleggen van een degelijke wettelijke basis en het uitwerken van noodzakelijke randvoorwaarden waarbij belanghebbenden zich vanuit hun eigen taken en verantwoordelijkheden committeren hun bijdrage te leveren is wat ons betreft dé manier om wondzorg als fenomeen goed te duiden en in de praktijk op adequate wijze te realiseren. Het leveren van goede wondzorg vereist in de praktijk dan ook een ketenaanpak waarvoor nu een basis, niet alleen wettelijk, kan worden gelegd.

Zoals het voorliggende document zelf ook terecht aangeeft (evenals het concept-rapport over wondzalven e.d. uit 2010) is het productenscala dat bij wondzorg kan worden gebruikt zozeer verbreed en qua definitie minder eenduidig dat niet meer volstaan kan worden met de oude definitie van verbandmiddelen. Deze term (verbandmiddelen) vinden wij overigens ook niet meer passend bij de behandeling van wonden resp. wondzorg en zou ook bij de aanpassing en modernisering van de

Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten
Reitseplein 8, 5037 AA Tilburg, Postbus 90154, 5000 LG Tilburg. Telefoon: 013-5944342, Fax: 013-5944749.
E-mail: nefemed@wispa.nl Internet: www.nefemed.nl. Bank: ING Bank, rek.nr. 652307701.
Bic INGBNL2A. IBAN NL73INGB0652 3077 01

regelgeving moeten worden meegenomen. Meer in het algemeen is het uitgaan van de juiste definities gewenst om helder te zijn in wat precies wordt bedoeld.

Met betrekking tot de consultatievragen komen wij tot het volgende.

**Consultatievraag 1 en 2 over kwaliteitsstandaard voor wondzorg en functiegerichte omschrijving.**

Wij achten het van groot belang dat er een zorgstandaard of kwaliteitsstandaard komt. Het gebrek hieraan heeft in het verleden tot problemen geleid in de uitvoeringspraktijk. Een dergelijk initiatief is een onlosmakelijke voorwaarde om te komen tot een functiegerichte omschrijving die wettelijk moet worden verankerd. Ondersteuning door het nieuwe Kwaliteitsinstituut kan helpen om voortvarend hieraan uitwerking te geven alsook het gewicht en de noodzaak van dit initiatief bij alle belanghebbenden te vergroten.

Het verwijsproces in de zin van de organisatie van zorg/het zorgproces maakt daarvan onderdeel uit waarbij in algemene termen kan worden gesproken over het deskundigheidsniveau van de zorgverlener. Dat bepaalt immers de inhoud van de zorg en het resultaat van de behandeling dat daar mede van afhankelijk is. Beschouwing van een verbijzonderde Richtlijn Functionele Aanspraak is dan ook hierbij aan de orde.

Wij sluiten onszelf niet uit om het initiatief voor een kwaliteitsstandaard te nemen. Voorstelbaar is overigens dat het Wondplatform hier een prominente rol neemt.

**Consultatievraag 3 over beoordeling van wondzorgproducten**

Wij zijn van mening dat het mogelijk moet zijn dat fabrikanten/de industrie een verzoek tot beoordeling van wondzorgproducten door het CVZ doen. Zo nodig dienen hieraan voorwaarden te worden gesteld. Het moet voor de fabrikant toch mogelijk zijn bij de beoordeling van zijn eigen product op zijn minst te worden betrokken en zonodig het voortouw te kunnen nemen.

**Consultatievraag 4 over wat onderdeel zou moeten zijn van de kwaliteitsstandaard**

Wij zijn van mening dat in de wondzorg meer oog zou moeten zijn voor het uitgangspunt practice based evidence. Dit sluit aan bij vergoeding van “in de praktijk ingeburgerde producten” (zie consultatievraag 3) alsook bij de praktijk van de wondzorg. Honorering van product(categorieën) die een onmisbaar onderdeel uitmaken van het behandelarsenaal is dan nadrukkelijk aan de orde. Of dit ook betekent dat deze categorieën een plaats moeten krijgen in de kwaliteitsstandaard is minder makkelijk te beantwoorden en zal mede afhankelijk zijn van de uitwerking. Juist bij een meer open systeem waar innovatie van zorg bij is gebaat is

het van belang niet via de kwaliteitsstandaard alsnog er een soort van gesloten systeem van te maken.

**Consultatievraag 5 over het belang van een door de sector gedragen aanwezigheid van een Wondplatform en de voorwaarden die nodig zijn om hiertoe te komen**

Wij zien een platform waarin de verschillende inhoudelijke op zorg gerichte partijen structureel overleg hebben over de inrichting van de wondzorg als zeer wenselijk instrument. Wondzorg is zeer divers en dat maakt het noodzakelijk om op één centraal punt met elkaar te komen tot invulling van instrumenten als richtlijnen, protocollen en standaarden. Wondplatform Nederland zien wij op dit moment als de aangewezen mogelijkheid om daar invulling aan te geven. Noodzakelijke voorwaarde is draagvlak en commitment bij de betrokken partijen voor deze invulling van het Wondplatform. Wij zien dat in de bijlage van het consultatierapport een aantal partijen aangegeven en constateren tot onze verbazing dat Nefemed, als inhoudelijk expert rondom producttoepassing, niet benoemd staat. Wanneer het gaat om het betrekken van partijen die inhoudelijk een oordeel kunnen geven over de inzet van producten als essentieel onderdeel van de praktijk van de wondzorg, zit Nefemed namens de fabrikanten aan tafel. Dit is in het huidige overleg reeds het geval. Om te komen tot een noodzakelijke versnelling in de slagvaardigheid is nodig dat voor de inrichting van dit wondplatform onderscheid wordt gemaakt in inhoudelijke zorgexperts en de randvoorwaardelijke partijen als zorgfinanciers en beleidsmakers.

**Consultatievraag 6 over een centrale (verbeterde) kennisbasis en de voorwaarden om daartoe te komen**

Zoals ook aangegeven door de Minister van VWS, heeft de wondzorg al een kenniscentrum, dat vanuit met name verpleegkundige hoek wordt erkend. Vraag is in hoeverre een nieuw op te richten kennisbasis in meer activiteiten rondom onderzoek naar effectiviteit van interventies resulteert. Het zou de industrie helpen wanneer de kennis over effecten van behandelingen en producten, meer expliciet wordt gemaakt en onder artsen en verpleegkundigen wordt gedeeld. Wanneer dat doel bereikt kan worden op basis van de huidige structuur met WCS, zou dat de voorkeur hebben boven het nieuw oprichten en inrichten van een kenniscentrum. Essentiële randvoorwaarde is de erkenning van dit centrum vanuit alle disciplines die betrokken zijn bij wondzorg.

**Consultatievraag 7 over de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundigen op het gebied van wondzorg**

Nefemed is een van de partijen die in 2004 actief was betrokken bij de oprichting van de opleiding voor wondconsulenten en wondverpleegkundigen via het Erasmus

MC. Van belang was destijds naast de oprichting, ook de erkenning van deze opleiding om daarmee het belang van een specialistische wondexpert te ondersteunen. Erkenning van dit specialisme is noodzakelijk als signaal richting instellingen om medewerkers op te leiden en/of specialistische verpleegkundigen op cruciale functies te benoemen. Naast specifieke aandacht voor (opleiding en aannemen van) wondverpleegkundigen, is samenwerking tussen artsen ook van essentieel belang als het gaat over disciplineoverschrijdende wondzorg. Verpleegkundige specialisten en wondverpleegkundigen kunnen daarbij de verbinding maken.

**Consultatievraag 8 waarin gevraagd wordt naar de meerwaarde van een apart wonddossier ten opzichte van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier**

Wanneer bij voorschrijving en behandeling wordt voldaan aan de voorwaarde dit functiegericht te doen, wordt er gekeken naar het geheel van de zorgvraag en omstandigheden van de patiënt. Derhalve zien wij geen waarde en logica deze gegevens te registeren en bewaren in een apart wonddossier en gaan dus voor een integraal zorgdossier.

**Consultatievraag 9 met de mogelijkheden om verspilling tegen te gaan**

Voor fabrikanten zijn gepast gebruik en voorkomen van verspilling belangrijke uitgangspunten. Al geruime tijd werken leveranciers en producenten van medische hulpmiddelen aan het aanpassen en verkleinen van de verpakkingen zodat de patiënt niet meer producten krijgt dan noodzakelijk. Bij juiste inzet van de hulpmiddelen door middel van functiegericht voorschrijven, geprotocolleerd handelen en werken aan doelmatige logistiek richting patiënt kan op het gebied van inzet van medische hulpmiddelen nog verbetering bereikt worden.
Echter, de doelmatigheid en kostenbesparing die hiermee bereikt wordt staat of valt bij het kennisniveau van de voorschrijver, de “handen” aan het bed én de cultuur binnen organisaties en tussen de organisaties.

**Consultatievraag 10 hoe aangekeken wordt tegen de nieuwe wondexpertisecentra**

Met kennisoverdracht binnen een organisatie of door een externe coach die tevens overbrengt hoe de vaardigheden op het gebied van behandeling te vergroten, wordt geïnvesteerd op het niveau ‘handen aan het bed’. Door kennis zo laag mogelijk te borgen in een organisatie worden op langere termijn de grootst mogelijke besparingen gegenereerd in zorgkosten. Behandeling van wondzorg in de tweede lijn is zeer waardevol, echter er zijn voldoende aanwijzingen om de coachings- en kennisoverdrachtrol buiten de tweede lijn te borgen in regionaal expertisecentra die de mensen voorzien van kennis en attitude. Een casemanager binnen instellingen

helpt wanneer deze nadrukkelijk de rol van coach, kennisoverdrager en linking pin op zich neemt tussen expertisecentrum en de mensen op de afdeling/in het veld. Voor de borging van inhoudelijke kwaliteit van zorg heeft de V&VN kwaliteitscriteria opgesteld voor expertisecentra wondzorg.

Wij vertrouwen erop hiermee een bijdrage te leveren aan de invulling van het uiteindelijke rapport. Wij zien ook de tweede bijeenkomst ten aanzien van dit thema als mogelijkheid hierover verder van gedachten te wisselen.

Met vriendelijke groet,

mr. Roelf A. van Run
Directeur

College van Zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen

Betreft: Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg

Geachte mevrouw Visser,

De NVvP (Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten) heeft uw verzoek doorgespeeld aan hun zustervereniging de NVvDP (Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten).
Graag willen we ons aan u voorstellen zodat duidelijk wordt waar onze expertise ligt.

**De Nederlandse Vereniging van Diabetespodotherapeuten**
Reeds geruime tijd houden een aantal enthousiaste professionals in Nederland zich bezig met het relatief jonge beroep van diabetespodotherapeut, een nieuwe specialisatie binnen de Podotherapie. Desondanks was er tot op heden geen aparte beroepsvereniging in Nederland, die zich bezig hield met de verbetering van de bekendheid, waardering en kwaliteit van het beroep diabetespodotherapeut en met de belangen en posities van deze nieuwe zorgprofessionals.

Dat is sinds kort echter anders: Op 10 januari 2013 is de Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten officieel tot stand gekomen. Een nieuwe beroepsvereniging die vol enthousiasme aan de slag is gegaan om de diabetespodotherapeut in Nederland tot een geaccepteerd, gewaardeerd en volwaardig beroep in de huidige gezondheidszorg te maken.

De diabetespodotherapeut wordt gezien als dé specialist op het gebied van de diabetische voet, en is de spil in het netwerk met andere zorgverleners. Diabetespodotherapeuten behandelen diabetes patiënten die klachten hebben van de onderste extremiteit of een verhoogd risico hebben op (recidiverende) voetproblemen ten gevolge van diabetes. Ook geven zij preventief advies aangaande complicaties, die veelal in een later stadium van de ziekte optreden. Met name de complexe voetzorg en wondbehandeling vallen onder de expertise van de diabetespodotherapeut.

