

**Module Prothesezorg:
arm- en beenprothesen
Versie 1.0**

Utrecht, september 2020

Aangeboden voor het Register van Zorginstituut Nederland: 6 oktober 2020

Colofon

Module Prothesezorg: arm- en beenprothesen

Versie 1.0

September 2020

Platform Prothesezorg

Contactadres:

Vilans

Churchillaan 11

3527 GV Utrecht

T 030 – 78 92 300

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding.....	7
2 Onderwerp, doel en doelgroep van de Module Prothesezorg	11
3 Indeling en gebruik van prothesen in Nederland	13
4 Uitgangspunten van de Module Prothesezorg	17
5 Globale opbouw van de Module Prothesezorg	19
6 Bij prothesezorg betrokken professionals	23
7 Procesbeschrijving prothesezorg (RiFA-stappen)	35
8 Aanbevelingen voor doorontwikkeling en implementatie van de module	55
Bijlagen.....	58
Bijlage 1 Literatuurlijst	59
Bijlage 2 Betrokkenen bij de Module Prothesezorg	63
Bijlage 3 Wijze waarop de Module Prothesezorg tot stand is gekomen	65
Bijlage 4 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen	67
Bijlage 5 Afkortingen.....	71
Bijlage 6 ISO-indeling van de klassen 06 18 en 06 24: categorieën prothesen.....	73
Bijlage 7 Gebruikte terminologie	79
Bijlage 8 Omschrijving van gebruikte begrippen	83
Bijlage 9 Onderhoudsplan.....	99

Samenvatting

Doel van de Module Prothesezorg is om er voor te zorgen dat iedere cliënt kan beschikken over de voor hem/haar juiste arm- of beenprothese (waar nodig in combinatie met een aanvullend hulpmiddel) en de juiste daarbij behorende zorg. Aansluitend bij het Rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' kan ten aanzien van hulpmiddelen worden gesproken over 'Het juiste hulpmiddel bij de juiste cliënt'.

De Module Prothesezorg is ontwikkeld door het Platform Prothesezorg, waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd die een directe rol spelen bij prothesezorg: patiëntenvereniging, zorgprofessionals, beroepsgroepen, leveranciers en zorgverzekeraars.

Deze Module Prothesezorg valt onder het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg dat zich richt op de keuze van hulpmiddelen in de thuissituatie, zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Kwaliteitskader geeft handvatten voor het ontwikkelen van modules voor gebruikers van specifieke categorieën hulpmiddelen. Op dit moment zijn er drie modules ontwikkeld: Module Continente Hulpmiddelen, Module Stoma Hulpmiddelen en Module Diabetes Hulpmiddelen; een Module Compressiehulpmiddelenzorg is in de afrondende fase. Het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is een groeidocument, dat regelmatig wordt herzien en uitgebreid met nieuwe modules; de voorliggende Module Prothesezorg: arm- en beenprothesen is zo'n module. De module heeft alleen betrekking op arm- en beenprothesen die vallen onder de Regeling Zorgverzekering.

Met deze module wordt een aanzet gegeven voor het oplossen van knelpunten in de prothesezorg. Samengevat gaat het om knelpunten in: 1) transparantie en keuze van prothese(componenten); 2) doeltreffendheid en doelmatigheid vanuit cliëntenperspectief; 3) praktijk- en beroepsvariatie; en 4) onduidelijkheid kosten/vergoedingen. In Bijlage 4 staat een analyse van deze knelpunten en de daarbij geformuleerde uitgangsvragen en de gekozen oplossingsrichting.

Hoewel met deze module een stap wordt gezet in het oplossen van een deel van de knelpunten, is er nog het nodige te doen om er voor te zorgen dat cliënten het juiste hulpmiddel krijgen. In Hoofdstuk 8 staat een aantal aanbevelingen voor doorontwikkeling en implementatie van de module.

De Module Prothesezorg beschrijft het proces van hulpmiddelenzorg voor mensen met een amputatie van (een gedeelte van) de bovenste of onderste extremiteit of mensen met een reductiedefect - het al bij de geboorte geheel of gedeeltelijk ontbreken van de bovenste of onderste extremiteit. Daarbij wordt zowel het proces omschreven dat door een cliënt wordt doorlopen bij een eerste verstrekking van een arm-of beenprothese, als wanneer er problemen zijn met de prothese of de prothese moet worden vervangen.

Toepassing van deze module draagt bij aan het op zorgvuldige wijze doorlopen van een proces waarbij – startend met de hulpvraag van de cliënt en in nauw overleg met de cliënt (samen beslissen) – wordt toegewerkt naar de keuze, het proberen, de levering en het gebruik van de juiste prothese, waar nodig in combinatie met andere vormen van (hulpmiddelen)zorg.

In de Module Prothesezorg wordt uitgegaan van het functioneringsgericht voorschrijven van prothesen. Daarmee bedoelen we dat in het proces van voorschrijven het functioneren van de cliënt centraal staat. Daarbij moet de prothesezorg cliëntgericht, doeltreffend, doelmatig en transparant zijn.

Naast samen beslissen en functioneringsgericht voorschrijven, zijn het bevorderen van het zelfmanagement van cliënten en stepped care belangrijke uitgangspunten bij het doorlopen van het proces.

Net als de andere modules vallend onder het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is de Module Prothesezorg gebaseerd op de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg en de Basisrichtlijn voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen (RiFA).

Leeswijzer

Na een inleidend hoofdstuk worden in Hoofdstuk 2 het onderwerp, het doel en de doelgroep van de Module Prothesezorg beschreven. In Hoofdstuk 3 staat een kort overzicht van het gebruik en de kosten van arm- en beenprothesen in Nederland. In Hoofdstuk 4 staan de uitgangspunten van de module en in Hoofdstuk 5 een korte omschrijving van het proces van zorg. In Hoofdstuk 6 wordt in tabelvorm een overzicht gegeven van alle bij prothesezorg betrokken partijen en in Hoofdstuk 7 staat een uitgebreidere beschrijving van de verschillende stappen uit het proces van prothesezorg. De module eindigt met een aantal aanbevelingen (Hoofdstuk 8). Er zijn negen bijlagen. Bijlage 9 bevat een onderhoudsplan voor de module.

