

Beenorthesen bij neuromusculaire aandoeningen



Beenorthesen bij neuromusculaire aandoeningen

Merel Brehm

Frans Nollet

REED BUSINESS EDUCATION, AMSTERDAM

© Reed Business, Amsterdam 2014

Reed Business Education is onderdeel van Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevelen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Productierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 3814 5
NUR 894, 876

Medewerkers

Redactie

Dr. Merel-Anne Brehm (senior onderzoeker, bewegingswetenschapper)
Afdeling Revalidatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Prof.dr. Frans Nollet (hoogleraar revalidatiegeneeskunde)
Afdeling Revalidatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Medewerkers

Drs. Viola Altmann (revalidatiearts)
Afdeling Revalidatie, Sint Maartenskliniek, Nijmegen.

Mw. Anne-Carien Beishuizen (fysiotherapeut)
Afdeling Revalidatie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Ir. Theo Bougie (directeur BRT-advies)
BOUGIE Revalidatie Techniek, Echt.

Drs. Bert Bröcking (patiëntvertegenwoordiger)
Werkgroep Polio, Spierziekten Nederland, Baarn.

Dhr. Jos Deckers (fysiotherapeut)
Afdeling Revalidatie, Adelante, Hoensbroek.

Drs. ir. Fred Holtkamp (lector)
Orthopedische Technologie, Fontys Hogeschool, Eindhoven.

Dhr. Tom Gort (orthopedisch instrumentmaker)
OIM Noppe Orthopedietechniek, Noordwijkerhout.

Prof.dr.ir. Jaap Harlaar (hoogleraar klinische bewegingsanalyse)
Afdeling Revalidatie, VU Universitair medisch centrum, Amsterdam.

Dr. Yvonne Heerkens (senior onderzoeker, lector)
Nederlands Paramedisch Instituut, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

Dhr. Erik Hoekman (orthopedisch adviseur)
OIM orthopedie, Zwolle.

Dr. Mark Nederhand (kinderrevalidatiearts)
Roessingh Research & Development, Enschede

Dr. Johanneke de Rijk-van Andel (kinderneuroloog)
Revant Revalidatiecentrum Breda, Breda.

Dr. Huub van der Heide (orthopedisch chirurg)
Afdeling Orthopedie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

Voorwoord

Beenorthesen worden toegepast om een verminderde functie van het bewegingsapparaat mechanisch te ondersteunen of te compenseren en zodoende de loopvaardigheid van de patiënt te verbeteren. In het kader van dit boek gaat het om beenorthesen die vallen onder de te verzekeren prestatie 'Hulpmiddelenzorg'.

Beenorthesen worden voorgeschreven bij verschillende aandoeningen, zoals neuromusculaire aandoeningen en traumatische zenuwletsels met motorische uitvalsverschijnselen van de onderste extremiteiten. Groei- en standsafwijkingen komen hier vaak bij voor.

Het toepassen van beenorthesen bij deze aandoeningen is een complex proces, omdat de ernst en de uitgebreidheid van de uitvalsverschijnselen tussen patiënten verschillen en omdat er een grote verscheidenheid is in beschikbare beenorthesen, die bij complexe afwijkingen doorgaans op maat gemaakt moeten worden. Hierdoor is er een grote variatie in uitvoering van orthesen, met uiteenlopende resultaten.

Om deze praktijkvariatie tegen te gaan en suboptimale behandeling te verminderen, is in 2008 door zorgprofessionals van het AMC (afdeling Revalidatie) met subsidie van ZonMw en de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten een landelijke ortheserichtlijn ontwikkeld. Deze richtlijn, getiteld *Beenorthesen naar maat bij neuromusculaire aandoeningen* is tot stand gekomen in samenwerking met een expertgroep van patiënten, revalidatieartsen, orthopedisch-instrumentmakers, fysiotherapeuten, neurologen, orthopeden en vertegenwoordigers van ziektekostenverzekeringen.

De ortheserichtlijn is opgesteld volgens het model van de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg*, die uitgaat van de functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen, zoals vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. In 2012 is de ortheserichtlijn geaccordeerd door de Nederlandse Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA). Dit boek is de uitwerking daarvan, verrijkt met leerdoelen en toetsvragen, en beoogt het gebruik van de ortheserichtlijn in het onderwijs en de klinische praktijk te ondersteunen.

Hoofdstuk 1 leidt het boek in aan de hand van een toelichting op de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg*. Daarnaast wordt het wettelijk kader voor de hulpmiddelenzorg besproken, evenals *shared decision making*, het model van gezamenlijke

besluitvorming, waarbij de zorgprofessional en patiënt samen komen tot de best passende behandeling.

Hoofdstuk 2 beschrijft de doelgroepen en hun specifieke problemen. De aandoeningen die zijn beschreven betreffen: poliomyelitis en het postpoliosyndroom (PPS); spinale spieratrofie SMA; hereditaire motorisch-sensibele neuropathieën (HMSN); Duchenne spierdystrofie; Becker spierdystrofie; *inclusion body myositis*; en traumatische zenuwletsels. Dit zijn de meest voorkomende aandoeningen met uitvalsverschijnselen van de onderste extremiteiten waarvoor een beenorthesevoorziening geïndiceerd kan zijn. Het boek beperkt zich echter niet tot deze aandoeningen en kan ook worden toegepast bij andere aandoeningen die tot vergelijkbare motorische uitval leiden.

Hoofdstuk 3 is gewijd aan het formuleren van de zorgvraag aan de hand van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en het gangbeeldonderzoek. De anamnese richt zich op de stoornissen in het houdings- en bewegingsapparaat en de gevolgen voor de loopvaardigheid. Het lichamelijk onderzoek is gericht op het bevestigen of uitsluiten van aanwezige stoornissen aan de onderste extremiteiten. Het gangbeeldonderzoek beschrijft de specifieke loopafwijkingen in relatie tot de aanwezige stoornissen die kenmerkend zijn voor slappe verlammingen.

Hoofdstuk 4 gaat in op de methodiek van het maken van het zorgplan, waarbij de koppeling wordt gemaakt tussen het gewenste niveau van functioneren en het beoogd gebruik van de orthese, om zo de functies en randvoorwaarden te bepalen waaraan de orthese moet voldoen. Voor diverse indicatiegebieden zijn zorgplannen uitgewerkt, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar spierzwakte als functiestoornis en er een opbouw is gevolgd van distaal (spierzwakte op enkelniveau) naar proximaal en van enkelvoudige problematiek (spierzwakte op één niveau) naar meervoudige problematiek.