De diabetespodotherapeut moet de lacune tussen de 'reguliere' podotherapeut en podotherapie voor complexe diabetische voetzorg overbruggen. Het reguliere curriculum (ingezet voor de HBO-opleiding tot podotherapeut) geeft inzicht in de basale stand van de wetenschap m.b.t. preventie en behandeling van de diabetische voet. Het tijdig diagnosticeren en het opstellen van het juiste behandelplan bij een complex diabetisch voetprobleem zoals een diabetisch voetulcus is expertisevorming. De diabetespodotherapeut is opgeleid om deze complexe voet- en wondzorg te leveren. Zowel in de eerste- als tweedelijnszorg. Voorbeelden van (potentiële) samenwerkingspartners zijn: huisarts, internist, (vaat)chirurg, revalidatiearts, dermatoloog, gipsverbandmeester, wondverpleegkundige, diabetesverpleegkundige, fysiotherapeut of orthopedische schoentechnicus.
Binnen dit multidisciplinaire netwerk staat de diabetische voetproblematiek centraal en heeft de diabetespodotherapeut een coördinerende rol op basis van haar kennis en kunde.
Een podotherapeut mag zich 'diabetespodotherapeut' noemen na het afronden van de daartoe ingerichte 2 jarige Post-HBO opleiding. Anno 2013 wordt deze aangeboden door de Fontys Hogeschool te Eindhoven.

Het aantal diabetespatiënten in Nederland zal in de komende jaren sterk toenemen. Inherenis de toenemende behoefte aan zorg in 1e en 2e lijn die toegespitst is op deze chronische aandoening. Onderdeel van deze zorg is een geregistreerde zorgprofessional op het gebied van preventie, behandeling en wondzorg.

De diabetespodotherapeut is met name gericht op de multidisciplinaire aanpak binnen de diabetische voetzorg. De NVvDP zet zich in om op landelijk niveau voor elke diabetespatiënt voetzorg op maat te kunnen bieden.

Met betrekking tot het Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg willen wij als Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten dan ook graag reageren.

**Consultatievraag 1**
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen? Moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken? Hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen? Welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?*

- Ja, er moet een kwaliteitsstandaard wondbehandeling komen. Met name de uniformiteit van wondbehandeling wordt hierdoor bevorderd. Kwaliteit wordt hierdoor naar een hoger niveau getild. Tevens bevordert het de mogelijkheid om diverse wondprofessionals en wondcentra met elkaar te vergelijken.
- Het verwijsproces inclusief overdrachtsprotocollen moet daar een onderdeel van uitmaken. Door de expertise van diverse zorgprofessionals duidelijker te stroomlijnen (met name richting de verwijzers en zorgverzekeraars) kunnen daardoor gerichte verwijscriteria naar de juiste professional ontstaan. Tevens dient er gebruik gemaakt te worden van een uniform wondclassificatiesysteem in Nederland. Voor ieder wondtype dient best practice verzameld te worden.
- Initiatiefnemers zijn de wondprofessionals (inhoudsdeskundige vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen), wondplatformen en overkoepelende organen (zoals ZN, CVZ).

**Consultatievraag 2**
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*
Prima voorstel. Door het beschrijven van afgebakende taken is het voor elke zorgverlener duidelijk wat hij/zij in het behandelproces kan/mag doen. Dit schept ook duidelijkheid in ieders expertise rondom complexe wondzorg. Hier dient echter wel rekening gehouden te worden met praktische uitvoerbaarheid en toegankelijkheid zodat de wondzorg snel en effectief ingezet kan worden door de juiste discipline met de juiste expertise Hierdoor wordt onnodige vertraging in het behandelproces voorkomen.

**Consultatievraag 3**
*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*
Er is wetenschappelijk gezien helaas geen duidelijke evidence voor de meeste gangbare materialen. Keuze van het wondzorgmateriaal hangt af van de expertise van de wondprofessional. Tevens wordt de keuze bepaald door de beschikbaarheid van de diverse materialen op de werkplek. Ons inziens zijn er diverse factoren belangrijk om tot een bepaalde keuze te komen: de praktische toepasbaarheid (belangrijk gezien de locatie van de wond), en het uiteindelijke doel (reinigen, absorberen, geur neutraliseren, beschermen) waarvoor het verbandmiddel ingezet wordt. Ook de hoeveelheid verbandwisselingen en het gemak waarmee dit kan gebeuren is hierbij van belang. Hierbij dient uiteraard het comfort (zo min mogelijk pijn) voor de patiënt niet uit het oog verloren te worden. De industrie of het wondplatform kan mogelijk per productgroep en per afmeting een overzicht samenstellen.
De meningen van de diverse wondprofessionals uit het werkveld dienen zwaar te wegen in de tot standkoming van de uiteindelijke beoordelingen, aangezien deze wondprofessionals met de diverse producten dagelijks moeten werken. Beleid bepalen zonder input uit het werkveld is naar onze mening dan ook nagenoeg onmogelijk.

**Consultatievraag 4**
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

- Als uitgangspunt kan er gebruik gemaakt van worden van productcategorieën. Het kan een leidraad zijn. Echter er moet altijd ruimte zijn voor individuele diversiteit en zorg op maat.
- Een andere invalshoek zou zijn om de patiënt met een bepaald type wond (bestralingswonden, brandwonden, oncologische wonden, decubituswonden, diabetische voetwonden) als uitgangspunt te gebruiken voor het ontwikkelen van een kwaliteitsstandaard. Hierdoor wordt uitgegaan van de patiënt met een bepaalde aandoening ipv een productcategorie wondverbandmiddelen. Het voordeel hiervan is dat gebruikte producten per aandoening beter ingekaderd kunnen worden. Het gaasje dat gebruikt wordt bij een decubitus op een stuit is misschien wel totaal ongeschikt op een diabetische voet .
  Een ander bijkomend voordeel is dat een bepaalde aandoening dan gekoppeld kan worden aan een bepaalde uniforme vergoeding voor wondzorg en wondzorgmaterialen in zowel 1e, 2e als 3e lijn. Hierdoor ontstaat er mogelijk ook meer duidelijkheid in soms erg onduidelijke financieringsstromen en voorkomt het problematiek in diverse bekostigingsstructuren. Kortom, de patiënt staat centraal! Niet het wondverbandmiddel.

**Consultatievraag 5**
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*

- Een overkoepelende organisatie is nodig om de expertise van de diverse wondprofessionals te waarborgen. Per beroepsgroep dient de specifieke expertise inzichtelijk gemaakt te worden, zodat iedereen op de hoogte is van elkaars kunnen zodat er, daar waar nodig is , multidisciplinaire samenwerking gezocht kan worden.
- Complexe wondzorg is altijd multidisciplinair en dus dient er bereidheid tot samenwerking en/of samenwerkingsafspraken te bestaan. Het wondplatform moet hierbij een onafhankelijke overkoepelende functie hebben die de belangen van elke beroepsgroep respecteerten optreedt namens het totale belang. Er moet uiteraard ruimte zijn voor inbreng per specifieke beroepsgroep met als uiteindelijk doel een betere kwaliteit van de wondzorg binnen Nederland met respect voor elkaars expertise.
- De overkoepelende organisatie zou daarnaast een onderhandelende functie met overheidsinstanties kunnen hebben. Het organiseren van regionale kennis/wondplatformen met de diverse regionale wondprofessionals zou ook tot de mogelijkheden behoren en van toegevoegde waarde kunnen zijn.

**Consultatievraag 6**
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis? Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*

- Het minimale kennisniveau moet aantoonbaar zijn om als wondprofessional geregistreerd te kunnen zijn. Bijvoorbeeld de tweejarige specialisatie tot diabetespodotherapeut op HBO-niveau met aandachtsgebied complexe diabetische wondzorg. Tevens heeft deze beroepsgroep een aparte registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Verder kunnen extra accreditatiepunten 'pur sang' gericht op specifieke wondzorgonderdelen voor elke aangesloten beroepsgroep van de overkoepelende organisatie verplicht worden gesteld.

**Consultatievraag 7**
*Wat vindt u van de constatering van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*
Geen verassing als we zien op hoeveel verschillende opleidingsniveaus men zich in Nederland bezig houdt met wondzorg. Hierbij moet bij een specialistische opleiding wel inzichtelijk worden gemaakt wat het kennisniveau is van deze opleiding en wat de minimaal vereiste vooropleiding is.
Hierbij kan tevens de vraag gesteld worden of het hier moet gaan om een algemene aanvullende opleiding op het terrein van wondzorg, of dat er aansluitend de mogelijkheid bestaat om af te studeren in diverse aandachtsgebieden. Het verzorgen van een oncologische wond is namelijk totaal wat anders dan het verzorgen van een decubituswond of een diabetisch voetulcus. Inzicht in basislijden en de vele bijkomende factoren die van invloed kunnen zijn op de wondgenezing zijn essentieel om tot goede wondzorg te komen.

**Consultatievraag 8**
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*
Een apart wondzorgdossier heeft absoluut meerwaarde. Het kan indien mogelijk geïntegreerd worden in het EPD, mits het wonddossier toegankelijk is voor alle betrokken wondprofessionals! Op dit moment is het moeilijk om zowel de informatie van de lokale wondprofessional als de hoofdbehandelaar in een gezamenlijk dossier te combineren. Vaak is er sprake van behandeling in 1e en 2e lijn, echter goede communicatie tussen 1e en 2e lijn is er niet of nauwelijks. Zodra er bijv. sprake is van wondzorg door een thuiszorgverpleegkundige is dit voor de 2e lijn ook niet goed inzichtelijk of toegankelijk. Juist bij complexe wondzorg is een goede en snelle interdisciplinaire communicatie cruciaal. In een wondzorgdossier kunnen ook specifieke overdrachtsprotocollen tussen diverse disciplines opgenomen worden en kunnen de diverse zorgverleners op eenvoudige wijze communiceren met elkaar. Ons inziens is het erg hard nodig en een basisvereiste om te komen tot goede wondzorg: op de hoogte zijn van elkaars behandelingen.

**Consultatievraag 9**
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*

- De wondprofessional met de benodigde expertise die tevens ook de wondzorg praktisch uitvoert is degene die het beste de inschatting kan maken van het benodigde materiaal en de hoeveelheid. Voorschrijffunctie moet in onze ogen dan ook verschuiven naar de degene die deze expertise heeft. Uiteraard na overleg en met toestemming van de hoofdbehandelaar. Hoofdbehandelaars zoals huisartsen of medisch specialisten schrijven vaak recepten uit zonder dat zij zelf de wondzorg uitvoeren. Vaak gaat dit met dozen tegelijk, wat totaal onnodig is. Hoofdbehandelaars zoals huisartsen of medisch specialisten hebben geen kennis van wondverbandmaterialen en laten zich nu adviseren door wondprofessionals. Door het verplaatsen van de voorschrijffunctie voor het benodigde materiaal naar de juiste geregistreerde wondprofessional kan mogelijk ook substitutie optreden waardoor de zorgkosten afnemen. De hoofdbehandelaar behoudt uiteraard de supervisie en houdtruimte over voor belangrijke taken. Wondzorg en het voorschrijven van het benodigde materiaal wordt dan immers door de wondzorgprofessional gedaan.
- Verder moet het mogelijk zijn om kleine hoeveelheden te bestellen. Sommige wondverbandmaterialen zijn enkel in dozen van 100 stuks leverbaar. Liever zien we aangepaste hoeveelheden.
- Veel verbandmiddelen zijn alleen in bepaalde afmetingen verkrijgbaar waardoor er veel materiaal verspilt wordt.
- Een ander punt om verspilling tegen te gaan is om de kosten inzichtelijker te maken. Een voorstel zou kunnen zijn om via het wondplatform een overzicht te krijgen waar per productgroep de diverse afmetingen met bijbehorende prijs worden vermeld.