1 Inleiding

In de Module Prothesezorg staan de processtappen beschreven die moeten worden doorlopen door de cliënt¹ en de betrokken professionals(s) om - op basis van een analyse van het huidige en het beoogd functioneren van de cliënt - te komen tot een functioneringsgericht voorschrift voor prothesen. Dit met als doel de cliënt te voorzien van cliëntgerichte, doeltreffende, doelmatige en transparante prothesezorg.

Aanleiding voor het ontwikkelen van de Module Prothesezorg zijn de knelpunten die zich in deze zorg voordoen. Mensen krijgen niet altijd de prothesezorg die ze nodig hebben en er bestaat onhelderheid over het proces. Deze problematiek is door de cliëntenvereniging KorterMaarKrachtig (KMK) in 2018 aangekaart bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit heeft geleid tot de start van het Platform Prothesezorg, waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd die een directe rol spelen bij prothesezorg. De voorliggende module is een product dat wordt gedragen en is geautoriseerd door alle leden van dit platform.

De Module Prothesezorg beschrijft het proces van hulpmiddelenzorg voor mensen met een amputatie van (een gedeelte van) de bovenste of onderste extremiteit, of bij wie er al bij de geboorte sprake was van het geheel of gedeeltelijk ontbreken van de bovenste of onderste extremiteit, een reductiedefect. Een prothese is een uitwendig hulpmiddel dat een lichaamsdeel dat niet volledig ontwikkeld is (deficiënt) of ontbreekt, geheel of gedeeltelijk vervangt (<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/prothesen-zvw>).

Omdat de Module Prothesezorg onderdeel is van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (BOH, 2017)² gaat het in de Module Prothesezorg om de arm- en beenprothesen die vallen onder de Regeling Hulpmiddelenzorg vanuit de Zorgverzekeringwet (Zvw) (artikel 2.6) (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/2020-07-01/#Hoofdstuk2>).

De Module Prothesezorg geeft een beschrijving van goede zorg voor mensen die in aanmerking komen voor een arm- of beenprothese, maar geeft ook aan wat er moet gebeuren als een cliënt problemen heeft met zijn³ prothese of als de prothese moet worden vervangen.

Knelpunten, uitgangsvragen en oplossingsrichting

Met deze beschrijving wordt een eerste aanzet gegeven tot het oplossen van een aantal knelpunten in de prothesezorg. In Bijlage 4 staat een analyse van de knelpunten die aanleiding zijn geweest om deze module te gaan ontwikkelen, de uitgangsvragen die daarbij zijn geformuleerd en de oplossingsrichting. Voor het beschrijven van de knelpunten en de uitgangsvragen is aangesloten bij de AQUA-richtlijn (ZIN, 2014). Hoewel met deze module een eerste stap wordt gezet in het oplossen van een deel van de knelpunten, is er nog veel te doen om ervoor te zorgen dat cliënten het juiste hulpmiddel krijgen. In Hoofdstuk 8 staat een aantal aanbevelingen voor doorontwikkeling en implementatie van de module.

¹ Met de term cliënt wordt in het kader van deze module bedoeld de cliënt zelf of iemand uit zijn omgeving, zoals partner, kind(eren), mantelzorger, wettelijk vertegenwoordiger.

² Het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen (BOH) bestaat uit alle partijen die te maken hebben met de extramurale hulpmiddelenzorg die onder de Zvw valt: patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, leveranciers, fabrikanten, toezichthouders en voorzitters van de platforms. Het BOH is opgericht om afspraken te maken die de kwaliteit van hulpmiddelenzorg eenduidig, transparant en aantoonbaar verbetert. Het BOH stelt (geactualiseerde) modules vast op basis van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en neemt besluiten over algemene beleidszaken rond hulpmiddelenzorg. Ontleend aan: <https://www.hulpmiddelenzorg.nl/goede-hulpmiddelenzorg/>

³ Waar hij of hem staat kan ook zij of haar gelezen worden.

Relatie met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg

De Module Prothesezorg wordt onderdeel van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (BOH, 2017) dat is gebaseerd op de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz, 2009) en de Basisrichtlijn voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen (RiFA) (CG-Raad, 2010)⁴.

Het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is in 2016 tot stand gekomen mede op basis van de input van drie VWS-werkgroepen voor diabetes-, stoma- en continentie-hulpmiddelenzorg. In het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg – een kwaliteitsstandaard - wordt in algemene termen beschreven wat de uitgangspunten zijn voor (alle) goede hulpmiddelenzorg. Het gaat hierbij om alle hulpmiddelen die vallen onder de Regeling Zorgverzekering. Het Kwaliteitskader is een kapstok op basis waarvan specifieke op een aandoening of type hulpmiddel gerichte modules worden ontwikkeld (zie voor een omschrijving van de termen 'Kwaliteitsstandaard' en 'Module' Bijlage 8). De Module Prothesezorg is daarvan een voorbeeld en moet in samenhang met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg worden gebruikt.

Het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is een groeidocument, enerzijds omdat het breder toepasbaar kan worden voor steeds andere categorieën hulpmiddelen en anderzijds omdat het aangepast zal worden op basis van voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen. Ook de Module Prothesezorg is een groeidocument en zal regelmatig moeten worden aangepast op basis van voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen rond prothesezorg.⁵

Functioneringsgericht voorschrijven

In de Module Prothesezorg wordt uitgegaan van het functioneringsgericht voorschrijven⁶ van prothesen; daarmee wordt bedoeld dat in het proces van voorschrijven het functioneren van de cliënt centraal staat.

Omschrijving functioneringsgericht voorschrijven in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (BOH, 2017):

Bij indiceren wordt gekeken of een hulpmiddel nodig is en of de cliënt een onderliggend ziektebeeld heeft dat behandeld dient te worden. Bij het functioneringsgericht voorschrijven wordt aangegeven waar het hulpmiddel aan moet voldoen, opdat de cliënt het meest adequate hulpmiddel krijgt, passend bij de omstandigheden die het functioneringsprobleem en/of de therapiebehoefte van de cliënt bepalen.