Hoofdstuk 5 richt zich op het selecteren en vervaardigen van de orthese. Als inleiding op dit onderwerp wordt een begrippenkader aangereikt voor de classificatie van orthesecomponenten. Verder worden de werkingsprincipes van orthesen toegelicht en de statica met betrekking tot orthesen. Deze informatie is nodig om het programma van eisen (PvE) op te stellen, die voor diverse indicatiegebieden zijn uitgewerkt. De uitwerkingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke studies (*evidence-based*) en op de klinische ervaring van de betrokken disciplines (*consensus-based*).

Om de orthese goed en veilig te kunnen gebruiken, moet de patiënt een instructie krijgen over de werking van de orthese. Onderdeel van het goed en veilig gebruiken van de orthese betreft ook het oefenen in het gebruik van de orthese. Hoofdstuk 6 geeft handvatten voor een goede opbouw van een looptraining, met bruikbare instructies voor de uitvoering.

Hoofdstuk 7 tot slot, gaat in op het evalueren van de geleverde orthesezorg. Het gaat hier om de gebruikservaringen, de biomechanische effectiviteit en het effect op

de hulpvraag van de patiënt. Op basis van de literatuur is een uiteenzetting gegeven van meetinstrumenten die bruikbaar zijn om de gebruikservaringen en het functioneren te evalueren.

Het boek bevat werkprotocollen met bijpassende registratieformulieren en beslisschema's die gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming. Daarmee geeft het praktische ondersteuning aan zorgprofessionals (revalidatieartsen en andere voorschrijvers, orthopedisch technici en fysiotherapeuten) bij het indiceren, vervaardigen, leren gebruiken en evalueren van beenorthesen. Het boek is hierdoor geschikt als naslagwerk in de dagelijkse praktijk. Daarnaast is het boek bruikbaar als leerboek voor studenten en assistenten in opleiding.

Juni 2014

Merel Brehm & Frans Nollet



Inhoud

Kijk voor verdere verdieping op www.studiecloud.nl

1 *Hulpmiddelenzorg* 17

- 1.1 Inleiding 17
- 1.2 Standaarden en classificaties 17
 - 1.2.1 Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg 17
 - 1.2.2 ICF-schema 18
 - 1.2.3 ISO9999 20
 - 1.2.4 Cliq 20
- 1.3 Wet- en regelgeving 21
 - 1.3.1 Europees wettelijk kader met betrekking tot medische hulpmiddelen 21
 - 1.3.2 Implementatie Europese richtlijn in Nederland 22
- 1.4 Gezamenlijke besluitvorming 24
 - 1.4.1 Patiënt centraal 24
 - 1.4.2 Toepassing 'patiënt centraal' in het boek 26
- Literatuur 29

2 *Probleem signaleren* 33

- 2.1 Inleiding 33
- 2.2 Classificatie van neuromusculaire ziekten 33
 - 2.2.1 Poliomyelitis 35
 - 2.2.2 Spinale musculaire atrofie (SMA), type 3 36
 - 2.2.3 Hereditaire motorisch-sensibele neuropathie (HMSN) 37
 - 2.2.4 Duchenne spierdystrofie 38
 - 2.2.5 Becker spierdystrofie 39
 - 2.2.6 Inclusion body myositis (IBM) 40
- 2.3 Perifere zenuwletsels 41
- Literatuur 42

3 **Zorgvraag formuleren** 47

- 3.1 Het diagnostisch proces 47
- 3.2 De anamnese 47
 - 3.2.1 Administratieve anamnese 48
 - 3.2.2 Ziekteanamnese; medische diagnose 48
 - 3.2.3 Speciële anamnese; hulpvraaganalyse 48
 - 3.2.4 Speciële anamnese; hulpmiddelengebruik 50
 - 3.2.5 Tractusanamnese: functies en anatomische eigenschappen 50
 - 3.2.6 Sociale anamnese 51
 - 3.2.7 Beoogd functioneren 52
- 3.3 Het lichamenlijk onderzoek van het bewegingsapparaat 54
 - 3.3.1 Deelonderzoek 1: beoordeling antropometrie 54
 - 3.3.2 Deelonderzoek 2: beoordeling statiek 58
 - 3.3.3 Deelonderzoek 3: mobiliteitsonderzoek 60
 - 3.3.4 Deelonderzoek 4: spierkrachtonderzoek 76
 - 3.3.5 Deelonderzoek 5: sensibiliteitsonderzoek 86
 - 3.3.6 Deelonderzoek 6: functionele tests 87
- 3.4 Het gangbeeldonderzoek 90
 - 3.4.1 Basisbegrippen 90
 - 3.4.2 Het normale gangbeeld 97
 - 3.4.3 Gangbeeldafwijkingen bij slappe verlammingen 108
 - 3.4.4 Probleemanalyse en verklaring 117
- 3.5 Zorgvraag formuleren 127
 - 3.5.1 Patiëntgegevens (persoonlijke factoren en omgevingsfactoren) 127
 - 3.5.2 Klinische conditie en functioneringsproblemen 127
 - 3.5.3 Hulpvraag 128
 - 3.5.4 Motivatie en beoogd gebruik 128
 - 3.5.5 Klinische behandeldoelen 128
 - Literatuur 129

4 **Zorgplan maken** 133

- 4.1 Principes van beenorthesen 133
 - 4.1.1 Indicaties voor beenorthesen 133
 - 4.1.2 Definitie van het begrip beenorthese 134
 - 4.1.3 Typen beenorthesen 134
 - 4.1.4 Functies van beenorthesen 134
 - 4.1.5 Randvoorwaarden voor beenorthesen 135
- 4.2 Orthesezorgplan per indicatiegebied 136
 - 4.2.2 Orthesezorgplan bij indicaties op knieniveau 143
 - 4.2.3 Orthesezorgplan bij indicaties op enkel-, knie- en/of heupniveau 147
 - Literatuur 151