**Consultatievraag 10**
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*

- Enerzijds is het prijzenswaardig wanneer de cliënt multidisciplinair gezien kan worden en waar alle kennis aanwezig is. De vraag is echter daarbij wat alle kennis is. In een WEC horen dan dus ook alle disciplines aanwezig te zijn om alle typen en soorten wonden te kunnen behandelen. Hierbij moet dus rekening gehouden worden met alle factoren die van invloed kunnen zijn op de wondgenezing. Hoort een diëtiste thuis in een WEC als we weten dat de voedingstoestand van de patiënt van invloed is op de wondgenezing? Hoort een diabetespodotherapeut thuis in een WEC als we weten dat eeltranden bij een neuropatisch voetulcus verwijderd moeten worden, of de patiënt een verkeerde schoen draagt die van invloed is op wondgenezing?
- Anderzijds moet er vanuit een WEC voldoende up to date communicatie plaatsvinden met de verwijzers en medebehandelaars rondom de patiënt, kortom zowel communicatie naar betrokken zorgverleners in 1e en 2e lijn. Dit is helaas niet het geval. Bij complexe wondzorg is er vaak sprake van multimorbiditeit en kunnen er meerdere hulpvragen en factoren die wondgenezing beïnvloeden aanwezig zijn die niet alleen door de WEC worden behandeld.

Graag zouden wij als Nederlandse Vereniging van Diabetespodotherapeuten in overleg komen met CVZ en andere wondprofessionals om gezamenlijk over bovenstaande vragen mee te denken naar goede en verantwoorde oplossingen.

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten
Ingrid Ruys, voorzitter

Contactinformatie:
Secretariaat Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten
Den Dries 11
5552 CL Valkenswaard
Tel. 06-83455649

Nederlandse Vereniging
Van
Diabetes Podotherapeuten

**Schoolstraat 13a, 3864 MA Nijkerkerveen, info@novw.org, www.novw.org**

**Nijkerkerkerveen, 1 april 2013,**

Geachte mevrouw Visser,

Hieronder de beantwoording van de 10 consultatievragen.

Ton Lassing
Voorzitter NOVW

**Consultatievraag 1:**
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?*
- *moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?*
- *hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen? Welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?*

Visie NOVW:
1. Ja. Die moet er komen en breed landelijk intra- en extramuraal worden gedragen door alle partijen die te maken hebben met wondzorg.
2. Het verwijsproces moet daar zeker een onderdeel van zijn.

**Consultatievraag 2:**
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*

Visie NOVW
1. Als NOVW zijn wij voorstander van 'verzekerde prestatie complexe wondzorg', zowel voor de eerste als de tweede lijn. Dit heeft te maken met het feit dat wij vinden dat een wondpatiënt een zeer specifieke positie inneemt. Geen wondpatiënt is namelijk gelijk. Dit komt omdat er, bij een complexe wond, vrijwel altijd sprake is van een onderliggend lijden. We zien nu al hoe moeilijk een complexe wond is te omschrijven. Daarnaast komt een wondpatiënt voort uit veel verschillende disciplines. Dat zorgt er juist voor dat een wondpatiënt vaak ongrijpbaar is en bij verschillende disciplines onder behandeling is en soms ook blijft. Wij zien het als een specialisme, vandaar dat wij voorstander zijn van wondcentra, poli, zbc of dergelijke. Functiegericht voorschrijven is natuurlijk mogelijk maar maakt het beschrijven van het traject volgens ons veel ingewikkelder, aangezien rekening moet worden gehouden met alle disciplines en soorten wondpatiënten. Het is misschien

belangrijk voor de wetgever 'een regelarme wetgeving', te willen maar voor het behandelen van complexe wonden zou een 'specialisme wondzorg' veel op kunnen lossen en veel beter neer te zetten zijn in een zorgplan (1e lijn, 2e lijn). Wel begrijpen wij uit de laatste vergadering dat VWS functiegericht voorschrijven wil, dus eigenlijk is er geen keuzemogelijkheid. De heer van Ginneken heeft dat duidelijk aangegeven in de desbetreffende vergadering en ook blijkt CVZ zijn keuze gemaakt te hebben. Daarnaast is voor vele werkers in het veld, functiegericht voorschrijven iets ongrijpbaar, aangezien men vindt dat men altijd al het beste met de patiënt voor heeft. Wordt functiegericht gehanteerd dan zal ook hier duidelijkheid over moeten komen, wat het is, waarom en hoe men dit moet hanteren. Overigens zijn we het er mee eens dat welke wetgeving je ook hanteert, er duidelijke zorgmodulen moeten komen.

**Consultatievraag 3:**
*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*

Visie NOVW
De NOVW is van mening dat wondzorgproducten moeten worden beoordeeld door een speciaal daarvoor ingestelde commissie. Dat staat ook in onze doelstellingen. Wel dient eerst duidelijkheid te komen over de kwaliteitsnormen, die nu niet bekend zijn. De levels voor hulpmiddelen hoeven naar onze mening niet zo hoog zijn als bij de farmaceutische industrie. De EWMA heeft hier al veel over geschreven hoe dit aangepakt zou moeten worden. **EWMA POG Document on evidence and outcome (2010).** Dit kan zeker plaats vinden in samenwerking met het kwaliteitsinstituut van CVZ. Zorgverzekeraars zijn van huis uit schade-experts. Zij moeten zich niet bezig moeten houden of een product wel of niet voldoet. Dat kan alleen bepaald worden door behandelaars (practice based) en de daarbij behorende wetenschappelijke onderbouwing (evt. bepaalde level RCT). Daarnaast moet het de juiste prijs- kwaliteitverhouding hebben. Indien dit kan worden overlegd aan Zorgverzekeraars en het voldoet aan deze kwaliteitscriteria zoals gesteld, hoeft de zorgverzekeraar het alleen maar op te nemen in de Z-index en het wel of niet te vergoeden. Wel is hierbij van groot belang dat de desbetreffende behandelaars goed zijn opgeleid. Dat is wat nog steeds ontbreekt in de wondzorg. Hier ligt ook een verantwoordelijkheid bij VWS, die deze opleidingen financieel zouden moeten stimuleren.

**Consultatievraag 4:**
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

Visie NOVW
Dit kan natuurlijk prima worden ingevuld bij de zorgmodulen die kunnen worden ontwikkeld. Ten aanzien van kwaliteit is reeds in de vorige vraag beantwoord.

**Consultatievraag 5:**
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*

Visie NOVW
Nee dat vinden wij niet. Zoals uitgelegd bij vorige vragen, blijkt dat wondzorg behandelen/verzorgen ingewikkeld is. Dat is niet omdat wij dit zo zien, maar dat heeft te maken met de complexe materie van behandelen/verzorgen van wondzorg. We hebben al aangegeven dat zit in 1e lijn en 2e lijn, vele verschillen in onderliggend lijden zoals diabetes, vaatproblemen, infecties, verschillende soorten operaties, traumabehandelingen etc. Daarnaast vindt behandelingen plaats in verschillende disciplines. In de eerste lijn hebben we daarnaast nog eens te maken met herkenning van complexe wonden en de eerste behandelingen van huisartsen, die vaak onvoldoende kennis hierover hebben.

In 2010 is het Wondplatform Nederland opgericht, mede om dit probleem te ontvangen. De NOVW stond destijds toen nog voor 'Nederlandse Organisatie Voor Wondverpleegkundigen'. Aangezien in de doelstellingen werd gesteld dat het Wondplatform Nederland breed moest worden gedragen waren wij als NOVW voorstander van een dergelijk platform, als het maar breed werd ingevuld. Dit bleek in de jaren daarna niet het geval. Aangezien de NOVW, multidisciplinair en samenwerken als 'speerpunten' heeft en dit niet werd ingevuld door het Wondplatform, hebben wij besloten de naam te wijzigen in 'Nederlandse Organisatie Voor Wondprofessionals' zodat het duidelijk was dat we stonden voor alle wondprofessionals die te maken hebben met wondzorg. Dit betekent dat iedere wondbehandelaar/verzorger zich kan aansluiten bij de NOVW en dat met iedere organisatie die te maken heeft met wondzorg kan worden samengewerkt. Er zijn dus geen beperkingen meer. De NOVW zorgt dus nu al voor deze koepelfunctie. Daarnaast heeft de NOVW een krachtig communicatienetwerk en is landelijk en internationaal bekend en dat ontbreekt bij het Wondplatform.
Men kan de NOVW doormiddel van een lidmaatschap ondersteunen maar dat is niet specifiek noodzakelijk. Het gaat meer om de koepelfunctie gedachte 'multidisciplinaire wondzorg' en om de 'organisatie van een goede wondzorg' onder controle te krijgen. Aangezien het Wondplatform Nederland geen status heeft en niet het aantal organisaties kan en kon verkrijgen, niet zorgde voor een breed opleidingsniveau en tevens geen voorzitter heeft die boven de partijen staat, heeft de NOVW besloten zich terug te trekken uit het Wondplatform omdat daar teveel energie in ging zitten en het niet opleverde wat wij hadden verwacht. Daarbij verstreek de tijd want 15 april 2013 bestaat het Wondplatform al 3 jaar en de resultaten zijn naar de mening van de NOVW uitgebleven. Het is nu volgens de NOVW te laat voor een Wondplatform om zich te herstructureren, afgezien of dit noodzakelijk is. Daarbij gaat weer kostbare tijd verloren. Ook zorgverzekeraars hebben hier niet meer op gewacht. (niet meer vergoeden van ca. 1500 producten en eigen invulling ZN formulier)
Een laatst maar niet onbelangrijk punt is dat nog steeds het nodige valt te ontwikkelen/verbeteren ten aanzien van de eigen organisatie wondzorg. Het is naar de mening van de NOVW dat dit eerst in eigen kring moet plaats vinden. Naast het herstructureren van eigen organisatie wondzorg kan er daarnaast natuurlijk altijd overleg plaats vinden met overheidspartners. De belangen van beide partijen zijn verschillend maar volgens de NOVW hoort dat ook zo te zijn. Nu is er binnen het Wondplatform deelname van overheidspartijen die zich zelfs bezig houden met de organisatie van wondzorg. Dit vinden wij onjuist. Dit was mede voor de NOVW nog een reden om niet meer deel te nemen aan het Wondplatform Nederland.

**Consultatievraag 6:**
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis?*

*Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*

Visie NOVW
Als NOVW erkennen wij het WCS als 'Kenniscentrum'. Een degelijk kenniscentrum voor alle partijen in de wondzorg is van groot belang, ook al heeft de WCS geen leden.
Een beroeporganisatie heeft natuurlijk ook de verantwoordelijkheid om invulling te geven aan kennis en kunde van de wondprofessional. Dat staat ook in de doelstellingen van de NOVW. Een logisch gevolg is dat beide partijen dit goed met elkaar moeten afstemmen welk terrein een ieder voor zijn rekening neemt. Ook hier valt nog het een en ander aan te verbeteren. Als NOVW vinden wij dat bijvoorbeeld het 'verzorgen van opleidingen' behoren bij een beroeporganisatie en dat er bij een beroepsorganisatie gezorgd moet worden voor wetenschappelijke ondersteuning. Vandaar dat de NOVW samen met uitgeverij Saffier Communicatie een maandelijks semiwetenschappelijk tijdschrift voor wondzorg (NTVW) heeft ontwikkeld, waar regelmatig Nederlandstalige wetenschappelijke publicaties worden gepubliceerd, visies worden gegeven voor verbetering organisatie wondzorg en tracht het NTVW daarnaast inzichten te geven over de toekomstige ontwikkeling van de wondzorg zowel binnen Nederland als buiten Nederland. Het tijdschrift is overigens geen vakblad van de NOVW, maar van Saffier Communicatie, dat verantwoordelijk is voor de redactionele invulling en uitgave van het tijdschrift. De NOVW levert wel een bijdrage aan de wetenschappelijke publicaties. Dat geldt ook voor ons landelijk congres dat door Saffier Communicatie wordt georganiseerd voor NOVW en NTVW.
Wat betreft de wetenschappelijke ontwikkeling heeft de NOVW een multidisciplinaire adviesraad ingericht (Dutch Advisory Board Woundcare) die dergelijke ontwikkelingen verder kan ontwikkelen. De voorwaarde voor een kennisbasis is dat het breed en multidisciplinair wordt gedragen door alle partijen.