Daarbij moet de prothesezorg cliëntgericht, doeltreffend, doelmatig en transparant zijn. Dat laatste betekent dat inzichtelijk moet zijn waarom gekozen is voor die specifieke prothese, inclusief de verschillende componenten (onderdelen) van de prothese. Voor een verdere toelichting op het functioneringsgericht voorschrijven van hulpmiddelen wordt verwezen naar het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (BOH, 2017).

Hoewel in de Module Prothesezorg wordt uitgegaan van de situatie dat de prothese voor de betrokken cliënt relevant is, is het belangrijk om te benadrukken dat (op dat moment) een prothese niet altijd de meest geëigende oplossing is voor mensen met een amputatie of reductiedefect van de onderste of bovenste extremiteit. Zo kan het zijn dat het – op de langere termijn – beter is dat iemand (eerst) wordt geopereerd. De beslissing over het al dan niet gebruiken van een prothese – al dan niet in combinatie met een andere zorgvorm - valt voor ieder individu 'op maat' in stap 3a (bepalen oplossingsrichting) van de Module Prothesezorg. Als een prothese niet (of nu/nog niet) de aangewezen zorgvorm is, eindigt het proces zoals

⁴ Beide bestaan uit zeven stappen die vermeld staan in Figuur 6.1: 1) Probleem signaleren; 2) Zorgvraag formuleren; 3) Zorgplan bepalen (bestaande uit stap 3a Bepalen oplossingsrichting en stap 3b Programma van eisen opstellen); 4) Selecteren, proberen en beslissen; 5) Leveren en instrueren; 6) Gebruiken; 7) Evalueren.

⁵ Het onderhoudsplan van de module wordt beschreven in Bijlage 9.

⁶ Strikt genomen is de term 'voorschrijven' in het kader van hulpmiddelenzorg niet correct; in tegenstelling tot medicijnen worden hulpmiddelen niet 'voorgescreven', maar geïndiceerd. Dit komt omdat hulpmiddelen, in tegenstelling tot medicijnen, vrij verhandelbaar zijn. Toch is besloten om in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg de term 'voorschrijven' te gebruiken omdat deze gangbaar is in de dagelijkse praktijk.

beschreven in de Module Prothesezorg (of wordt dit proces opgeschort). Voor de omschrijving van de andere zorgvormen voor mensen met een amputatie of aangeboren defect van de onderste of bovenste extremiteit wordt verwezen naar de beschikbare richtlijnen (VRA, 2012 [amputatie onderste extremiteit])⁷ en behandelkaders⁸ op dit gebied (VRA, 2016 [bovenste extremiteit]; VRA, 2019 [onderste extremiteit]).

Gehanteerde terminologie

Bij het beschrijven van het functioneren van de cliënt wordt gebruik gemaakt van termen ontleend aan de Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001; RIVM 2002, 2018) (zie ook figuur B7.1, Bijlage 7). Hiermee kan het functioneren worden beschreven vanuit drie perspectieven:

- het niveau van het lichaam ([stoornissen in] lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen);
- het niveau van het individu ([beperkingen in] activiteiten);
- het niveau van de samenleving (participatie[problemen]).

Op het functioneren zijn medische factoren (ziekte / aandoening)⁹, externe factoren en persoonlijke factoren van invloed.

De ICF bevat – naast een classificatie functies, een classificatie ‘anatomische eigenschappen’ en een classificatie ‘activiteiten en participatie’ - ook een classificatie van externe factoren. Voor persoonlijke factoren is in de ICF nog geen lijst beschikbaar. Wel staat er in de toelichting een aantal voorbeelden genoemd en in de literatuur zijn verschillende indelingen van persoonlijke factoren beschikbaar. In het traject van prothesezorg is het belangrijk om rekening te houden met de persoonlijke factoren.

⁷ Deze richtlijn wordt momenteel herzien en verschijnt in de loop van 2020.

⁸ Zie voor omschrijving Bijlage 8. Bij de VRA zijn plannen om de behandelkaders af te bouwen.

⁹ Voor het vastleggen van de medische factoren (ziekte / aandoening) zijn classificaties beschikbaar als de ICD-10, de DSM-5 en de ICPC-2-nl; zie Bijlage 7.

2 Onderwerp, doel en doelgroep van de Module Prothesezorg

Onderwerp van de Module Prothesezorg

De Module Prothesezorg beschrijft het proces van prothesezorg voor mensen met een amputatie van (een gedeelte van) de bovenste of onderste extremiteit of een reductiedefect van de bovenste of onderste extremiteit, zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dat betekent dat de zorg gekoppeld aan amputatie of de zorg voor mensen met diabetes in brede zin, zoals zorg voor de huid van de contralaterale voet door podotherapeuten (NVvP, 2019), geen onderdeel uitmaakt van deze module.

Doel van de Module Prothesezorg

Aansluitend bij het Rapport van de Taskforce 'De juiste zorg op de juiste plek' kan ten aanzien van hulpmiddelen worden gesproken over 'Het juiste hulpmiddel bij de juiste cliënt'. Doel van de Module Prothesezorg is om ervoor te zorgen dat iedere cliënt kan beschikken over de voor hem juiste arm- of beenprothese¹⁰ (waar nodig in combinatie met een aanvullend hulpmiddel¹¹) en de juiste daarbij horende zorg. Dat betekent dat op zorgvuldige wijze een proces moet worden doorlopen waarbij – startend met de hulpvraag van de cliënt en in nauw overleg met de cliënt (samen beslissen) – wordt toegewerkt naar de keuze, het proberen, de levering en het gebruik van de juiste prothese, waar nodig in combinatie met andere vormen van (hulpmiddelen)zorg.