| | | |
|----------|---|------------|
| 5 | Selecteren of vervaardigen van de orthese | 155 |
| 5.1 | Inleiding | 155 |
| 5.2 | Classificatie van orthesecomponenten | 155 |
| 5.2.1 | Interfacecomponenten | 156 |
| 5.2.2 | Gewrichtscomponenten | 157 |
| 5.2.3 | Dragende componenten (ortheseopbouw) | 158 |
| 5.2.4 | Cosmetische componenten | 159 |
| 5.3 | Werkingsprincipes en eisen aan de orthesen | 159 |
| 5.3.1 | Werkingsprincipes van de orthese | 159 |
| 5.3.2 | Eisen aan het ontwerp van de orthese | 161 |
| 5.4 | Biomechanische principes voor het vervaardigen van orthesen | 161 |
| 5.4.1 | Het corrigeren van een standsafwijking | 162 |
| 5.4.2 | Het corrigeren van de beweeglijkheid of belasting | 165 |
| 5.5 | Het formuleren van het programma van eisen | 167 |
| 5.5.1 | PvE bij indicaties op enkelniveau | 170 |
| 5.5.2 | Het PvE bij indicaties op knieniveau | 175 |
| 5.6 | Het vervaardigen van de orthese | 183 |
| 5.6.1 | Maatneming op basis van de gipstechniek | 183 |
| 5.6.2 | Maatneming op basis van de CAD-/CAM-techniek | 186 |
| 5.7 | Typeringen van het marktaanbod | 190 |
| 5.7.1 | Orthesen en materialen | 190 |
| 5.7.2 | Orthesen en scharnieren | 193 |
| | Literatuur | 196 |
| 6 | Afleveren en gebruiken van de orthese | 199 |
| 6.1 | Inleiding | 199 |
| 6.2 | Het afleveren van de orthese | 200 |
| 6.3 | Voorlichting en instructie | 200 |
| 6.4 | Looptraining | 200 |
| 6.4.1 | Basislooptraining | 201 |
| 6.4.2 | Verdere opbouw van de looptraining | 211 |
| 6.4.3 | Training van specifieke vaardigheden | 213 |
| 6.4.4 | Training in de thuissituatie | 218 |
| 6.5 | Het gebruiken van de orthese | 219 |
| 6.5.1 | De controleafspraak | 219 |
| | Literatuur | 219 |
| 7 | Evalueren van de orthesezorg | 223 |
| 7.1 | Inleiding | 223 |
| 7.2 | Evalueren van de gebruikerservaringen | 223 |
| 7.3 | Evalueren van het zorgplan | 225 |

| | | |
|-------------------|--|------------|
| 7.3.1 | ICF-component 'lichaamsfuncties' | 225 |
| 7.4 | Evalueren van de hulpvraag | 226 |
| 7.4.1 | ICF-component 'lichaamsfuncties' | 227 |
| 7.4.2 | ICF-component 'activiteiten' | 228 |
| 7.4.3 | ICF-component 'participatie' | 229 |
| | Literatuur | 230 |
| Bijlage 1 | Anamneseformulier ortheseverstrekking | 231 |
| Bijlage 2 | Formulier lichamelijk onderzoek ortheseverstrekking | 235 |
| Bijlage 3 | Formulier gangbeeldonderzoek ortheseverstrekking | 237 |
| Bijlage 4 | Zorgplan ortheseverstrekking | 241 |
| Bijlage 5 | Programma van eisen (PvE) ortheseverstrekking | 243 |
| Bijlage 6 | Afleveren en gebruiken ortheseverstrekking | 247 |
| Bijlage 7 | Evalueren ortheseverstrekking | 249 |
| Bijlage 8 | Schema 1: pathologie op enkelniveau | 250 |
| Bijlage 9 | Schema 2: pathologie op knieniveau | 252 |
| Bijlage 10 | Gebruiksaanwijzing kniescharnieren | 255 |
| | Verklarende woordenlijst | 259 |

Hulpmiddelenzorg



1 Hulpmiddelenzorg

1.1 INLEIDING

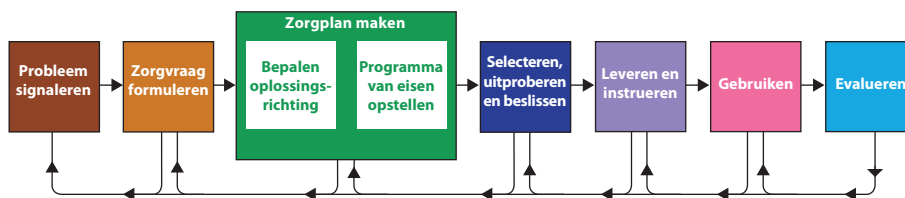
De afgelopen jaren zijn in Nederland ingrijpende stelselwijzigingen doorgevoerd in de hulpmiddelenzorg. De nieuwe wetgeving gaat niet langer uit van het productaanbod, maar stelt de individuele zorgvraag van de patiënt centraal. Om het centraal stellen van de individuele zorgvraag te kunnen waarborgen, dringt de overheid aan op de ontwikkeling van een uniform en transparant indicatieproces aan de hand van zorgprotocollen. Hiermee kunnen de aard, inhoud en omvang van de individuele zorgvraag beter en objectiever worden bepaald.

Een bruikbaar handvat voor het ontwikkelen van zorgprotocollen voor het verstrekken van hulpmiddelen is de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg*. Deze procesbeschrijving is op dit moment dé nationale norm voor de beschrijving van het verstrekingsproces van hulpmiddelen en is om die reden gebruikt als raamwerk voor dit boek. De terminologie in het boek is in overeenstemming met internationale standaarden als de ICF (*International classification of functioning, disability and health*), ISO9999 (*Assistive products for persons with disability – Classification and terminology*) en Cliq (*Classificatie met IQ*). Deze standaarden worden in dit hoofdstuk toegelicht, evenals het wettelijk kader voor medische hulpmiddelen. Ook wordt het model van gezamenlijke besluitvorming beschreven als manier van werken waarbij zorgprofessionaal en patiënt samen tot een beleid komen dat het best bij de patiënt past.

1.2 STANDAARDEN EN CLASSIFICATIES

1.2.1 Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg

Als basis voor de stroomlijning van het ortheseverstrekkingsproces is de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg* van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) als uitgangspunt genomen (CVZ 2006, 2009). De procesbeschrijving is ontwikkeld in nauwe samenwerking met het werkveld en het gehanteerde model sluit aan op de huidige wet- en regelgeving. Met de procesbeschrijving (figuur 1.1) kan de hele keten van activiteiten van de patiënt en van de zorgdeskundige in de



Figuur 1.1 Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg

hulpmiddelenzorg in beeld worden gebracht; van het signaleren van het probleem van de patiënt naar het bepalen van de oplossingsrichting, tot aan de evaluatie van het verstrekte hulpmiddel. De *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg* biedt dus een raamwerk en een standaardtaal voor uniforme informatie-uitwisseling over hulpmiddelenzorg en is een belangrijk middel voor revalidatieartsen, orthopedisch instrumentmakers, andere (para)medici, financiers van zorg, beleidsmensen en patiënten zelf.

In 2006 is de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg* afgerond en momenteel wordt zij beheerd door het Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte (Ieder(in), voorheen CG-Raad). Hiermee is de procesbeschrijving de nationale standaard voor de beschrijving van het verstrekingsproces van hulpmiddelen. De hoofdstukindeling van dit boek volgt de verschillende stappen van de procesbeschrijving.

De *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg* is ook gebruikt om de *Basisrichtlijn hulpmiddelenzorg* (onderdeel van de *Richtlijnen functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen* (RiFA)) op te stellen (CG-Raad 2010), waarin per stap van de procesbeschrijving een verdere uitwerking is gemaakt.¹ Het gaat om een generieke basisrichtlijn, een raamwerk dat voor specifieke doelgroepen of hulpmiddelenklassen kan worden ingevuld. De term ‘generiek’ wordt gebruikt om aan te geven dat het gaat om een richtlijn die is te gebruiken voor alle soorten hulpmiddelen ongeacht de wijze van financiering.