**Consultatievraag 7:**
*Wat vindt u van de constatering van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zouden moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*

Visie NOVW
Het is moeilijk om deze vraag te beantwoorden, aangezien er een belang was van de onderzoekers ten aanzien van opleidingen, aangezien ze zelf betrokken zijn bij opleidingen voor wondprofessionals. Hetzelfde geldt voor Rotterdam. Helaas zijn beide opleidingen geen erkende opleidingen. Zowel niet door de overheid als door College Zorg Opleidingen. Er is dus ook geen uitsluitsel of de opleidingen goed of eventueel niet goed zou zijn. Daarnaast zijn dit specifieke opleidingen die voornamelijk gericht zijn op HBO leerlingen. Dat 17% goed is opgeleid (daarmee wordt bedoeld Rotterdam en Nijmegen) is dus volgens de NOVW een onjuiste constatering. De constatering dat het aantal opleidingen moet worden uitgebreid is wel juist aangezien heel veel MBO 4 en soms ook HBO 5 behandelaars nog steeds goed moeten worden opgeleid. Hiervoor zijn alleen onvoldoende financiën ter beschikking en overheid laat het volgens de NOVW ook afweten ten aanzien van de specialistische opleidingen. Zij zouden moeten zorgen voor financiering en de mogelijkheden. De focus is nog steeds meer gericht op de rol van verpleegkundig specialisten, die beperkt wondzorg kunnen invullen en volgens ons meer een belangrijke coördinerende rol hebben in wondzorg. De NOVW is druk bezig om via een opleidingskenniscentrum in Utrecht een erkend wettelijke opleiding

van de grond te krijgen. Invulling van deze opleiding vraagt om tijd en financiën, maar is volgens de NOVW meer dan noodzakelijk.

**Consultatievraag 8:**
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*

Visie NOVW
Er moet een wonddossier zijn voor 1e en 2e lijn. In 2e lijn, liefst geïntegreerd in het EPD Systeem. Voor de eerste lijn een apart systeem wondzorg, misschien zonder EPD dat gelijkenis heeft met het geïntegreerde systeem in EPD. Het systeem moet daarnaast ingericht zijn voor MSVT. Alleen met een dergelijk systeem zijn juiste gegevens te verkrijgen waarmee wondzorg nog beter in beeld kan worden gebracht. Verplichting van invulling voor alle partijen is daarbij noodzakelijk.

**Consultatievraag 9:**
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*

Visie NOVW
Verspilling heeft als oorzaak dat men niet altijd de juiste behandeling kiest. Kennis ontbreekt en daardoor probeert men weer steeds opnieuw een middel als het niet het resultaat oplevert wat men verwachtte, met gevolg verspilling. Dit kan worden gestopt als men kennis heeft van de producten zodat direct het juiste middel wordt toegepast. Dan stopt het vanzelf. Nu is het meer een hype dat we verspilling moeten tegen gaan. Dit wordt niet bewust gedaan. Daarnaast is het verstandig als er precies geleverd wordt wat men nodig heeft. Dat impliceert wel dat een patiënt snel de mogelijkheid moet hebben om de verbandmiddelen te krijgen. Goede afspraken met apothekers en medisch speciaalzaken zijn hierbij noodzakelijk. Rechtstreeks leveren van fabrikanten kan tevens een bijdrage leveren aan kosten en snelheid. Dat is nu niet goed geregeld.

**Consultatievraag 10:**
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*

Visie NOVW
De NOVW is voorstander van Wond Expertise Centra. Zij moeten wel als basis op dezelfde manier worden ingericht met gelijkend elektronisch patiënten dossier. Daarnaast is wetenschappelijk onderzoek binnen deze WEC's een vereiste. We zien deze het liefst buiten de ziekenhuizen. De kliniek DaVinci vinden wij een goed voorbeeld hiervan aangezien daar ook nog eens hyperbare zuurstof therapie mogelijk is. Het zijn klinieken die dicht bij de patiënten staan en een goede transmurale voorziening hebben. Maar uiteraard zijn er ook inmiddels goede voorbeelden van prima functionerende WEC's binnen ziekenhuizen en op verpleegkundig gebied. Maar meer eenheid zou zeker een wens zijn van de NOVW.

Nijkerkerveen, 29 maart 2013

NVDV Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Mevrouw L. Visser
Adviseur Pakketbeheer & Kwaliteitsinstituut
(hulpmiddelenzorg)
CVZ

Referentie: 2013-2015
Datum: 2 april 2013

Geachte mevrouw Visser,

Naar aanleiding van het "Verslag Consultatiebijeenkomst Analyse Complexe Wondzorg d.d. 21 maart 2013", sturen wij U hierbij onze reactie.
De NVDV is van mening dat in de discussies omtrent wondzorg twee aspecten langs elkaar oplopen, die soms ten onrechte door elkaar heen gehaald worden. Het ene aspect is kwaliteit van zorg, en het andere aspect is kosten reductie. Wij zijn ons van beide belangrijke aspecten bewust, en willen ook graag meedenken en meewerken hoe beide zaken aangepakt kunnen worden en leiden tot verantwoorde consequenties in de dagelijkse zorg.
Voorafgaand aan de beantwoording van de consultatievragen een paar algemene opmerkingen:

In het consultatiedocument is een analyse gemaakt van de verschillende vraagstukken die spelen op het gebied van de complexe wondzorg en de mogelijke oplossingsrichtingen. CVZ gaat bij het zoeken naar een oplossing voor de wondzorg in Nederland uit van "Het onderzoek Verkenning Wondbehandeling in Nederland (VWN)". Dit betreft deels een veldverkenning met beschrijvend onderzoek, waarbij de mening van diverse werknemers uit de zorg gevraagd werd over oa de organisatie van de zorg in Nederland. Wetenschappelijk gezien is de bewijskracht van dit onderzoek maximaal niveau D, terwijl CVZ in andere gevallen de lat veel hoger legt. In het verslag van de laatste vergadering staat letterlijk: *"Vanuit de NVDV wordt de vraag gesteld welk niveau van bewijs het CVZ hanteert bij de beoordeling van zorgvormen. Hierover heeft het CVZ een rapport uitgebracht 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'. Er dienen in principe twee vergelijkende studies zijn op A2 niveau (RCT's) die de meerwaarde van een bepaalde interventie aantonen".*

Een opmerking ten aanzien van het begrip "de complexe wond". De indruk wordt gewekt dat er een maatschappelijke noodzaak bestaat om het grote probleem van "de complexe wond" op te lossen. Het lijkt het samenkomen, wellicht zelfs het botsen van twee werelden. De functiegerichte omschrijving van verbandmiddelen spreekt over "middelen bij complexe wondzorg". Dat is niet hetzelfde als 'de complexe wond'. Dit is een begrip dat geïntroduceerd wordt door de Nijmeegse groep en suggereert dat het om een, door alle bij wondzorg betrokken groepen geaccepteerde, entiteit gaat. Dat is niet zo.
Natuurlijk is het prettig als er goed omschreven termijnen en begrippen bestaan, maar naar de mening van de NVDV zal introductie van het begrip 'complexe wond' de zorg juist duurder en complexer maken. Dat is jammer omdat de bedoelingen om tot betere zorg te komen volkomen onderschreven worden door onze vereniging. Vandaar dat wij bezwaar maken tegen de introductie van dit begrip.

Secretariaat: Postbus 8552 · 3503 RN Utrecht · Telefoon 030 282 31 80 · Fax 030 282 31 89 · secretariaat@nvdv.nl · www.huidarts.info
ABN-Amro Bank 47.37.43.663. Inschrijving K.v.K. Amsterdam e.o. 40532388

Ook de termijn waarover gesproken wordt is wat ons betreft niet eenduidig te definiëren. Een wond in het gelaat geneest doorgaans binnen 5-7 dagen, een wond op de arm binnen twee weken en een onder de voet, afhankelijk van de belasting, tussen 4 en 8 weken. Bovendien wordt lastig aan te geven wanneer een wond onder anders dan normale omstandigheden geneest "complex" is. Immers bij een geïnfecteerde wond waarbij de infectie niet tot een dehiscentie leidt, is er bijvoorbeeld wel sprake van stoornis in de herstelfunctie, maar niet van "een complexe wond". Dat geldt ook voor patiënten die (chronisch) prednisolon of andere geneesmiddelen gebruiken. Zo zijn er tal van scenario's te verzinnen waarbij er wel vertragende omstandigheden bestaan maar zeker geen "complexe wond".
Wij pleiten eerder voor het vroegtijdig identificeren van het onderliggend lijden en de etiologie van een wond en adequaat verwijzen. Een diabetische wond hoort primair bij de internist, een arterieel ulcus bij de vaatchirurg, een veneus ulcus bij de dermatoloog en decubitus(-profylaxe) bij de verpleegkundige. Het kunstmatig organiseren van multidisciplinaire poliklinieken zien wij als 'windowdressing' en gaat voorbij aan het werkelijke probleem.
Als er echt bewijs is dat verwijsstromen niet goed zouden wij willen inzetten op voorlichting aan de eerste lijn. De huisarts neemt immers een sleutelpositie in bij dit proces. Indien er onduidelijkheid bestaat over het hoofdbehandelaarschap verwijzen wij naar "De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg" uit januari 2010. Daarin staat helder verwoord waaraan een hoofdbehandelaar moet voldoen.
Als de dagelijkse zorg voor patiënten in de 1$^{ste}$ lijn onvoldoende is, wat onze indruk regelmatig is, dan willen wij inzetten op het verbeteren van die 1$^{ste}$ lijns zorg. Of hiervoor nieuwe wond expertise centra opgericht moeten worden of dat er gekeken wordt naar de organisatie van thuiszorgorganisaties die wel succesvol zijn, zoals bijvoorbeeld buurtzorg weten wij nu niet. In ieder geval zijn goed opgeleide verpleegkundigen die adequate wondzorg en compressietherapie geven van groot belang.
Regelmatig wordt de titel (wond-)professional gebruikt, dit is een ongedefinieerde titel, waarmee zowel verpleegkundigen, artsen, verpleegkundig specialisten, wijkverzorgers, spreekuurassistenten, maar ook fabrikanten zich tooien. Het is een titel die de NVDV zo veel mogelijk wil vermijden, tot we kunnen beschikken over een eenduidige, geaccepteerde definitie, zeker wanneer wondprofessionals medische handelingen zelfstandig verrichtingen mogen of kunnen uitvoeren en andere verantwoordelijkheden krijgen toebedeeld.

*Consultatievraag 1:*
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?*
*Moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?*
*Hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?*
*Welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen*?
Wij begrijpen de behoefte aan een kwaliteitsstandaard wondbehandeling, maar de NVDV heeft reeds eerder betoogd dat er professionele evidence-based richtlijnen zijn over de vier meest voorkomende chronische wonden. Omdat "de complexe wond" niet bestaat en een verlegenheidsdiagnose is lijkt het niet zinvol om "complexe wondbehandeling" als uitgangspunt te nemen, zoals er ook geen kwaliteitsstandaard "kankerbehandeling" bestaat. De behandeling voor een "acute wond" kan niet zo eenvoudig vertaald worden naar de behandeling van " een complexe wond". De NVDV stelt daarom voor om voor de meest voorkomende diagnosen, te weten het veneuze ulcus, het arteriële ulcus, het diabetisch ulcus en decubitus, de huidige richtlijnen uit te breiden tot kwaliteitsstandaarden. Het verwijsproces moet hier in meegenomen worden. De kwaliteitsstandaarden zullen een voorzetting moeten zijn van de verschillende bestaande richtlijnen, waarbij patiënten, nog meer dan nu het geval is, betrokken kunnen worden evenals overige betrokken partijen. De betreffende wetenschappelijke verenigingen dienen hierbij het voortouw te nemen, desgewenst aangespoord door de andere betrokken disciplines.

overleg met het Wondplatform om alle partijen aan tafel te krijgen. Het feit dat er een Wondplatform bestaat waarbij alle partijen gevraagd wordt aan te sluiten, is een merkwaardige uitgangsituatie. Er bestaan 8 organisaties (in het consultatiedocument beschreven) die zich met wondzorg bezighouden, nu moeten al deze organisaties bij 1 bestaande organisatie aanschuiven, zonder dat er communis opinio bestaat over de doelstelling. Het Wondplatform heeft wel een keer een uitnodiging verstuurd met de vraag om aan te sluiten bij deze organisatie. Omdat het wondplatform "de complexe wond" als uitgangspunt heeft en het oprichten van "Wondexpertise Centra" als doel, kan en wil de NVDV hier niet achter staan. De NVDV gaat uit van kwaliteit van wondzorg op maat, waarbij het onderliggend lijden als uitgangspunt wordt gekozen. Dit sluit naadloos aan bij de door de overheid ingestelde uitgangsprincipes van DOT structuur. Bij het streven naar kwaliteitsverbetering moeten criteria worden opgesteld die vervolgens worden nageleefd. "Wondexpertise Centra" zijn volgens NVDV geen doel op zich. Hetzelfde geldt voor de kostenreductie die men met het oprichten van deze centra hoopt te bereiken. Het ontbreekt aan een iedere financiële onderbouwing voor deze veronderstelling. De NVDV ziet eerder kostenverhoging ontstaan wanneer meer zorgaanbieders zich met elk individueel geval gaan bezig houden.