Omschrijving van de doelgroep van de Module Prothesezorg

De doelgroep voor deze standaard bestaat uit mensen met een amputatie of een reductiedefect van de bovenste of onderste extremiteit die in aanmerking komen voor een arm- of beenprothese vergoed vanuit de Zvw. Deze standaard heeft ook betrekking op kinderen.

Zorglocaties

Het merendeel van de prothesezorg vindt plaats in revalidatiecentra en tijdens poliklinische medisch specialistische revalidatie in algemene en academische ziekenhuizen. Daarnaast worden prothesen verstrekt binnen verpleeghuizen en binnen zelfstandige behandelcentra (ZBC's).¹² De vervanging van een prothese vindt – als er geen sprake is van nieuwe problematiek – meestal plaats buiten de revalidatiesetting, namelijk in een (zelfstandige) instrumentmakerij.

¹⁰ In de individuele verzekeringscontext wordt ook wel gesproken over het 'meest adequate' hulpmiddel of adequaat, functionerend hulpmiddel. De term adequaat komt verder alleen voor in de toelichting bij de Regeling Zorgverzekering. Een hulpmiddel is adequaat (passend / geschikt) als het doet wat het moet doen, rekening houdend met de omstandigheden die het functioneringsprobleem van de cliënt bepalen (doeltreffend en cliëntgericht), maar niet ingewikkelder dan nodig (doelmatig). Zie voor een omschrijving van de termen doeltreffend en doelmatig Bijlage 8.

¹¹ Zie Bijlage 8 voor omschrijving van aanvullend hulpmiddel.

¹² Er zijn zorgaanbieders die medisch specialistische revalidatie leveren en geen afspraken hebben met zorgverzekeraars (voornamelijk ZBC's). Cliënten moeten dan eerst toestemming, in de vorm van een machtiging, krijgen van de zorgverzekeraar om in behandeling te mogen bij deze zorgaanbieder. De zorgverzekeraars kijken, bij het bepalen of de toestemming wordt verleend, onder andere naar de inhoudelijke zorg die geboden wordt door zorgaanbieders.

3 Indeling en gebruik van prothesen in Nederland

Omschrijving en gebruik van de geïnccludeerde prothesen

Deze standaard heeft betrekking op arm- en beenprothesen, inclusief cosmetische prothesen. Uitgesloten zijn de inwendige prothesen, zoals heup- en knieprothesen. Van de botverankerde prothesen valt alleen het uitwendig deel onder de standaard. Geïnccludeerd zijn de componenten van prothesen.

ISO 9999

In de ISO 9999 - versie 2016 – de internationale classificatie van hulpmiddelen (zie Bijlage 7) gaat het om de volgende groepen:

06 18	Uper limb prostheses
06 24	Lower limb prostheses

Voor de subgroepen, zie Bijlage 6.

GIP-databank

Er zijn maar beperkt cijfers beschikbaar over het gebruik van prothesen. De enige bron zijn de cijfers in de GIP-databank (GIP staat voor Genees- en hulpmiddelen Informatie Project). Het probleem daarbij is wel dat de cijfers een zekere mate van foutgevoeligheid hebben en dat de indeling onvolledig is.

Omdat de GIP-databank de enige bron is, worden hier – ondanks de bezwaren – toch de GIP-cijfers gegeven. Deze cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden gelezen.

Arm- en beenprothesen vormen in de GIP-databank 'Categorie J: Prothesen'. Categorie J is onderverdeeld in vier subcategorieën: J01 Armprothesen, J02 Beenprothesen, J03 Overige prothesen en J04 Pruiken. In tabel 3.1 staan de indelingen van J01 t/m J03, zoals vermeld in de GIP-databank, inclusief de daarin genoemde bijbehorende codes uit de ISO9999. Van de subcategorieën van J03 worden alleen die subcategorieën genoemd die relevant zijn voor de voorliggende module. J04 valt in zijn geheel buiten deze module.

Tabel 3.1 Indeling van de categorieën J01 t/m J03 gebruikt in de GIP-databank.
De ISO 9999 codes zijn terug te vinden in Bijlage 6.

J01 Armprothesen

ISO 9999	omschrijving
06 18 00	Armprothesen
06 18 03	Partiele-handprothesen
06 18 06	Polsexarticulatie prothesen
06 18 09	Trans-radiale prothesen
06 18 12	Elleboogexarticulatie prothesen
06 18 15	Trans-humerale prothesen
061818	Schouderexarticulatie prothesen
061824	Prothesehanden
06 18 42	Componenten voor het uitlijnen van armprothesen

J02 Beenprothesen

ISO 9999	omschrijving
06 24 00	Beenprothesen
06 24 03	Partiele-voetprothesen
06 24 06	Enkelexarticulatie prothesen
06 24 09	Trans-tibiale prothesen
06 24 12	Knie-exarticulatie prothesen
06 24 15	Trans-femorale prothesen
06 24 18	Heupexarticulatie prothesen
06 24 21	Trans-pelvic prothesen
06 24 27	Enkel-voetunits
06 24 33	Knie-units
06 24 39	Onderbeenstompkokers voorgevormd
06 24 40	Liners
06 24 41	Geprefabriceerde sockets
06 24 42	Bovenbeenstompkokers voorgevormd
06 24 45	Componenten voor het uitlijnen van beenprothesen

J03 Overige prothesen

ISO 9999	omschrijving
06 21 00	Cosmetische armprothesen
06 27 00	Cosmetische beenprothesen

Hoewel de cijfers uit de GIP-databank een mate van foutgevoeligheid hebben, staat ter illustratie in tabel 3.2A het aantal verstrekte prothesen. In tabel 3.2B en C staan respectievelijk de totale kosten en de gemiddelde kosten per gebruiker in de jaren 2014 t/m 2018 voor de categorieën J01 en J02.

Tabel 3.2 Getallen over prothesen ontleend aan de GIP-databank / <https://www.gipdatabank.nl/databank> (daar zijn ook per subcategorie de cijfers te vinden).
Raming voor de totale Zvw-populatie (ruim 16 miljoen verzekerden)
Geactualiseerd op: 22/10/2019.