1.2.2 ICF-schema

De *International classification of functioning, disability and health* (ICF) wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gepropageerd als classificatiesysteem voor het beschrijven van het functioneren van de patiënt. De classificatie, die in 2001 is gepubliceerd (WHO 2001) en in 2002 in het Nederlands is verschenen (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre 2002), is internationaal erkend en wordt binnen de revalidatie algemeen gebruikt om onder meer de zorgvraag van de patiënt in kaart te brengen. In het ICF-schema (figuur 1.2) staan de verschillende kernbegrippen

¹ De *Basisrichtlijn hulpmiddelenzorg* is opgenomen in een rapport van de CG-Raad, maar ook als los bestand te downloaden van de website van de CG-Raad.

voor het beschrijven van het menselijk functioneren en hun onderlinge relatie, inclusief de factoren die op het functioneren van invloed zijn. De kernbegrippen zijn:

- functies en anatomische eigenschappen;
- activiteiten en participatie;
- externe en persoonlijke factoren.

Functies en anatomische eigenschappen

‘Functies’ zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk lichaam. Met ‘anatomische eigenschappen’ worden de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam bedoeld. Afwijkingen in, of verlies van functies of anatomische eigenschappen worden aangeduid met ‘stoornissen’ (bijvoorbeeld stoornissen in spiersterkte).

Activiteiten en participatie

‘Activiteiten’ zijn onderdelen van iemands handelen. Problemen in het uitvoeren van activiteiten worden aangeduid met ‘beperkingen’ (bijvoorbeeld beperkingen in het lopen).

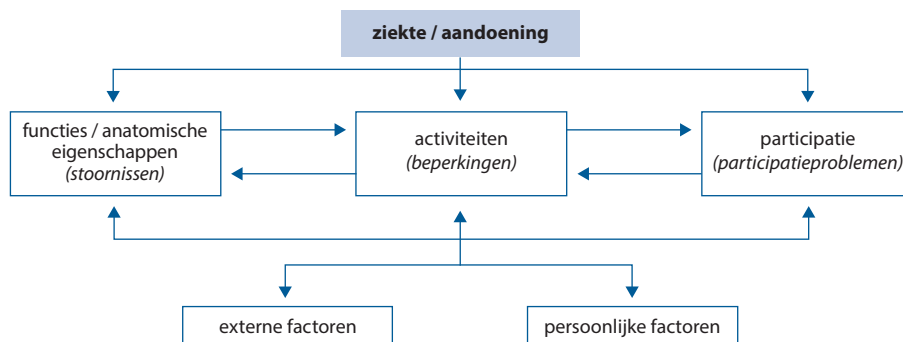
‘Participatie’ betreft iemands deelname aan het maatschappelijke leven. Problemen op dit terrein worden aangeduid met ‘participatieproblemen’ (bijvoorbeeld participatieproblemen in de uitvoering van werk en hobby’s).

Externe en persoonlijke factoren

‘Externe factoren’ betreffen iemands fysieke en sociale omgeving (bijvoorbeeld huisvesting). ‘Persoonlijke factoren’ bestaan uit kenmerken van het individu die geen deel uitmaken van de functionele gezondheidstoestand (bijvoorbeeld leeftijd, coping en leefstijl). Externe factoren en persoonlijke factoren kunnen het functioneren zowel in positieve als negatieve zin beïnvloeden.

Tegenwoordig draagt de WHO haar lidstaten op om gegevens over de bevolking aan te leveren zowel in termen van ziekten, aandoeningen en letsels (te klasseren met de

Figuur 1.2 Het schema van menselijk functioneren



International statistical classification of diseases and other health related factors, tiende revisie (ICD-10)), als in termen van het menselijk functioneren (ICF) (Hazelhoff 2002).

1.2.3 ISO9999

De ISO9999 *Assistive products for persons with disability – Classification and terminology* is een internationale norm die in de Europese Unie geaccepteerd is als classificatie van hulpmiddelen (EN-ISO9999). In Nederland wordt de norm beheerd door de Nederlandse Normcommissie 303 072, volgens de regels van het NEN (NEN-EN-ISO9999 *Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie*).

De ISO9999 is bedoeld om onderlinge communicatie te bevorderen over het gebruik en verbruik van hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen. De huidige ISO9999 bevat een codering bestaande uit zes cijfers (3 x 2).² De indeling is als volgt: van links naar rechts de niveaus: hoofdgroep, groep en subgroep. Elk niveau telt twee posities (dus drie niveaus van twee posities). Termen op het niveau van een hoofdgroep zijn bedoeld om een breed terrein van functionaliteit aan te duiden (bijvoorbeeld 'Hulpmiddelen voor communicatie en informatie'). Termen op het niveau van een groep geven een speciale functie aan (bijvoorbeeld 'Hulpmiddelen voor lezen'), als onderdeel van de hoofdgroep. Termen op het niveau van een subgroep geven bepaalde producten aan (bijvoorbeeld 'Boekondersteuning en boekenstandaards'), als onderdeel van de groep. Vaak staat in de subgroep de wijze waarop techniek een oplossing biedt voor een probleem. Kernvraag bij het klasseren van producten is: hoe onderscheiden de oplossingen zich van elkaar?

1.2.4 Cliq

Cliq is een nationale verfijning van de ISO9999 en wordt beheerd door Vektis. Cliq bevat een codering bestaande uit maximaal 12 cijfers (6 x 2); een uitbreiding van 3 x 2 cijfers op de al bestaande 3 x 2 cijfers van de ISO9999. Deze uitbereiding, (deels) gebaseerd op de denksystematiek van de ICF, is een nadere indeling op basis van het 'beoogd gebruik' van een hulpmiddel.

Beoogd gebruik (intended use)

De Cliq-classificatie gaat uit van de Product Related Intended Use (PRIU), de functiegerichtheid van het hulpmiddel en het bevat een nadere detaillering van de hulpmiddelen conform ISO9999. Hiermee kent Cliq een geschikte terminologie om te komen tot een transparante selectie van een hulpmiddel, door de koppeling tussen de eigenschappen van een hulpmiddel enerzijds (ISO9999) en de wensen en mogelijkheden van de toekomstige gebruiker anderzijds (dat is Human Related Intended Use (HRIU)); te coderen met de ICF). Deze koppeling staat centraal in de *Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg*.

² De beschrijving van de ISO9999 cijferindeling is overgenomen van Handy-wijzer.

³ De HRIU is dat wat het hulpmiddel, beredeneerd vanuit beoogd functioneren, mogelijk moet maken c.q. wat het moet doen in de ogen van de gebruiker.