*Consultatievraag 6:*
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis? Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*
De NVDV vindt het onduidelijk wat bedoeld wordt met één kennisbasis. Is dit een (minimum) hoeveelheid kennis van wondzorg (ofwel basiskennis) of gaat dit in meer generieke zin om een geheel aan kennisvereisten? Als een richtlijn als uitgangspunt wordt genomen, dan is dit de huidige stand van zaken. Hier is alle kennis met betrekking tot behandelen van het onderliggend lijden volgens de meest recente wetenschap samengevat. Als deze richtlijn voortdurend bijgewerkt wordt, dan is niet duidelijk wat een aparte 'kennisbasis' nog voor een meerwaarde heeft. Overigens heeft de NVDV concrete plannen om de Richtlijn Ulcus Cruris halfjaarlijks te updaten.
Als met een kennisbasis wordt bedoeld het uitwisselen van ervaring met diverse wondbehandelingsproducten, dan moet vooraf goed onderbouwd worden wat hiervan het doel is, en of dit zal leiden tot toename of afname van gebruik van diverse producten. Het organiseren van/verplichten tot een (niet door de industrie gefinancierde) jaarlijkse nascholing van de diverse aandoeningen met bijbehorende wondzorg is een bewezen goede manier om kennis uit te wisselen.

*Consultatievraag 7:*
*Wat vindt u van de constatering van de van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg*?
Het onderzoek VWN toont aan dat 17% van de verpleegkundigen een specialistische opleiding gevolgd op het terrein van de wondzorg, ze toont niet aan dat dit onvoldoende is. Er wordt ook niet gevraagd of er meer behoefte is aan aanvullende scholing. In de huidige vorm is wondzorg een duidelijk onderdeel van de opleiding. Bovendien is het niet aangetoond dat de wondzorg in Nederland slecht is. Het feit dat het onderzoek constateert dat communicatie verbeterd kan worden, wil niet zeggen dat er meer "professionals" opgeleid moeten worden. Dit is waarschijnlijk *een wens* van de onderzoekers, maar is op geen enkele manier aangetoond. Ook als gekeken wordt naar mogelijke kostenbesparing dan is het een merkwaardige'conclusie' van het Rapport dat meer verpleegkundigen moeten worden opgeleid terwijl er geen toetsbare financiële onderbouwing voor deze 'conclusie' wordt geleverd. Bovendien geeft 1/3 van de geïnterviewden aan zelf geen hoofdbehandelaar te willen zijn. Ons inziens zou de basiszorg (dagelijkse wondzorg) verbeterd moeten worden en moet de thuiszorg beter worden opgeleid. Dit zou kunnen gebeuren door verpleegkundig specialisten, maar ook door anderen.

In deze kwaliteitsstandaarden moet dan ook een uitspraak gedaan worden welke (soorten) producten bij voorkeur toegepast dienen te worden, waarbij wel degelijk ook rekening gehouden wordt met de kosten.

Het verschil tussen chronische aandoeningen, en de verschillende chronische wonden, is dat bij decubitus en het ulcus cruris, altijd gestreefd wordt naar genezing, terwijl bij de chronische aandoening zoals bijvoorbeeld hypertensie, de aandoening niet verdwijnt.
Het ontwikkelen van een zorgmodule van 'best practices' van wondmaterialen klinkt als een goed streven, maar gezien de grote verscheidenheid in producten en wonden, lijkt het niet reëel om te verwachten dat hieruit veel (geldelijke) winst gehaald kan worden.

*Consultatievraag 2:*
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*
De NVDV wil graag meedenken over functiegerichte omschrijving hulpmiddelen van de huid, maar vindt enerzijds de voorgelegde datum 2014 te vroeg om hier een adequate, wetenschappelijk verantwoorde uitspraak over te doen. Anderzijds is de voorgestelde indeling zo artificieel, dat de vraag rijst of dit praktisch toepasbaar zal zijn.

*Consultatievraag 3:*
*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*
De NVDV erkent het capaciteitsprobleem waarvoor het CVZ zich geplaatst ziet. Bij veel zorgverleners bestaat de angst echter dat zorgverzekeraars hun 'regierol' in een aantal gevallen wel zeer 'doortastend' opneemt en zien liever dat CVZ meer sturing geeft aan de oplossing van dit probleem. Ook kunnen verschillende zorgverzekeraars verschillende opvattingen hebben waardoor er met elke zorgverzekeraar apart onderhandeld moet worden met mogelijk zeer verschillende uitkomsten dat kan leiden tot zeer veel onrust bij patiënten en zorgverleners met regionale verschillen in de vergoedingsstatus van wondzorgproducten. Overigens ligt het capaciteitsprobleem eerder bij het in kaart brengen van de bestaande wondproducten en minder bij nieuwe producten zodat CVZ deze taak mogelijk nog wel kan uitvoeren.

*Consultatievraag 4:*
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*
Hiervoor verwijzen wij naar onze reactie bij vraag 1. De NVDV wil hierbij opmerken dat, indien alle wonden als "één" beschouwd zouden worden, dit niet zal leiden tot eerder wel of niet uitsluiten van enig wondzorgproduct. Het door de zorgverzekeraar laten bepalen welke middelen vergoed worden, is een uitgangsprincipe waar de NVDV niet direct achterstaat, omdat gebleken is, dat kwaliteit en kostenbeheersing regelmatig op gespannen voet met elkaar staan.

*Consultatievraag 5:*
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*
De NVDV vindt het belangrijk dat alle partijen om tafel zitten waarbij goede afspraken gemaakt kunnen worden, waarbij kwaliteit van zorg centraal staat. Om de organisatie van de zorg te verbeteren dienen de knelpunten allereerst gezamenlijk vastgesteld te worden. De NVDV is in

Vandaar dat de NVDV n.a.v. het VWN rapport dan ook geen enkele reden ziet om meer verpleegkundigen een dure specialistische opleiding te laten volgen op het terrein van de al dan niet complexe wondzorg. Taakherschikking naar bijvoorbeeld verpleegkundigen is zeker een ontwikkeling die de NVDV toejuicht, maar wij zien dit veeleer binnen een afdeling Dermatologie of Heelkunde, waar een nurse practioner of physician assistant ook meewerkt met diagnostiek en behandeling van veneuze ulcera. De meerwaarde van het creëren van een nieuwe discipline en een nieuwe "laag" wond professionals is dus ons inziens absoluut niet aangetoond.

*Consultatievraag 8:*
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*
In het kader van de verbetering van communicatie en overdracht lijkt een apart wonddossier van meerwaarde te kunnen zijn, mits de omschrijvingen en voorwaarden hiervoor helder zijn. Op dit moment is integratie in EPD nog niet haalbaar, maar zou in de toekomst een optie kunnen zijn. Het nadeel is dat een EPD kwaliteit lijkt te leveren, maar bij een overdaad aan informatie in de praktijk geen meerwaarde lijkt te hebben. Het gebruik van een papieren wonddossier dat een patiënt bij zich draagt en waar alle zorgverleners notities in maken kan tot de invoering van een EPD uitkomst bieden. Investering in een apart EPD voor patiënten met wonden lijkt de NVDV een verspilling tijd en geld.
Om het wonddossier vervolgens te gebruiken als onderdeel van kwaliteitsindicatoren in het kader van Zichtbare Zorg, lijkt de NVDV, gezien de recente kritiek (rapport van de Rekenkamer) geen goed uitgangspunt.

*Consultatievraag 9:*
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*
De NVDV ziet diverse mogelijkheden om verspilling tegen te gaan.

1. De meest voor de hand liggende is de mogelijkheid voor patiënten om ongebruikte wondzorgproducten te retourneren aan de leverancier/apotheek. De huidige regelgeving maakt dit echter onmogelijk. Niettemin is het voor zorgverleners niet aan patiënten uit te leggen dat in deze tijden van schaarste ongebruikte producten moeten worden weggegooid alleen vanwege regelgeving.
2. Het adequaat – volgens voorschrift - gebruiken van wondzorgproducten. Als een product bedoeld is om een week te laten zitten niet dagelijks verwisselen. Als een product bedoeld is voor een zeer nattende wond niet vooraf bevochtigen omdat de wond indroogt.
3. De mogelijkheid om kleine hoeveelheden voor de schrijven zal verspilling tegen gaan. Volgens de huidige regelgeving (o.a. ZN-formulier) vergoeden zorgverzekeraars wondzorgproducten slechts indien het voor chronisch gebruik is. Dat werkt in de hand dat grotere hoeveelheden worden voorgeschreven.
4. Snel stellen van de juiste diagnose in de tweede lijn, i.p.v. onnodig dure producten te gebruiken zonder dat het onderliggend lijden wordt aangepakt.
5. Het ontwikkelen van criteria waaraan nieuwe producten moeten voldoen en met name betere wetenschappelijke onderbouwing om de meerwaarde van een nieuw product vast te stellen. Soms lijken wondbedekkers ook aan trends onderhevig te zijn (honing, zilver, Aloë Vera).
6. Goede objectieve informatieverstrekking/bijscholing door artsen/verpleegkundigen aan zorgverleners in plaats van door leveranciers en producenten zou een goede bijdrage kunnen leveren aan doelmatig gebruik en daarmee verspilling kunnen tegengaan.
7. In de richtlijnen /kwaliteitsstandaarden een voorkeur opnemen voor een beperkt aantal wondzorgproducten.

Het opleiden van meer verpleegkundig specialisten/wondconsulenten enz. lijkt de NVDV minder doelmatig omdat juist in de thuiszorg deze groep niet de verzorging van wonden in praktische zin uitvoert.

*Consultatievraag 10:*
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra*
De NVDV ziet wondexpertise centra niet als doel op zich. Het feit dat complexe wonden het gevolg kunnen zijn van complexe ziektebeelden, is op zichzelf geen reden de zorg voor deze patiënten te bundelen in wondexpertisecentra. Om kwaliteit te verbeteren, moeten kwaliteitscriteria gesteld worden, gebaseerd op zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek (en niet een inventariserend onderzoek) welke onderdelen van wondzorg verbeterd zouden kunnen worden en die aspecten moeten dan verder uitgewerkt worden. Als communicatie van eerste en tweede lijn niet optimaal is, moet dat verbeterd worden. Als blijkt dat in de eerste lijn niet de richtlijnen gehanteerd worden, dan moet geïnventariseerd worden wat hier de reden van is om vervolgens in samenspraak met de NHG een verbetertraject te starten. Het is van belang dat de huisarts zijn centrale rol in patiëntenzorg houdt en zo de hoge kwaliteit van de huidige zorg in Nederland gehandhaafd blijft. Het ontwikkelen van een wonddossier, zoals bovengenoemd, kan een eenvoudig middel zijn om de communicatie te verbeteren.
Overige redenen zijn hierboven ook reeds genoemd. Als kosten reductie een uitgangspunt is, dan moet er bepaald worden op welk deel van de kosten bezuinigd moet worden. Er is geen financiële onderbouwing dat wondexpertisecentra leidt tot bijvoorbeeld vermindering van kosten. Wel zijn er aanwijzingen dat in sommige centra leveranciers commerciële belangen hebben.