A Aantal gebruikers 2014-2018, hulpmiddelencategorie J01 en J02; arm- en beenprothesen.

	2014	2015	2016	2017	2018
J01 Armprothesen	790	800	780	820	780
J02 Beenprothesen	7.610	8.110	8.560	8.930	9.290

B Totale kosten 2014-2018, hulpmiddelencategorie J01 en J02; arm- en beenprothesen.

	2014	2015	2016	2017	2018
J01 Armprothesen	€3.180.000	€3.495.000	€3.265.000	€3.546.000	€3.605.000
J02 Beenprothesen	€32.268.000	€33.293.000	€36.579.000	€38.194.000	€39.741.000

C Gemiddelde kosten per gebruiker 2014-2018, hulpmiddelencategorie J01 en J02; arm- en beenprothesen.

	2014	2015	2016	2017	2018
J01 Armprothesen	€4.020	€4.380	€4.160	€4.340	€4.600
J02 Beenprothesen	€4.240	€4.110	€4.270	€4.280	€4.280

De Medical Device Regulation (MDR)

Sinds mei 2017 is er nieuwe Europese wetgeving van kracht met betrekking tot medische hulpmiddelen: Medical Devices Regulation (MDR). Doel van de nieuwe regels is de patiëntveiligheid in de Europese Unie te vergroten en ervoor zorgen dat innovatieve medische hulpmiddelen beschikbaar blijven voor de cliënt. De nieuwe regels hebben gevolgen voor fabrikanten en leveranciers van medische hulpmiddelen. Zo kan een product in een andere risicoklasse vallen en moet het voldoen aan strengere veiligheids- en kwaliteitseisen. De nieuwe regels (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/medische-hulpmiddelen/nieuwe-wetgeving-medische-hulpmiddelen>) hebben ook gevolgen voor zorgaanbieders, zorgverleners en (indirect) voor cliënten. Er was een overgangperiode van drie jaar voordat de volledige toepassing van de nieuwe regels op 26 mei 2020 van kracht zou worden, maar intussen is vanwege de coronacrisis de invoering van de MDR met een jaar uitgesteld.¹³ Omschrijvingen van risicoklassen en de manier van certificering worden aangepast. Dit zal ook iets gaan betekenen voor de terminologie rond hulpmiddelen.

Hulpmiddelen worden in het kader van de MDR op twee manieren ingedeeld:

1. Naar doelgroep: één specifiek individu dan wel een hele groep (generieke hulpmiddelen).
2. Naar CE¹⁴-markering: het feit of een hulpmiddel al dan niet een CE-markering draagt.

De voorkeur gaat uit naar CE-gemarkeerde prothesen, maar individuele oplossingen blijven mogelijk..

¹³ https://www.ccmo.nl/actueel/nieuws/2020/04/24/mdr-met-een-jaar-uitgesteld-naar-26-mei-2021?utm_medium=email

¹⁴ De CE-markering geeft aan dat het product aan één van de Europese richtlijnen voldoet. De afkorting CE staat voor 'Conformité Européenne'; <https://www.nen.nl/NEN-Shop/Nieuws-Medische-hulpmiddelen/CEmarkering-medische-hulpmiddelen.htm>.

4 Uitgangspunten van de Module Prothesezorg

Bij het beschrijven van het proces van prothesezorg gelden de volgende uitgangspunten (deels ook al zo geformuleerd in de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg [RiFA]):

- Hoewel de RiFA start met de cliënt die een probleem ervaart in zijn functioneren en die vervolgens een beslissing neemt over wat hij gaat doen (stap 1), start het proces van *hulpmiddelenzorg* in feite pas als de keuze voor een hulpmiddel al is gemaakt (halverwege stap 3a). Toch worden voor de volledigheid in deze module ook stap 1 en 2 beschreven.
- Het gaat alleen om arm- en beenprothesen voor zover die worden verstrekt vanuit de Zvw!¹⁵
- Bij de beschrijving van het proces worden zowel de activiteiten van de cliënt besproken als van de andere bij de prothesezorg betrokken partijen.
- Bij het beschrijven van de activiteiten van de verschillende partijen wordt onderscheid gemaakt tussen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Sommige activiteiten kunnen door bepaalde partijen worden uitgevoerd, maar alleen onder verantwoordelijkheid van de (revalidatie)arts of de Physician Assistant prothesiologie (PA-prothesiologie) die daar bevoegd en bekwaam voor is¹⁶ (taakherschikking).
- Beslissingen worden genomen in nauw overleg met de cliënt (samen beslissen [FMS, 2019] / gezamenlijke besluitvorming [NHG, 2017]; zie de omschrijving in Bijlage 8). In de module wordt de term 'samen beslissen' gehanteerd.
- De principes van stepped care¹⁷ worden toegepast. In het kader van prothesezorg betekent stepped care dat de meest geschikte (adequaate, functionerende) prothese(componenten), inclusief de daarbij behorende adequate zorg en eventuele aanvullende hulpmiddelen, wordt (worden) geselecteerd die lijkt (lijken) te voldoen aan de eisen om te komen tot het beoogd functioneren (functies en/of activiteiten en/of participatie), rekening houdend met de persoonlijke eigenschappen van de cliënt en de karakteristieken van zijn omgeving (zoals verwoord in het programma van eisen [stap 3b]). Als deze prothese (componenten) niet voldoet (voldoen) aan deze eisen, wordt gekozen voor een meer geavanceerde / gecompliceerdere variant. Het is niet noodzakelijk dat de verschillende prothesen (componenten) zijn uitgetest. Het is voldoende om het stappenplan in de overwegingen te doorlopen en te documenteren. Van eenvoudig tot geavanceerd.
- Prothesen vallen onder de Europese MDR (zie Hoofdstuk 3).
- Waar mogelijk wordt verwezen naar bestaande richtlijnen en protocollen, zoals het PPP-beenprotocol met het AAK-addendum en het PPP-armprotocol. De inhoud van deze protocollen is zo min mogelijk opgenomen in de Module Prothesezorg om te voorkomen dat bij veranderingen in de PPP's ook de module moet worden aangepast. Wel wordt waar relevant aangegeven wat volgens het Platform Prothesezorg de norm voor goede zorg is. Voor de meest actuele vorm van het PPP-been- en PPP-arm protocol verwijzen we naar de website van de Nederlandse tak van ISPO (International Society of Prosthetics and Orthotics; <http://www.ispo.nl/richtlijnen>).