Het begrip PRIU is een productkenmerk met een wettelijke status waarmee de fabrikant aangeeft wat de gebruiker van het product kan en mag verwachten (Normcommissie 303 072, 2007). Vanuit het perspectief van de gebruiker gaat het om die productkenmerken van het hulpmiddel die voor de patiënt relevant zijn bij het selecteren en gebruiken van hulpmiddelen, te weten kenmerken gerelateerd aan:

- het doel van het hulpmiddel;
- de functionaliteit van het hulpmiddel;
- de cosmetiek van het hulpmiddel;
- de technische capaciteiten van het hulpmiddel;
- de gebruiksvriendelijkheid en het comfort van het hulpmiddel.

Niet al deze kenmerken zijn voor alle hulpmiddelen relevant, wat betekent dat altijd bepaald moet worden wat vanuit het gebruikersperspectief relevante kenmerken zijn van het hulpmiddel. Met andere woorden, er zal moeten worden bepaald wat het beoogd gebruik van een hulpmiddel is.

1.3 WET- EN REGELGEVING

1.3.1 Europees wettelijk kader met betrekking tot medische hulpmiddelen⁴

Medische hulpmiddelen – waartoe veel hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen behoren – zijn binnen de open Europese markt vrij verhandelbaar (Bougie 2008). Voorwaarde is dat de hulpmiddelen voldoen aan de *Europese richtlijn medische hulpmiddelen* (Het Europees Parlement en de Raad 2007). Deze richtlijn stelt voorwaarden aan de veiligheid van een hulpmiddel, aan milieulasten en aan het functioneren (borging van wat het geleverde product doet en dat het product ook doet wat de fabrikant aangeeft – *intended use*). Hiertoe zijn in de *Europese richtlijn* algemene, ontwerp- en constructie-eisen opgenomen waaraan een medisch hulpmiddel (en dus ook een beenorthese) moet voldoen, evenals een verplichting tot informatie over het beoogde gebruik (product kenbaar met een CE-markering).

CE-markering

Met betrekking tot de CE-markering zijn hulpmiddelen in de *Europese richtlijn* ingedeeld in drie hoofdklassen met verschillende mate van risico voor de gebruiker en behandelaar. Alleen producten uit een lage risicoklasse (klasse 1) mag de fabrikant zelf CE-markeren. Dit geldt voor nagenoeg alle hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen. De verantwoording ten aanzien van het nakomen van de *Europese richtlijn* ligt voor alle risicoklassen bij de fabrikant, die de volledige productaansprakelijkheid draagt. Het toezicht op de handhaving van de richtlijn ligt bij de Europese Unie die dat op haar beurt heeft overgedragen aan nationale overheden; in Nederland is dit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het

4 Een uitgebreidere versie van deze tekst is beschikbaar via <http://brtadvies.insightcms.nl>.

voldoen aan de *Europese richtlijn* wordt door de fabrikant tot uitdrukking gebracht door plaatsing van een CE-markering op het product, waarmee wordt aangegeven dat het product op alle nationale markten vrij verhandeld kan worden.

CE-markering bij op maat gemaakte hulpmiddelen

Een van de uitzonderingen op het aanbrengen van de CE-markering geldt voor de hulpmiddelen op maat gemaakt: de markering mag dan niet worden aangebracht. Een hulpmiddel op maat gemaakt is een ‘medisch hulpmiddel dat speciaal is vervaardigd volgens voorschrift van een ter zake gekwalificeerde arts, waarin onder zijn verantwoordelijkheid de specifieke kenmerken van het ontwerp zijn aangegeven en dat is bestemd om uitsluitend door een bepaalde patiënt te worden gebezigd’ (Ministerie van VWS 1995). De *Europese richtlijn* is bij een hulpmiddel op maat gemaakt ten volle van kracht. Echter, het hulpmiddel mag dus niet voorzien zijn van een CE-markering. De achtergrond daarvan is dat het hulpmiddel wel aan alle eisen van de *Europese richtlijn* moet voldoen, maar de fabrikant uiterst moeilijk aan de toetsingsprocedure kan voldoen bij een uniek hulpmiddel. Daarom moet per product duidelijk vastgesteld en gemotiveerd worden welke eisen uit de *Europese richtlijn* wel of niet van toepassing zijn, waarom het product op maat moet zijn en om het product te labelen moet de naam van de patiënt ‘op de verpakking’ worden vermeld. De arts moet dus volgens de *Europese richtlijn* verifiëren dat voor die patiënt een niet-CE-gemarkeerd product nodig is en aangeven aan welke eisen het niet-CE-gemarkeerde hulpmiddel moet voldoen. De arts is dan ook medeverantwoordelijk voor de keuze en bijzonderheden van het individuele hulpmiddel. Fabrikant (maker van het product op maat) en arts delen als het ware de aansprakelijkheid voor het product.

Veel orthopedische hulpmiddelen vallen door de aard van het gebruik (individuele eisen en maten, individuele specificaties) en de aangewende bouwwijze (lokaal op maat gemaakt, combinatie van industriële componenten met maatwerk, maatwerk dat tot stand komt buiten het invloedsveld van de fabrikant van componenten enzovoort) onder deze uitzondering. Dit geldt voor prothesen, maatwerk orthopedische schoenen, orthesen en andere hulpmiddelen op maat gemaakt. In geval van ‘op maat gemaakt’ moet de fabrikant/leverancier een ‘voorschrift’ kunnen tonen van de arts, waarmee als het ware de medeverantwoordelijkheid van de arts wordt vastgelegd. De arts is verantwoordelijk voor de motivering van ‘op maat gemaakt’ en de bijzondere specificaties (aangrijpen op het lichaam, functionaliteit) voor deze gebruiker, terwijl de fabrikant (instrumentmaker of schoentechnicus) verantwoordelijk is voor de technische verwoording, materiaalkeuze, het technisch functioneren enzovoort.

1.3.2 Implementatie Europese richtlijn in Nederland

De implementatie van de *Europese richtlijn* is in Nederland vormgegeven in het *Besluit medische hulpmiddelen*. Verreweg het grootste deel van de hulpmiddelenzorg is hierin geregeld, evenals in de *Regeling zorgverzekeringswet* (Visser & Link 2008). De *Zorgverzekeringswet* is op dit moment de meest relevante wet in Nederland in het kader van het verstrekken van beenorthesen (Link, Visser & De Wit 2008).