Er zijn volgens de NVDV diverse goede richtlijnen, maar aanvulling hiervan zijn, in de vorm van uitbreiding naar een kwaliteitsstandaard per diagnose, zoals ook aangegeven door CVZ, wenselijk. Indien richtlijnen/kwaliteitsstandaardenonvoldoende worden nageleefd (bijvoorbeeld: als een ulcus cruris na 6 weken geen verbetering vertoont, verwijzen naar de tweede lijn), dan moet beoordeeld worden hoe het volgen van richtlijnen of kwaliteitsstandaarden beter georganiseerd kan worden. Het opzetten van geheel nieuwe centra, is niet bij voorbaat kwaliteit bevorderend, of kostenbesparend. Bovendien moet er onderscheid gemaakt worden tussen wondbehandeling en toegepaste criteria in de eerste lijn en in de tweede lijn. Als de juiste diagnostiek en initiële behandeling van het onderliggend lijden is ingezet door de tweede lijn kan de patiënt verantwoord worden overgedragen aan de eerste lijn of thuiszorg. Patiënten met bovengenoemde chronische ulcera verdienen adequate diagnostiek, een goed behandelplan en een brede blik van een medicus: medisch specialisten dan wel huisarts.

Vertrouwende het College hiermee voldoende te hebben geïnformeerd, met vriendelijke groet,

Dr. Bibi van Montfrans, vice-voorzitter NVDV

Dr. Birgitte Maessen-Visch, Domeingroep Vaten

Dr. KP de Roos, Dutch College of Phlebology

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

College Voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw P. Polman
Postbus 320
1110 AH Diemen

Onze ref.: BBV139439/BG/mvdh

Utrecht, 03-04-2013

re: Consultatiedocument 'Analyse complexe wondzorg'

Geachte mevrouw Polman,

Op 6 maart 2013 hebben wij van u het consultatiedocument 'analyse complexe wondzorg' ter consultatie ontvangen. Tevens is dhr. S. Roskam namens de NVvH en NVvV aanwezig geweest op de door u georganiseerde bijeenkomst van 21 maart 2013.

In essentie bevat het rapport een goede omschrijving van het huidige landschap rondom de wondzorg. In de bijlage zijn onze standpunten per consultatievraag uitgewerkt. Graag zien wij uw reactie tegemoet.

Met vriendelijke groet,

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR HEELKUNDE

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR VAATCHIRURGIE

t.o.

Dr. R.H. Geelkerken
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Correspondentieadres:
Bureau van de Nederlandse
Vereniging voor Heelkunde

Postbus 20061, 3502 LB Utrecht
Tel. 030-2823327
E-mail: nvvh@nvvh.knmg.nl
Adres website: www.heelkunde.nl

## Bijlage 1: reactie per consultatievraag

Onderstaand de reactie van de NVvV en de NVvH op de consultatievragen die CVZ stelt in haar consultatierapport 'analyse complexe zorg'.

3.a. Organisatie zorgproces
In de vierde alinea wordt gesteld dat 'het volledige primaire proces of delen ervan, van diagnostiek tot het afronden van de behandeling kan gedelegeerd worden aan andere wonddeskundige zorgprofessionals op voorwaarde van goede communicatie en coördinatie'. De NVvH en NVvV zijn van mening dat hierbij een definitie van een wonddeskundige zorgprofessional in de tekst opgenomen moet worden. Hierdoor wordt voorkomen dat aan een dergelijk begrip in de praktijk op verschillende wijzen invulling wordt gegeven.

Consultatievraag 1:
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?*
- *moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?*
- *hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?*
- *welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?*

In het consultatiedocument wordt reeds aangegeven dat juist de coördinatie en samenwerking tussen deze lijnen versterkt moet worden om de totale complexe wondzorg nog verder te verbeteren. De NVvH en NVvV zijn daarom van mening dat een kwaliteitsstandaard juist bij kan dragen aan de samenwerking tussen de 1e, 2e en 3e lijn als het gaat om complexe wondbehandeling. Een verwijsstandaard is hier een integraal onderdeel van. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden kunnen hierdoor op de juiste plaats worden belegd. Voor de zorgprofessional en de patiënt geeft dit duidelijkheid over de plaats waar de complexe wond het best behandeld kan worden.

De NVvH en NVvV vinden dat een kwaliteitsstandaard gebaseerd moet zijn op reeds bestaande richtlijnen zoals deze in de 2e lijn gangbaar zijn. Deze richtlijnen zijn vanuit etiologische oorzaken opgesteld, maar kunnen mogelijk worden vertaald naar de kwaliteitsstandaard voor complexe wonden. Hierbij moeten eventuele discrepanties in de toekomst worden voorkomen. Er moet hierbij sprake zijn van een gezamenlijk initiatief van de 1e en 2e lijn.

Consultatievraag 2:
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*

De NVvH en NVvV constateren dat de overige opties om duidelijke redenen worden afgewezen omdat in alle gevallen zorgverleners anders buiten spel komen te staan. Het functiegericht omschrijven van de complexe wond heeft tevens het voordeel dat de prestaties niet worden beperkt tot verbandmiddelen. Ook innovatievere behandelmethoden kunnen hierdoor onder het verzekerd pakket vallen. Dit voorkomt potentiele discussies over behandelmethoden als honing of maden die in essentie niet als verbandmiddel worden beschouwd, maar medisch inhoudelijk wel bijdragen aan het herstel van de huid. Hierop zouden wij dan ook positief willen adviseren.

Hierbij willen wij opmerken dat moet worden voorkomen dat een functiegerichte omschrijving leidt tot een onoverzichtelijk doolhof van hulpmiddelen die de stoornissen in de functies van de huid herstellen. Wij pleiten dan ook om hiervoor een overzichtelijke categorisatie te gebruiken die aansluit bij de dagelijkse praktijk. Hierbij zou u kunnen denken aan de verschillende fasen in het herstel van de huid.

In het consultatiedocument en inleidende tekst wordt niet gesproken over het tijdstip waarop een potentiele functiegerichte omschrijving ingevoerd moet worden. Wij willen benadrukken dat een dergelijke wijziging op korte termijn grote consequenties heeft in de bedrijfsvoering van de diverse zorgorganisaties. Graag ontvangen wij meer inzicht in de horizon en fasen van een dergelijk traject.

Consultatievraag 4:
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

In een aantal ziekenhuizen zijn al ontwikkelingen rondom het inkoopbeleid voor wondhulpmiddelen. Deze ziekenhuizen kiezen voor een beperkter assortiment op basis van ervaring, wetenschappelijke effectiviteit en kosten. Juist doordat dit lokale initiatieven zijn is er veel draagvlak binnen het ziekenhuis. De NVvH en NVvV zijn van mening dat er alleen sprake kan zijn van een dwingend karakter in een kwaliteitsstandaard als de superioriteit van betreffend wondhulpmiddel voor een specifieke behandeling wetenschappelijk adequaat is onderbouwd. De koppeling van de kwaliteitsstandaard aan de vergoeding van betreffende wondhulpmiddelen kan dan ook alleen in deze superieure gevallen.

Tevens willen wij u er graag op attenderen dat het gebruik van het juiste wondhulpmiddel niet per definitie betekent dat de complexe wond ook daadwerkelijk herstelt. Dit heeft mede te maken met de pathofysiologische toestand van de patiënt in combinatie met andere patiëntgebonden factoren. Het herkennen van de onderliggende oorzaak van de complexe wond, het behandelen hiervan en het aanpassen van de therapie aan de wondgenezingsfase is dan ook van groter belang. Het wel of niet vergoeden van bepaalde wondhulpmiddelen kan niet los worden gezien van dit gehele pakket aan zorg. Het wel vergoeden van een goedkoper product dat niet past binnen een bepaalde totale behandeling van een wond heeft geen medisch inhoudelijke meerwaarde. Wij vragen u hiervoor te waken.

Consultatievraag 5:
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*

De NVvH en de NVvV zijn van mening dat een wondplatform vooral een meerwaarde kan hebben in het opiniërend aandragen van oplossingen en het onafhankelijk optreden als kennispartij. Tevens kan een wondplatform de doorontwikkeling en borging van de kwaliteitsstandaard op zich nemen zodat de multidisciplinariteit geborgd is. Wij trekken hier graag de vergelijking met de oncologische SONCOS normen die de NVvH mede heeft ontwikkeld.

Wij zijn echter wel van mening dat de samenstelling van de partijen van essentieel belang is voor het goed functioneren van een dergelijk platform. Hierbij zien wij een grote rol voor de medisch specialist als expert in de wondzorg. Een bestaand platform naar voren schuiven brengt het risico met zich mee dat de visie en strategie reeds is gedefinieerd door een beperkt aantal partijen uit het veld. Een bottum-up benadering voor het wondplatform lijkt ons dan ook essentieel, waarbij doelstelling en strategie gezamenlijk worden geformuleerd.

Consultatievraag 6:
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis? Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*

De NVvH en NVvH onderschrijven het verbeteren van de kennisbasis rondom wondzorg en wondhulpmiddelen. Wij zien meerwaarde in het beleggen van deze taken bij een specifieke werkgroep/platform, maar willen waken voor het versnipperen van deze kennis over verschillende organisaties. Het beleggen van deze kennisontwikkeling bij hetzelfde platform als waar de

kwaliteitsstandaard is belegd heeft dan ook de voorkeur. Hierbij dient rekening gehouden te worden dat de vertegenwoordiging in dit platform een afspiegeling is van de diverse partijen in het veld.

Consultatievraag 7:
*Wat vindt u van de constatering van de van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*

De NVvH en NVvV hebben geen indicaties dat uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten noodzakelijk is. Juist door in te zetten op verdere standaardisatie, protocollering en samenwerking verwachten wij dat nog veel efficiëntie wordt geboekt. Dit geldt zowel voor de 1e als voor de 2e lijn.

Consultatievraag 8:
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*

Een apart wonddossier zorgt mogelijk voor versnippering van de stoornis in het herstel van de huid en de pathofysiologische oorzaak. In de 2e lijn is daarom integratie in het patiëntendossier noodzakelijk. Hierbij is van groot belang dat de overdracht van de wondbehandeling van de 2e lijn naar de 1e lijn adequaat geborgd is. Geüniformeerde overdrachtsformulieren kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Consultatievraag 9:
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*

In het consultatiedocument worden duidelijke voorbeelden genoemd van mogelijkheden om verspilling tegen te gaan. Daarnaast kan het versterken van lokale inkoopinitiatieven een financiële besparing opleveren in de aankoop van wondhulpmiddelen. Om verspilling tegen te gaan adviseren wij de focus te leggen op verpakkingsgrootte en de voorschrijftermijnen. Hiermee kan worden voorkomen dat een grootte hoeveelheid wondhulpmiddelen ten onrechte bij de patiënt worden afgeleverd.

Consultatievraag 10:
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*

De NVvH en NVvV zijn positief gestemd over de wondexpertisecentra. Het centraliseren van specifieke kennis en behandelingen leidt in onze ogen tot een verhoging van de gemiddelde kwaliteit. Hierbij moet wel gewaakt worden dat de complexe wondzorg los wordt gezien van de pathofysiologische oorzaak. In onze ogen leidt namelijk het integrale behandelbeleid tot het herstel van de complexe wond. Daarnaast moeten de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de wondexpertisecentra bij de juiste zorgprofessionals worden belegd en organisatorische inbedding in de specialismen dermatologie en heelkunde worden geborgd.