¹⁵ Als prothesen worden verstrekt vanuit andere bronnen - bijvoorbeeld vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg), als onderdeel van een DOT (DBC's op weg naar Transparantie), door de gemeente/Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning), door het UWV (voor gebruik op het werk of op school) of bij letselschade - dan kan van de inhoud van deze module wel gebruik worden gemaakt. Wel kan het zijn dat er verschillen zijn, bijvoorbeeld wat betreft de zorgverleners die bij de prothesezorg zijn betrokken. Datzelfde geldt voor de prothesezorg aan mensen die in een penitentiaire instelling of een tbs-kliniek verblijven.

¹⁶ Overal waar in de procesbeschrijving (met name in Hoofdstuk 7) revalidatiearts staat kan ook PA-prothesiologie worden gelezen voor zover die bevoegd en bekwaam is; dat betekent dat niet overal de PA-prothesiologie apart wordt benoemd.

¹⁷ Het principe van stepped care houdt in dat aan een cliënt in eerste instantie de minst belastende en kortste vorm van behandeling wordt aangeboden die mogelijk is en waarvan effect kan worden verwacht gezien de aard en de ernst van de problematiek (zie Bijlage 8).

- De gegevens die ontstaan tijdens de stappen 1 t/m 4 – inclusief de redenering volgend uit de principes van stepped care - worden vastgelegd in een PPP-verslag (arm) / PPP-formulier (been). Dit verslag wordt ondertekend aan het einde van stap 4 door het revalidatieteam en de cliënt (conform het PPP-been- en het PPP-armprotocol¹⁸). Net als de gegevens die ontstaan bij het doorlopen van de overige stappen (stap 5 t/m 7)¹⁹ maakt het PPP-verslag / -formulier deel uit van het multidisciplinair dossier. De betreffende zorgverlener legt de gegevens vast volgens de eisen die daaraan worden gesteld door de eigen beroepsgroep en door de zorginstelling.
- Zoals aangegeven in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg gaat het erom de cliënt te voorzien van het meest geschikte (adequaat, functionerend) hulpmiddel; dat betekent dat het hulpmiddel moet doen wat het moet doen, rekening houdend met de omstandigheden die het functioneringsprobleem van de cliënt bepalen (doeltreffend en cliëntgericht), maar niet ingewikkelder dan nodig (doelmatig).
- De zorgverleners die in deze module worden genoemd hebben (binnen hun beroepsgroep) expertise op het terrein van prothesezorg en zijn bevoegd en bekwaam. De verantwoordelijkheid voor het beschrijven van de benodigde competenties en het zorgdragen voor voldoende scholingsmogelijkheden ligt bij de desbetreffende beroepsgroepen zelf.

¹⁸ Voor het PPP-arm protocol moet dat nog geformaliseerd worden.

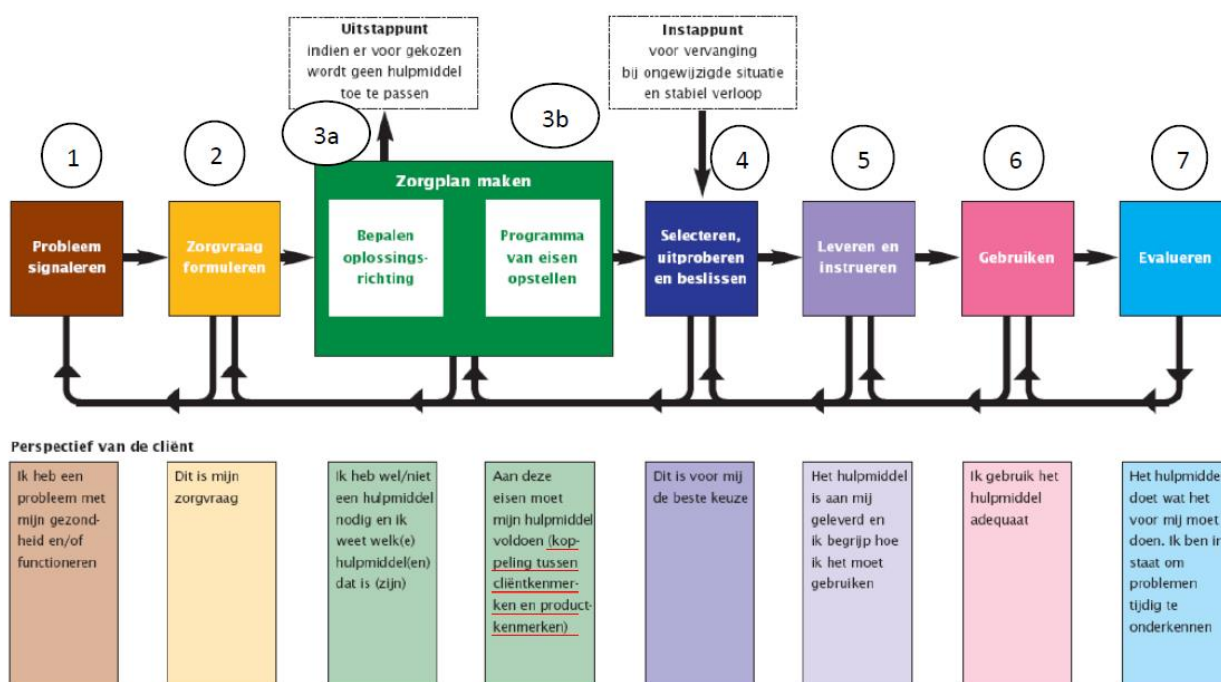
¹⁹ Het gaat om alle gegevens die tijdens het proces worden gegenereerd, met een nadruk op de gegevens die ontstaan tijdens de evaluatie en de eventueel daaruit voortvloeiende acties (inclusief bijstelling in bijvoorbeeld het programma van eisen (PvE) en/of het behandelplan).