Regeling Zorgverzekeringswet (Zvw)

In januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd, vastgelegd in de *Regeling Zorgverzekeringswet (Zvw)*. De *Regeling Zvw* geeft ten opzichte van het oude zorgstelsel meer ruimte om in te spelen op de behoeften van patiënten (meer klantgerichtheid), het geeft zorgverzekeraars een sterkere positie tegenover de aanbieders van zorg en het moet de zorg doelmatiger maken (doelmatigheid). De *Regeling Zvw* is een private verzekering en de te verzekeren aanspraken op grond van deze wet zijn neergelegd in het *Besluit zorgverzekering (Bzv)* en in de regeling. In paragraaf 1.4 van de regeling is de te verzekeren prestatie ‘Hulpmiddelenzorg’ opgenomen. Uitgaande van de geformuleerde kaders in de regeling moeten zorgverzekeraars een aantal publieke randvoorwaarden in acht nemen. Zo is wat betreft de hulpmiddelenzorg onder andere vastgelegd dat:

- 1 de verzekerde recht heeft op een functionerend hulpmiddel (inclusief training en instructie) conform de (internationale) stand van de wetenschap en praktijk (art. 2.1, 2e lid van het Bzv);
- 2 een hulpmiddel verstrekt moet worden op basis van zorginhoudelijke criteria, rekening houdend met de persoonlijke situatie van de gebruiker;
- 3 wordt uitgegaan van een functiegerichte omschrijving⁵ van de aanspraken (vraaggestuurde zorg) in plaats van een voorzieningengerichte omschrijving (aanbodgestuurde zorg). Om dit te bereiken wordt de zorg op wettelijk niveau uniform omschreven, maar bepaalt de verzekeraar welke vorm het best aansluit bij de behoefte van de verzekerde. Hierbij geldt dat a) het individuele probleem in termen van functioneringsproblemen bepalend is voor het recht op en de keuze van een oplossing, en b) de ICF uitgangspunt is voor het formuleren van de probleemstelling en de functiegerichte indicatiestelling.

De financiering van hulpmiddelen in het kader van de *Zorgverzekeringswet* is op twee plaatsen gepositioneerd (CVZ 2009):

- 1 *Als geneeskundige zorg* (art. 2.4 van *Besluit zorgverzekering*).
Een uitwendig gedragen hulpmiddel valt onder de geneeskundige zorg, wanneer de inzet van het hulpmiddel onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist plaatsvindt en sprake is van één of meerdere van de volgende aspecten:
 - De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is ‘tijdelijk’ en vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Voor ‘tijdelijk’ geldt geen vaste periode. Afhankelijk van het hulpmiddel kan dit enkele
- 5 Tijdens het Algemeen Overleg in december 2008 stelde minister Klink van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat de cliënt recht heeft op de ‘meest adequate oplossing’. Om dat te realiseren moet worden gezocht naar de perfecte match tussen dat wat een persoon wil, kan en mag (in termen van beoogd functioneren) en dat wat het hulpmiddel hem of haar kan bieden. Dat betekent dat bij het verstrekken van hulpmiddelen niet het hulpmiddel, maar het functioneren van de patiënt centraal komt te staan (kanteling van zorg); men noemt dit de functiegerichte aanspraak of liever de functioneringsgerichte aanspraak.

weken zijn, maar bijvoorbeeld ook twee jaar. De patiënt blijft onder controle van de medisch specialist.

- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar vervanging van het hulpmiddel vindt plaats door een medisch specialist of onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.
- De behandeling met of de inzet van een hulpmiddel is permanent, maar door de aard van het hulpmiddel kan een achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig zijn.

2 *Als hulpmiddelenzorg (art. 2.9 van Besluit zorgverzekering).*

Een uitwendig gedragen hulpmiddel valt onder de hulpmiddelenzorg (mits opgenomen in de Rzv paragraaf Hulpmiddelenzorg) in de volgende gevallen:

- Het gebruik van het hulpmiddel vindt plaats op voorschrift van de huisarts of andere zorgverlener uit de eerste lijn.
- Het hulpmiddel is door een medisch specialist voorgeschreven, het gebruik van het hulpmiddel is permanent en cumulatief. Met permanent wordt niet het ‘permanent’ gebruiken van het hulpmiddel gedurende de dag bedoeld, maar het feit dat het gebruik van de behandeling met het hulpmiddel in principe levenslang is.
- Er is geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig.
- Vervanging van het hulpmiddel vindt niet plaats door een medisch specialist of onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Opmerking

Sommige uitwendige hulpmiddelen kunnen zowel ‘tijdelijk’ als permanent’ ingezet worden. Afhankelijk van de aard van de inzet van het hulpmiddel valt het hulpmiddel onder de geneeskundige zorg of de hulpmiddelenzorg. Sommige hulpmiddelen worden tijdelijk ingezet, bijvoorbeeld na een operatie en vallen dan onder de ‘geneeskundige zorg’ en dienen gefinancierd te worden door middel van DBC’s. Dezelfde hulpmiddelen worden in andere gevallen ‘permanent’ ingezet of op voorschrift van de eerste lijn en vallen dan onder de te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’.

1.4 GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING

1.4.1 Patiënt centraal

De patiënt is zich de afgelopen decennia bewust geworden van zijn positie in de zorg. Hij aanvaardt niet meer vanzelfsprekend het gezag van een professional, in casu een arts. Hij heeft vaak duidelijke verwachtingen over zijn zorg en spreekt die ook uit. Deze ontwikkeling heeft gevolgen gehad voor het overheidsbeleid: in

de gezondheidszorg dient de patiënt centraal te staan. Het centraal stellen van de patiënt houdt in dat de patiënt een keuze heeft in de volgende onderdelen van zijn zorgverlening (Verkooijen 2010):

- 1 het moment waarop de ondersteuning of zorg geleverd wordt (*wanneer*);
- 2 de plaats waar deze geleverd wordt (*waar*);
- 3 de persoon die de ondersteuning of zorg levert (door *wie*);
- 4 de vorm/inhoud waarin deze wordt uitgevoerd (*hoe en wat*).

Het maken van keuzen veronderstelt dat de patiënt weet uit welke mogelijkheden hij kan kiezen. Echter, artsen weten door hun opleiding en ervaring nu eenmaal meer van ziekten en therapieën dan patiënten. De arts heeft daarom de taak om vanuit zijn kennis en kunde de patiënt te informeren over de mogelijke keuzen en over de gevolgen van deze keuzen, zoals vastgelegd in de artseneed en in de *Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst* (WBGGO)⁶. Hierbij kan gebruikgemaakt worden van het model van gezamenlijke besluitvorming: *shared decision-making* (SDM) (Godolphin 2009).⁷ Gezamenlijke besluitvorming is van toepassing als er sprake is van minimaal twee gelijkwaardige interventieopties, of wanneer de voordelen van een interventie niet evident opwegen tegen de nadelen.⁸ Op dat moment worden de voorkeur en keuze van de patiënt belangrijk. Voorbeelden:

- De keuze om wel of niet een diagnostische of evaluatieve test te ondergaan, bijvoorbeeld een gangbeeldanalyse.
- De keuze om wel of niet te besluiten voor een orthese-interventie.
- De keuze om, als onderdeel van de orthese-interventie, wel of niet andere interventies te ondergaan, bijvoorbeeld een fysiotherapeutische interventie ten behoeve van looptraining.