College voor Zorgverzekeringen
Mw. L. Visser
Postbus 320
1110 AH Diemen

Betreft: reactie Wondplatform Nederland Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg

Krimpen aan den IJssel, 4 april 2013

Geachte mevrouw Visser,

Hierbij de reactie van Wondplatform Nederland op het Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg.

Het Wondplatform Nederland is in april 2010 opgericht met als doel om met zoveel mogelijk partijen die betrokken zijn bij wondzorg samen te werken aan gezamenlijke doelen. De partijen die momenteel zijn aangesloten bij het Wondplatform Nederland zijn:
WCS
V&VN Wondconsulenten
Nefemed
FHI
Opleidingsplatform wondopleidingen
EWMA
Verenso
NVH
ZN
NPCF
We zijn blij met het rapport 'verkenning wondbehandeling in Nederland', dat echter slechts een weergave geeft van de huidige situatie in Nederland en aangeeft dat er nog veel kan en moet veranderen. Dat dit alleen in gezamenlijkheid kan is ons geheel duidelijk. We trachten deze gezamenlijkheid te bereiken middels een bijeenkomst op 25 april a.s. waarvoor alle relevante partijen zijn uitgenodigd.

De reactie van het Wondplatform aangaande de consultatievragen:

Vraag 1.
We zijn van mening dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen, waarin in ieder geval de organisatie van zorg beschreven wordt en ook de verantwoordelijkheidsverdeling. Indien de competenties van de beroepsbeoefenaars daar ook in worden omschreven, is het mogelijk de kwaliteit van zorg te garanderen waarmee ook het voorschrijfgedrag van hulpmiddelen wordt beïnvloed. We hebben het omschrijven van de competentieprofielen als opdracht aan de mandataris wondopleidingen en V&VN Wondconsulenten (en in beginsel ook de NOVW) uitgezet en de opdracht zal medio april afgerond worden.
Ook hebben reeds verkennende gesprekken met WCS Kenniscentrum Wondzorg plaatsgevonden voor het ontwikkelen van een Richtlijn Complexe Wondzorg, welke voornamelijk over de organisatie van wondzorg zou moeten gaan. Hier maakt het verwijsproces ook onderdeel van uit. Wij willen dit

initiatief verder uitwerken en vinden het WCS Kenniscentrum Wondzorg de aangewezen kandidaat om de kwaliteitsstandaard te gaan ontwikkelen, uiteraard in nauwe samenwerking met de betrokken partijen uit het Wondplatform Nederland.

Vraag 2.
Wij spreken onze twijfels uit over het functiegericht omschrijven van de prestatie 'hulpmiddelenzorg'. We zien het nut er wel van in, maar vinden een gedegen voorbereiding in de vorm van het maken van een kwaliteitsstandaard als prioriteit en zijn terughoudend over het tempo waarin deze zaken nu aan de orde zouden moeten komen. Wellicht kan het CVZ en/of Kwaliteitsinstituut het Wondplatform Nederland ondersteunen in beide processen.

Vraag 3.
Wij zijn van menig dat de patiëntbelangen leidend zouden moeten zijn. De kwaliteitsstandaard zou dus door de patiëntvertegenwoordigers omarmd moeten worden. Best-practice wordt gezien als alternatief voor evidence-based-medicin en alleen als wetenschappelijk bewijs ontbreekt zal de voorschrijver een besluit moeten nemen op grond van ervaring. Naar onze mening mogen dergelijke voorwaarden aan verbandmiddelen mogen worden gesteld. Overigens voldoet in eerste instantie ook voorgestelde indeling uit het CVZ rapport (absorberen, hydrateren, reguleren) om hulpmiddelen wondzorg te beoordelen. Het zou in de ogen van Wondplatform Nederland goed zijn als de voorschrijvers ook betrokken worden in de besluitvorming van beoordeling.

Vraag 4.
Zie hiervoor ook vraag 3. Daarnaast zouden we meer op uitkomsten van hulpmiddelen willen sturen. In de kwaliteitsstandaard dienen uiteraard best-practices te worden opgenomen. De verschillende soorten producten voor de verschillende toepassingen moeten ons inziens niet in een kwaliteitsstandaard, maar in de diverse reeds ontwikkelde richtlijnen te worden opgenomen, voor zover dit al niet is gedaan.

Vraag 5.
De eerste aanbeveling uit het rapport 'verkenning wondbehandeling in Nederland' luidt als volgt:
Er komt een koepelorganisatie voor wondbehandeling in Nederland. Hierin zijn alle betrokken partijen vertegenwoordigd: patiënten, beroepsverenigingen van professionals, opleiders, wetenschappers, producenten, leveranciers en zorgfinanciers.
Deze koepelorganisatie heeft als algemene taakstelling het adviseren over en vaststellen van maatregelen die nodig zijn voor de organisatie van veilige, doelmatige en toegankelijke zorg voor patiënten met complexe wonden. Hierbij moet gedacht worden aan: formats voor regionale, transmurale en multidisciplinaire standaarden, opleidingseisen en competentieprofielen voor professionals, structuureisen en kwaliteitscriteria voor wond(expertise)centra, productclassificaties etc.
Het Wondplatform Nederland is in 2010 opgericht en heeft zich voor een belangrijk deel deze taakstelling opgelegd en wordt gevormd door bovengenoemde partijen met uitzondering van CVZ en ZN. Aanbevolen wordt dat het CVZ en ZN aansluiten in dit Wondplatform. Verder kan door formalisering van opdracht, uitgewerkt in statuten en reglement de (her)inrichting van het Wondplatform Nederland tot een sterke verbetering leiden van uniformiteit, veiligheid en professionaliteit in de behandeling van patiënten met complexe wonden.
Deze aanbeveling onderschrijven wij volledig. Zoals eerder aangegeven stellen we alles in werking om alsnog alle relevante partijen te betrekken bij het Wondplatform Nederland. Ook de suggestie dat een onafhankelijk voorzitter zou moeten worden aangesteld, wordt ter hand genomen.

Vraag 6.
Wij vinden één kennisbasis voor wondzorg een minimum vereiste. Het WCS Kenniscentrum Wondzorg voldoet aan alle criteria van een Kenniscentrum. Het legt momenteel de contact met de

groep wetenschappers op het gebied van wondzorg, teneinde ook evidence en kennis op elk niveau te kunnen verspreiden in- en vertalen naar de praktijk. Samenwerking met wetenschap en universitaire centra zullen gaan leiden tot een databank van wetenschappelijke artikelen en mogelijk universitaire vervolgopleidingen wondzorg. Het WCS Kenniscentrum Wondzorg zal door middel van aansluiting op eventuele bestaande initiatieven dé kennisbasis op het gebied van Wondzorg.

Vraag 7.
De wondopleiding voor wondverpleegkundigen en consulenten te Rotterdam is het initiatief van de V&VN Wondconsulenten, WCS en Nefemed. Samen met de opleiding tot wondverpleegkundige in Nijmegen zorgen deze opleidingen voor inhoudelijk geschoolde verpleegkundigen op het gebied van wondzorg. Als de zorg rondom patiënten met gecompliceerde wonden efficiënter moet worden en de kosten niet mogen stijgen, is inzet en opleiden van deze functionarissen een must. Erkenning van de opleidingen zou voor een verheldering in verantwoordelijkheidsverdeling leiden. Bovendien is de patiënt met een wondverpleegkundige 'aan bed' gegarandeerd van een zekere kwaliteit van wondzorg. Samenwerking in wondzorg is van het allergrootste belang. Wondverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten hebben in veel gevallen al de brugfunctie tussen arts, verpleegkundige en patiënt.

Vraag 8.
Wij zien de meerwaarde van een geïntegreerd wonddossier in een elektronisch patiëntendossier. Er zouden veel data kunnen worden gegenereerd door wonddossiers landelijk gelijk te maken, waardoor alle data op gelijke wijze kan worden verzameld en vergeleken. Het zou een mogelijk kunnen leiden tot meer wetenschappelijke uitkomsten.

Vraag 9.
Het tegengaan van verspilling zien wij in zaken als protocollering, functiegericht voorschrijven, kleinere verpakkingen van verbandmaterialen, efficiëntie van zorg, waardoor geen verspilling van inzet van personeel (wie wanneer waar) en in preventieve zorg en zelfredzaamheid.

Vraag 10.
Het Wondplatform Nederland heeft in 2012 opdracht gegeven voor het opstellen van criteria voor Wondexpertise Centra. V&VN Wondconsulenten heeft dit samen met het WCS Kenniscentrum en onder begeleiding van het CBO uitgevoerd. Doel van het opstellen van deze criteria is om kaders te stellen aan de definitie en uitvoering van Wondexpertise Centra in Nederland. Wondzorg moet in de hele ketenzorg verzekerd zijn van kwaliteit en voldoen aan bepaalde criteria, zodat de patient de zorg krijgt waar hij het nodig heeft en van wie hij het het beste kan ontvangen. Deze criteria onderschrijft het Wondplatform Nederland volledig.

Voor zover onze bijdrage. We zien uit naar een constructief tweede overleg,

Met vriendelijke groet
Karin C. Timm
Voorzitter Wondplatform Nederland

nederlands huisartsen genootschap

**Domus Medica**
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
030-282 35 00
030-282 35 01
info@nhg.org

Mevrouw E.C.M. Visser
Adviseur Pakketbeheer & Kwaliteitsinstituut
(Hulpmiddelenzorg)
CVZ
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

LVisser@cvz.nl

Utrecht, 4 april 2013
Uw kenmerk :
Ons kenmerk : EXT 13-53/uit/TW/JB/hp

Onderwerp : Reactie op het Consultatiedocument Analyse Complexe Wondzorg

Geachte mevrouw Visser,

Hartelijk dank voor de mogelijkheid dit document vanuit de huisartsgeneeskunde van commentaar te mogen voorzien. Ik beperk me daarbij tot de in het document genoemde vragen.

*Vraag 1 Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen? Moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken? Hoe kan die standaard het beste tot stand komen?*

Er zijn reeds diverse richtlijnen en standaarden beschikbaar. Zo zijn er NHG-Standaarden over ulcus cruris en decubitus. In uw document wijst u reeds op het gebrek aan evidence die pleit voor of tegen de keus van specifieke materialen. Noodgedwongen worden in deze richtlijnen derhalve slechts globale aanwijzingen voor de keus gegeven die onder andere berusten op de wondfase (zwart, geel of rood). In de NHG-Standaarden staan ook aanwijzingen voor het verwijzen.
Uit het document wordt niet erg helder wat u precies van een nieuwe kwaliteitsstandaard verwacht. Tot betere adviezen voor de wondzorg als zodanig zal die door gebrek aan richtinggevende evidence niet kunnen leiden. Als u bij een kwaliteitsstandaard vooral denkt aan een zorgstandaard waarin relatief veel nadruk ligt op organisatorische aspecten zal dit wellicht kunnen bijdragen aan het tegengaan van allerlei informele verwijsstromen waarvan u in uw document rept. Overigens zijn de NHG-Standaarden op dit punt duidelijk. De verantwoordelijkheid voor de wondbehandeling ligt te allen tijde bij de medicus d.w.z. de huisarts en die besluit over verwijzing.

Voor wat betreft de totstandkoming van een dergelijke richtlijn: het beste lijkt me dat u een plan maakt waarin duidelijk staat welke problemen de kwaliteitsstandaard moet oplossen en een belangrijke stakeholder uit de behandelende sector verzoekt de ontwikkeling ervan op zich te

nemen, uiteraard wel met bijbehorende financiering. Desgewenst wil het NHG een dergelijk verzoek wel in overweging nemen.

*Vraag 2 Wat vindt u van het voornemen om 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht te omschrijven?*

Handhaven bij hulpmiddelenzorg lijkt me prima. Ik kan niet goed in het document terugvinden wat voor functiegerichte omschrijving u in gedachten heeft. Gaat het om functies als het terugdringen van contaminatie, absorptie van exudaat en afdekken van de wond? Bij gebrek aan evidence lijkt me dat op dit moment het hoogst haalbare. Overigens is de functie c.q. het werkingsmechanisme van diverse wondbedekkers niet erg duidelijk.