5 Globale opbouw van de Module Prothesezorg

Om het proces van prothesezorg te beschrijven is gebruikgemaakt van de zeven processtappen uit de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz, 2009) en de RiFA (CG-Raad, 2010), waarbij stap 3 is opgebouwd uit stap 3a en stap 3b (zie Figuur 5.1).

- Stap 1 Probleem signaleren
- Stap 2 Zorgvraag formuleren
- Stap 3 Zorgplan maken
 - 3a Bepalen oplossingsrichting
 - 3b Programma van eisen opstellen
- Stap 4 Selecteren, proberen en beslissen
- Stap 5 Leveren en instrueren
- Stap 6 Gebruiken
- Stap 7 Evalueren

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg

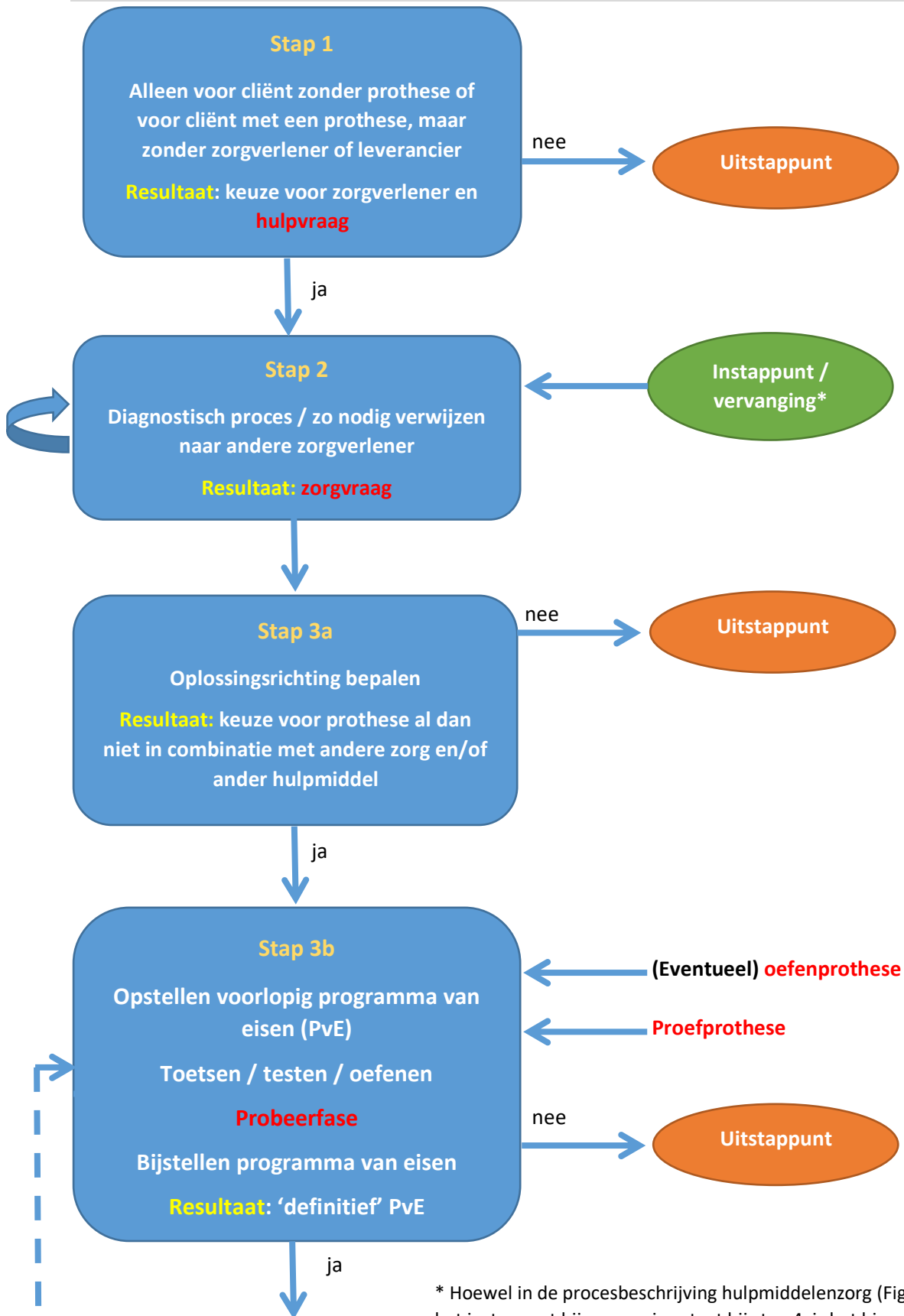


Figuur 5.1 Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (naar: CG-Raad, 2010; Nictiz, 2009).
Het instappunt bij vervanging is voor prothesezorg verplaatst naar stap 2 (zie figuur 5.2)