Fasen van gezamenlijke besluitvorming

Het proces van gezamenlijke besluitvorming verloopt via een aantal fasen:

- 1 Patiënt-artsrelatie (fase 1 SDM): ontwikkel een goede relatie met de patiënt. Ga na op welke manier de patiënt informatie wil krijgen (in een gesprek, op papier of

6 WBGGO artikel 7:446, lid 1 BW enzovoort. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling.

7 Gezamenlijke besluitvorming is het proces waarbij het gaat om uitwisseling van informatie, zowel van de arts richting de patiënt (informatie over de diagnose, de prognose, de behandel- en zorgmogelijkheden, en de voor- en nadelen ervan), als van de patiënt naar de arts (in welke mate wil de patiënt betrokken zijn bij de besluitvorming en zijn persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de interventie-opties). Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg (Ouwens, Van der Burg, Faber & Van der Weijden 2012).

8 In situaties waarin verschillende behandelopties onvoldoende direct met elkaar zijn vergeleken, dienen patiëntvoorkeuren meegewogen worden in de besluitvorming. Met name bij behandelopties waarbij weinig klinisch bewijs is voor de effectiviteit van meerdere beschikbare opties (wat zeker ook van toepassing is voor orthese-interventies) is gezamenlijke besluitvorming van toepassing (Braddock 2012).

beide) en hoe de patiënt zijn rol in de besluitvorming ziet (overziet hij de gevolgen van te nemen besluiten en durft hij zelf beslissingen te nemen?). Inventariseer welke ideeën, zorgen en verwachtingen de patiënt zelf heeft over zijn ziekte of handicap.

- 2 Informatie-uitwisseling (fase 2 SDM): geef de verschillende behandelmogelijkheden aan, met de voor- en nadelen van elke behandeloptie. Betrek bij het aangeven van de voor- en nadelen van elke optie de verwachtingen en zorgen van de patiënt over zijn ziekte. Dat helpt hem bij het maken van een keuze.
- 3 Overwegen (fase 3 SDM): help de patiënt om een keuze te maken vanuit de rol van partner in een behandelrelatie. De patiënt brengt in deze relatie zijn expertise over de eigen levenservaringen met zijn ziekte in. De arts stelt zijn expertise als medisch specialist ter beschikking. Beide partners proberen vervolgens in gezamenlijk overleg tot een voor de betrokken patiënt passende behandeling te komen.
- 4 Besluitvorming (fase 4 SDM): leg het resultaat van het overleg vast in een behandelplan en breng dat plan tot uitvoering. Evalueer ten minste na afloop van de behandeling het resultaat, samen met de patiënt. Ga daarbij ook na of de patiënt zich serieus genomen heeft gevoeld gedurende het hele zorgproces van probleemsignalering tot en met de evaluatie.

De bovenstaande beschrijving van gezamenlijke besluitvorming is gebaseerd op één patiënt, die overleg heeft met één behandelend arts. In de praktijk kunnen patiënten echter vergezeld zijn van een partner of andere personen. Het is belangrijk om ook deze partners te betrekken bij de besluitvorming van de patiënt over zijn behandeling. Hetzelfde geldt voor de arts. In het proces van de orthesezorg zijn meerdere zorgverleners betrokken. Ook zij zullen het model van gezamenlijk besluitvorming moeten hanteren.

1.4.2 Toepassing 'patiënt centraal' in het boek

Zoals genoemd in paragraaf 1.2.1, wordt het proces van het voorschrijven van een orthese in dit boek doorlopen aan de hand van de stappen uit de *Procesbeschrijving hulpmiddelen* (figuur 1.1). Als dat van toepassing is, wordt bij de betreffende stap ingegaan op het gebruik van het model van gezamenlijke besluitvorming (hierna kort toegelicht) aan de hand van casusbeschrijvingen.

Probleem signaleren

In de stap van probleemsignalering (beschreven in hoofdstuk 2) onderkent de patiënt dat hij een probleem heeft. In overleg met de zorgdeskundige wordt het probleem nader omschreven en wordt het de patiënt helder wat de route is die hij kan volgen. Belangrijke elementen in deze stap voor een goede start van het partnerschap tussen patiënt en zorgdeskundige zijn het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het nagaan wat de informatiebehoefte is van de patiënt, hoe hij betrokken wil worden

bij zijn zorg en welke verwachtingen hij heeft van zijn behandeling (fase 1 SDM). Verder is het verstandig om voorafgaand aan de feitelijke diagnose de patiënt te informeren over het proces van de diagnosestelling en de middelen of elementen die daarbij gebruikt worden.

Zorgvraag formuleren

In deze stap wordt het diagnostisch proces doorlopen aan de hand van de anamnese, het lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend gangbeeldonderzoek (hoofdstuk 3). Nadat deze onderdelen zijn uitgevoerd en de bevindingen zijn geanalyseerd, kan de uiteindelijke zorgvraag geformuleerd worden. Het formuleren van de zorgvraag kan gezien worden als het geven van een korte samenvatting over de patiënt, waarin onder andere de medische diagnose, functionaliteitsdiagnose, prognose, motivatie, het beoogde gebruik en de behandeldoelen beschreven zijn. Betrek bij deze beschrijving ook de wijze waarop de patiënt geïnformeerd wil worden over zijn probleem, hoe hij zijn eigen rol in de besluitvorming ziet en inventariseer de ideeën en verwachtingen van de patiënt over zijn probleem (fase 1 SDM). Verder is het belangrijk om mogelijke partners of andere voor de patiënt belangrijke personen bij de zorgvraagformulering te betrekken. Ga na welke rol zij spelen bij de besluitvorming van de patiënt.

Zorgplan maken

Nadat duidelijk is dat een orthese is geïndiceerd en de patiënt gemotiveerd is deze te dragen, stelt de arts een zorgplan op (hoofdstuk 4). Dit plan wordt vervolgens met de patiënt besproken. Dat betekent dat aan de patiënt de verschillende behandelmogelijkheden met de voor- en nadelen van elke optie voorgelegd moeten worden (fase 2 SDM). Bij het formuleren van de verschillende opties is het belangrijk aan te sluiten bij de verwachtingen en zorgen die de patiënt zelf heeft over zijn ziekte en/of het hulpmiddel. De patiënt kan hulp gebruiken bij het maken van keuzen (fase 3 SDM). Arts en patiënt proberen vervolgens ieder vanuit hun eigen expertise in gezamenlijk overleg tot een voor de patiënt passende behandeling te komen. Als er overeenstemming komt over de behandeling, dient het resultaat vastgelegd te worden in een behandelplan (fase 4 SDM). NB: houd er rekening mee dat een patiënt in deze fase na alles gehoord en goed afgewogen te hebben kan besluiten om af te zien van verdere behandeling (met andere woorden dat hij geen orthese wil).