*Vraag 3 Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*

Als ik het goed begrijp ziet het College voor Zorgverzekeringen hier geen belangrijke taak voor zichzelf weggelegd. Voor artsen werkzaam in de praktijk die te maken hebben met uiteenlopende zorgverzekeraars die alle hun eigen beleid voeren, ontstaat dan gemakkelijk een onoverzichtelijke situatie waarbij voor de ene patiënt het ene middel en voor de andere het andere middel vergoed wordt. Enige centrale regie lijkt me hier wel wenselijk zeker daar te betwijfelen valt of afzonderlijke zorgverzekeraars voldoende expertise in huis hebben om een oordeel te vellen over de prestaties van nieuwe middelen.

*Vraag 4 Wat vindt u van het idee om de toepassing van producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*

Zie mijn reactie op vraag 3, bestaande richtlijnen zouden eventueel kunnen worden ongebouwd tot/geïncorporeerd in een kwaliteitstandaard.

*Vraag 5 Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is er voor nodig om dat te realiseren?*

Voordeel zou kunnen zijn dat er een door alle partijen gedragen visie op de inhoud en organisatie van de wondzorg in Nederland ontwikkeld wordt. Risico is dat het platform een strijdplaats wordt waarin alle betrokken hun eigen belangen maximaal proberen uit te buiten. Vraag is ook hoe de idee van een wondplatform waarin leveranciers van wondzorgproducten, verzekeraars en allerlei soorten verpleegkundigen vertegenwoordigd zijn, zich moet verhouden tot de opvatting dat de eindverantwoordelijkheid voor de wondzorg moet blijven liggen bij de medici. Een duidelijke functie voor het platform vervalt mijns inziens als er gewerkt gaat worden aan een kwaliteitsstandaard waarin ook de organisatie van de wondzorg veel aandacht krijgt, inclusief het delegeren van zorg aan paramedische professionals.

*Vraag 6 Is één kennisbasis noodzakelijk en onder welke voorwaarden?*

De beschikbare kennis is mijns inziens afdoende toegankelijk in medisch wetenschappelijke literatuur. Opmerkelijk is vooral dat er zo weinig over de effectiviteit van allerlei behandelingen c.q. wondzorgmiddelen bekend is. Als uw punt is dat onderzoek in die richting gestimuleerd

nederlands huisartsen genootschap

moet worden, ben ik het daar helemaal mee eens. Het lijkt me dan evenwel beter dit punt te vertalen in de richting van een onderzoeksprogramma met bijbehorende financiering.

*Vraag 7 Constatering dat het aantal opleidingsplaatsen moet worden uitgebreid om te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het gebied van wondzorg.*

In principe is er niets op tegen dat betrokkenen beter geschoold zijn en wellicht is het nodig het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. In uw document rept u evenwel ook over het formeel vastleggen van de status en titulatuur van verpleegkundigen met aantekeningen in de wondzorg. Vraag is hierbij dan wel hoe dit zich verhoudt tot de eindverantwoordelijkheid van de medici die u in uw rapport eveneens onderschrijft.

*Vraag 8 Meerwaarde van apart wonddossier of onderdeel van geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*

Dit lijkt me nergens voor nodig. Een fatsoenlijk geïntegreerd elektronisch patiëntendossier kan gemakkelijk een aparte sectie over de wondzorg bevatten. Overigens is mij niet geheel duidelijk wat u bedoelt met een patiëntgebonden wonddossier. Ieder dossier betreft toch een bepaalde patiënt?
*Vraag 9 Welke mogelijkheden om verspilling tegen te gaan?*

Deze geeft u zelf al aan in uw rapport: niet meteen grote hoeveelheden voorschrijven, zeker zolang niet duidelijk is of de behandeling aanslaat, het op de markt brengen van kleinere verpakkingen, het toestaan van de mogelijkheid van teruggaaf aan de apotheek, locale en regionale afspraken over te gebruiken verbandmiddelen.

*Vraag 10 Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*

Deze centra zijn niet gelieerd aan een ziekenhuis. Dat is jammer en werkt versnippering van de zorg in de hand. Vooralsnog niet propageren, zolang de meerwaarde niet middels gedegen onderzoek is aangetoond.

Tot zover mijn reactie. Ik hoop dat alles voldoende duidelijk is. Desgewenst ben ik bereid een en ander eind mei – tijdens de volgende consultatiebijeenkomst - nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Tjerk Wiersma, huisarts
Senior-wetenschappelijk medewerker afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

**Consultatievraag 1:**

Ja, uiteraard ook het verwijsproces, er moet een landelijke richtlijn komen die gedragen wordt door WCS en het wondplatform (dan zijn alle partijen vertegenwoordigd). Zie verdere uitwerking vraag 5

**Consultatie vraag 2:**

Goed; op dit moment is het te vroeg om alles in het ziekenhuis te beleggen; bovendien is meest chronisch complexe zorg thuis te vinden.

**Consultatievraag 3**

Niet optimaal uitgevoerd; er moeten zorgprofessionals aan toe gevoegd worden. Er moet ook ruimte blijven voor innovatie. Er moet gewaakt worden voor discriminatie binnen productgroepen. Transparantie in het toekenningsbeleid is een must.

Er moet ruimte blijven om producten uit te proberen. Ook practice based ervaringen zijn waardevol en moeten een plek krijgen in het besluitvormingsproces.

**Consultatievraag 4**

Goed idee, omdat dit nog verder gaat dan een richtlijn; in een kwaliteitsstandaard wordt ook gekeken vanuit het patiëntbelang. Hierdoor zal er ook ruimte zijn voor practice based data en dat is in het geval van wondzorg erg noodzakelijk.

**Consultatievraag 5:**

Goede zaak; er is mandaat en draagvlak nodig. Partijen moeten de krachten bundelen. Het is wel belangrijk dat ook de medisch specialisten zich aansluiten bij het platform. Het aanstellen van een onafhankelijke voorzitter kan mogelijk bijdragen aan de wil om toe te treden tot het platform. Samen optrekken is noodzakelijk ook om te professionaliseren, de zorg verantwoord te blijven leveren, hulpmiddelen beschikbaar te houden en de zorg betaalbaar te houden.

**Consultatievraag 6**

Goed; transparantie is altijd goed; het zijn wel ideeën die ook objectiviteit vragen en waarbij je transparantie moet borgen (bronvermelding noodzakelijk)

Postbus 366 · 3830 AK Leusden · bezoekadres: Dodeweg 68, 3832 RC Leusden · telefoon (033) 465 10 63 (algemeen (033) 465 75 07) · fax (033) 461 66 38 · internet: www.fhi.nl · e-mail: info@fhi.nl
K.v.K. Gooi- en Eemland 40507573

**Consultatievraag 7**

Goed, beleid kan dan ook beter geborgd worden

**Consultatievraag 8**

Onderdeel van een totaal dossier; de wond patiënt bestaat immers niet…

**Consultatievraag 9**

Geprotocolleerd beleid en wond zorg in handen van professionals. Fabrikanten aanmoedigen kleine verpakkingseenheden te leveren

**Consultatievraag 10**

Goed mits ze voldoen aan de beschreven indicatoren; hiermee borg je alle kwaliteitsissues.

Postbus 366 · 3830 AK Leusden · bezoekadres: Dodeweg 6B, 3832 RC Leusden · telefoon (033) 465 10 63 (algemeen (033) 465 75 07) · fax (033) 461 66 38 · internet: www.fhi.nl · e-mail: info@fhi.nl
K.v.K. Gooi- en Eemland 40507573

*Consultatievraag 1:*
*Vindt u dat er een kwaliteitsstandaard wondbehandeling moet komen?*
*• moet het verwijsproces daar onderdeel van uitmaken?*
*• hoe kan die kwaliteitsstandaard het beste tot stand komen?*
*welke partijen moeten hierbij het initiatief nemen?*
Er moet een kwaliteitsstandaard komen waarin verwijsproces is opgenomen en waarin beschreven staat welke routing er is als cliënt niet doorverwezen wil worden naar 2de lijn. Een multidisciplinaire werkgroep, liefst onder leiding van Ubink/Vermeulen, kan hiervoor geformeerd worden. Eigenaar lijkt mij de orde de specialisten.

*Consultatievraag 2:*
*Wat vindt u van het voornemen om de 'verbandmiddelen' te handhaven in de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' en deze prestatie functiegericht in de wet- en regelgeving te omschrijven?*
Aangezien er nu vrijwel geen enkele evidence bestaat aangaande de inzet van middelen, is handhaving toch wenselijk aangezien behandelaars een duidelijk eigen behandelpatroon volgen. Er is onvoldoende duidelijk hoe de vele expertise aangaande practice based evidence verzameld kan en moet worden. Een landelijke database lijkt wenselijk.

*Consultatievraag 3:*
*Wat vindt u van het geschetste beleid rondom de beoordeling van wondzorgproducten?*
Helaas worden professionals niet betrokken bij de keuzes. Cliënten mogen geen slachtoffer worden van besluiten die alleen op kosten zijn gebaseerd.

*Consultatievraag 4:*
*Wat vindt u van het idee om de toepassing van (soorten) producten bij verschillende zorgvragen onderdeel te laten zijn van een kwaliteitsstandaard (best practices)? Wat vindt u van het idee om de kwaliteitsstandaard als uitgangspunt te gebruiken bij de vraag of producten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen?*
Zo gauw er een goede database is kan besluitvoering mede hierop, maar wel samen met deskundigen ter beoordeling, geschieden.

*Consultatievraag 5:*
*Vindt u het belangrijk dat er een wondplatform is dat namens alle partijen naar buiten kan treden? Wat is ervoor nodig om dit te realiseren?*
Er is al een wondplatform Nederland dat uitgebreid moet worden met ontbrekende partijen. Stappen zijn hier al voor genomen.
In dit wondplatform moeten ALLE partijen rond wondbehandeling en met name de cliëntenvereniging participeren. Niet participeren mag niet aan de orde zijn.
Een goede financiering van dit adviesorgaan is zeer noodzakelijk.

*Consultatievraag 6:*
*Wat vindt u van een gezamenlijke inspanning om te komen tot één (verbeterde) kennisbasis?Onder welke voorwaarden kan zo'n kennisbasis tot stand komen?*
Er is al kennis bij WCS en mogelijk ook bij NOVW. Ondersteuning vanuit 1 universiteit ontbreekt en om de wondbehandelingkennis op een hoger peil te krijgen,

is dit noodzakelijk vanwege voldoende kennis om aangeleverde literatuur te beoordelen.

*Consultatievraag 7:*
*Wat vindt u van de constatering van de van de onderzoekers dat het aantal opleidingsplaatsen zou moeten worden uitgebreid om ervoor te zorgen dat meer verpleegkundigen een specialistische opleiding gaan volgen op het terrein van de wondzorg?*
Om goed te kunnen voorschrijven is kennisverhoging noodzakelijk. Er zou een capaciteitsorgaan moeten zijn die net als bij artsen gaat beoordelen hoeveel opleidingsplaatsen noodzakelijk zijn. Verpleegkundigen die geen post-HBO opleiding hebben genoten ouden nu niet mogen voorschrijven. Hier ligt ook een bewakende rol van de zorgverzekeraars.

*Consultatievraag 8:*
*Ziet u de meerwaarde van een apart wonddossier of bent u van mening dat dit onderdeel kan zijn van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier?*
Altijd integreren.

*Consultatievraag 9:*
*Welke mogelijkheden ziet u om verspilling tegen te gaan?*
Levering altijd voor een beperkte periode tot aan nieuw consult.

*Consultatievraag 10:*
*Hoe kijkt u aan tegen de nieuwe wondexpertisecentra?*
Mits goed is beschreven hoe de diagnostiek wordt vormgegeven en men de indicatoren die al aangenomen zijn kan en zal opvolgen, kan een wondexpertisecentrum meerwaarde hebben. Volledige overname lijkt mij onwenselijk. Levering van artikelen zou niet meer via apotheek maar via gespecialiseerde centra moeten.

M. van Leen
Namens Verenso