Selecteren en vervaardigen van de orthese

Na het overeenkomen van het zorgplan, dient het programma van eisen (PvE) van de orthese geformuleerd te worden (beschreven in hoofdstuk 5), wat conform het SDM met de patiënt besproken wordt. Belangrijk is om aan de patiënt de overwegingen uit te leggen waarom voor een bepaald PvE gekozen is. Zo worden er onder andere keuzen gemaakt ten aanzien van te gebruiken materialen, scharnieren en cosmetische aspecten van de orthese. Hierbij is het wenselijk dat de instrumentmaker de

verschillende opties met de patiënt bespreekt (fase 2 SDM), samen met hem tot een besluit komt (fase 3 SDM) en dit besluit vastlegt in een PvE, zodat de orthese kan worden vervaardigd (fase 4 SDM). In de stap van het vervaardigen van de orthese is het belangrijk de patiënt te informeren over het productieproces en zijn rol daarin. Eventuele keuzen in zaken als tussentijds passen van testkokers en het tunen van de combinatie orthese/(orthopedische) schoen moeten vooraf met de patiënt besproken worden. Besluiten over de keuzen moeten in onderling overleg gemaakt worden.

Afleveren en gebruiken van de orthese

Om de orthese goed en veilig te kunnen gebruiken, moet de patiënt op de hoogte zijn van de werking van de orthese: wat is de functionaliteit van het product, welke problemen worden wel en niet opgelost door de orthese, wanneer is het nodig om contact op te nemen met de leverancier en waar moet op gelet worden bij de aanschaf van nieuwe schoenen? Hierover moet de patiënt door de leverancier of instrumentmaker geïnformeerd worden (hoofdstuk 6 gaat hierop in). De patiënt krijgt deze informatie bij de aflevering van de orthese bij voorkeur in een of meer gesprekken. Bij het geven van deze informatie (instructie) is het nuttig dat de leverancier weet hoe de patiënt het best geïnformeerd kan worden (fase 1 SDM). Ook is het goed dat de leverancier of instrumentmaker een beeld heeft van de verwachtingen die de patiënt zelf heeft van het gebruik van de orthese en daarmee rekening houdt bij het geven van zijn informatie in het gesprek met de patiënt (fase 2 SDM). Verder doet hij er goed aan ook partners of andere belangrijke personen in de directe omgeving van de patiënt te betrekken bij de informatie over het gebruik. Leg na het gesprek met patiënt en eventuele partners de gemaakte afspraken en de te volgen procedures bij defecten, reparaties en klachten op papier vast. Bied de patiënt de mogelijkheid om op latere tijdstippen nog aanvullende vragen over het gebruik, onderhoud enzovoort te stellen. Dit maakt ook deel uit van de kwaliteitsborging (service en garantie) door de leverancier of instrumentmaker.

Onderdeel van het goed en veilig gebruiken van de orthese betreft ook het aangeven hoe de patiënt met het hulpmiddel moet lopen. Hiertoe kan de leverancier of behandelend arts de patiënt doorverwijzen naar de fysiotherapeut. Voorafgaand aan de training wordt met de patiënt overlegd wat het uiteindelijke resultaat van de training op vaardigheidsniveau wordt (vaststellen behandeldoel), hoe lang het proces gaat duren en welke trainingsopbouw gevolgd gaat worden om dit te bereiken (fase 2 SDM). Als oefening in de thuissituatie nodig is, betrek dan ook de partner bij het gesprek. De afspraken over de training worden na goed overlegd vastgelegd (fase 4 SDM).

Evaluëren van de orthesezorg

Evalueer samen met de patiënt ten minste na afloop van de behandeling het resultaat (fase 4 SDM). Dit betreft onder andere het evalueren van het beoogde functioneren (dat is het vooraf gestelde behandeldoel) en de hulpvraag van de patiënt. Daarnaast is het van belang om de gebruikerservaringen ten aanzien van de orthese met de patiënt

te evalueren, waaronder therapietrouw, veiligheid, bijwerkingen en tevredenheid. Informeer ook of de patiënt zich serieus genomen heeft gevoeld gedurende het hele zorgproces van probleemsigalering tot en met de evaluatie (hoofdstuk 7).

LITERATUUR

- Bougie T. Gedeelde verantwoordelijkheid fabrikant en indicatiesteller bij een 'medisch hulpmiddel naar maat gemaakt'. Echt: BRT-advies, 2008.
- Braddock, CH. Supporting shared decision making when clinical evidence is low. *Med Care Res Rev* 2013; 70(1): 129S-140S.
- College voor Zorgverzekeringen. Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg, 3^e druk 2009. Den Haag: Nationaal ICT Instituut in de Zorg, 2006, 2009.
- College voor Zorgverzekeringen. Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Publicatienummer 280. Diemen: CVZ, 2009.
- Godolphin W. Shared decision-making. *Healthc Q* 2009; 12: e186-e190.
- Hazelhoff E. Openbare gezondheidszorg, zorgvragen, menselijk functioneren, beleid. Utrecht: Stichting Dienstverleners Gehandicapten, 2002.
- Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie Th, et al. Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg 2010. Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad), 2010.
- Het Europees Parlement en de Raad. Richtlijn nr. 2007/47/EG. In: Publicatieblad van de Europese Unie. Luxemburg: Publicatiebureau van de Europese Unie, 2007.
- Link AJ, Visser ECM, Wit JC de. Rapport beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Besluit medische hulpmiddelen (Art. 1. lid a: naar maat gemaakt medisch hulpmiddel). Den Haag: Sdu Uitgevers, 1995.
- Normcommissie 303 072. NTA 8018: Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie – Datastructuur voor nationale afgeleiden van NEN-EN-ISO 9999 en producttype beschrijvingen. Delft: NEN Uitgeverij, 2007.
- Ouwens M, Burg, S van der, Faber M, Weijden, T van der. Shared decision making & zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begrippen. Nijmegen: St Radboud, IQ healthcare, 2012.
- Verkooijen L. Van inspraak naar invloed. Lectorale rede. Almere: Almere Health School, 2010.
- Visser ECM, Link AJ. Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2008. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2008.
- WHO. International classification of functioning, disability and health: ICF. Genève: World Health Organization, 2001.
- WHO-FIC Collaborating Centre. Nederlandse vertaling van de 'International classification of functioning, disability and health' (2^e druk 2007). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002, 2007.

Kijk voor verdere verdieping op www.studiecloud.nl