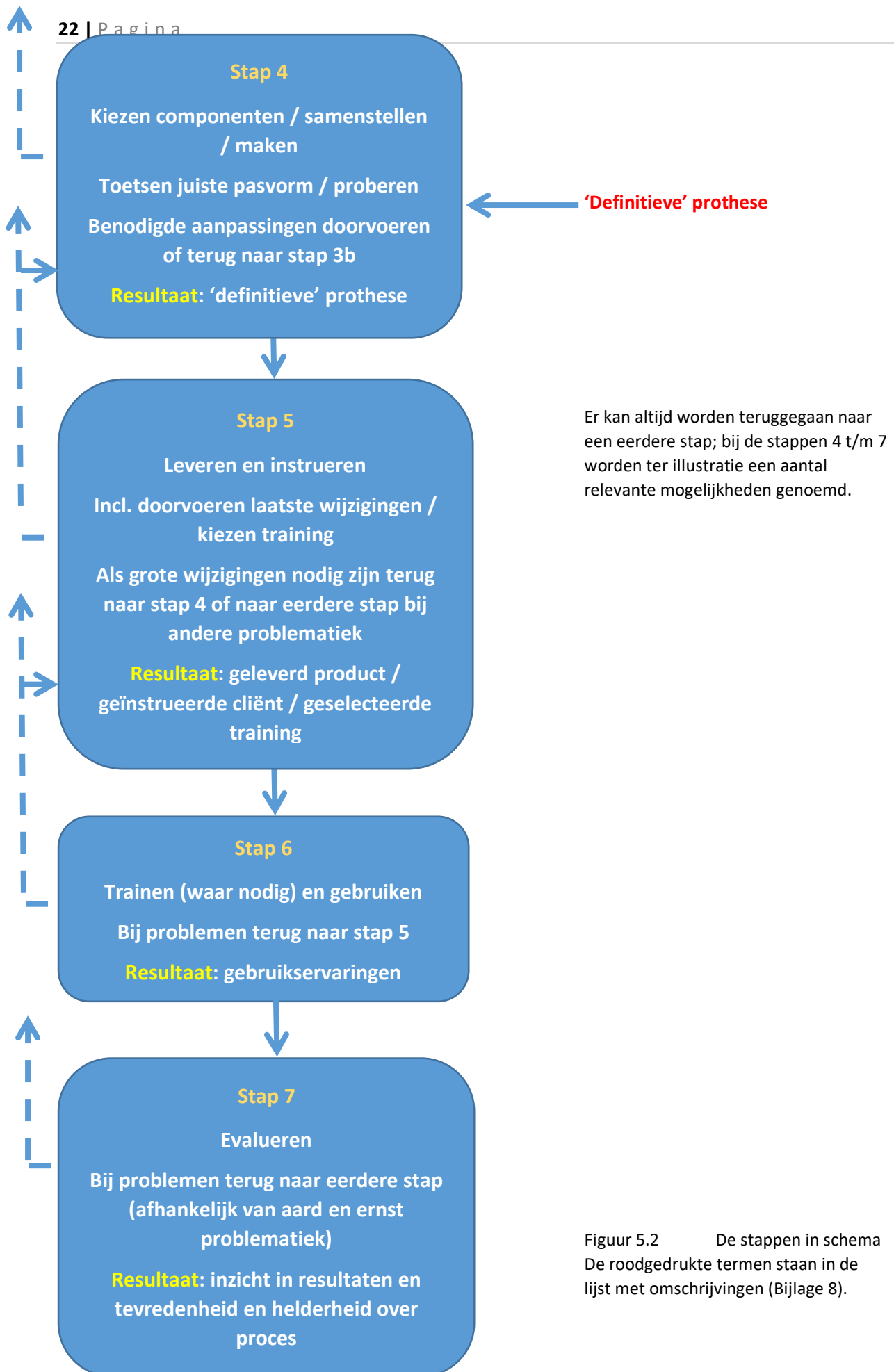
In figuur 5.2 staan de stappen met een korte omschrijving en het resultaat. De stappen beschrijven we in Hoofdstuk 7 uitgebreid. Hoewel de stappen na elkaar plaatsvinden, is het overal in het proces mogelijk om terug te gaan naar eerdere stappen als daar aanleiding toe is.

Hoewel in de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg het instappunt voor vervanging stap 4 is en je altijd terug kunt gaan naar een eerdere stap, is ervoor gekozen om het instappunt bij vervanging van een prothese te verschuiven naar stap 2. Dit om te benadrukken dat altijd ook de stappen 2, 3a en 3b doorlopen moeten worden. Het terug kunnen keren naar een eerdere stap geldt overigens voor het hele proces. Tot en met de laatste stap (stap 7, evalueren) kan blijken dat er nog problemen zijn die vragen om terug te gaan naar een eerdere stap.

Vervanging vindt vaak plaats buiten een revalidatiesetting, maar de module maakt het mogelijk dat er ook bij vervanging sprake is van een multidisciplinaire insteek via het behandelteam. Dit is conform het PPP-been- en het PPP-armprotocol waarin staat dat er een indicatie is voor een multidisciplinaire aanpak bij een vervanging indien het beoogd functioneren veranderd is.



* Hoewel in de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg (Figuur 5.1) het instappunt bij vervanging staat bij stap 4, is het hier verplaatst naar stap 2 om te benadrukken dat in alle gevallen de stappen 2, 3a en 3b opnieuw moeten worden doorlopen. Een 'simpele / enkele' vervanging vindt vaak plaats buiten een revalidatiesetting.



Figuur 5.2 De stappen in schema
De roodgedrukte termen staan in de
lijst met omschrijvingen (Bijlage 8).

6 Bij prothesezorg betrokken professionals

Er zijn veel partijen betrokken bij de prothesezorg; naast de cliënten zelf gaat het om verschillende zorgverleners en om leveranciers en zorgverzekeraars. Al deze partijen zijn opgenomen in tabel 6.1 waarin staat aangegeven of zij al dan niet deelnemen aan het chirurgisch team en/of het revalidatieteam en bij welke activiteiten zij betrokken zijn.

Hoewel de taken / activiteiten hier zijn aangegeven per professional, is het uitgangspunt dat het hele proces een teamgebeuren is.²⁰

Tabel 6.1 Bij prothesezorg betrokken partijen

Rollen en taken / betrokkenheid: de rollen staan in de linkerkolommen (bijv. je bent zorgverlener en maakt deel uit van het revalidatieteam); de taken / activiteiten staan in de andere kolommen.

De term 'kan' wordt gebruikt bij het omschrijven van taken / activiteiten als die taak / activiteit niet altijd door de betrokkene wordt uitgevoerd (bijv. de psycholoog kan worden geraadpleegd, maar dat is niet per definitie het geval; de chirurg kan betrokken zijn bij het vaststellen van de medische diagnose maar dat hoeft niet).

Voor een nadere omschrijving van de taken / activiteiten wordt verwezen naar Hoofdstuk 7.

De tabel is opgedeeld in twee delen, vanwege de leesbaarheid.

²⁰ Uitgangspunt is dat bij het hele proces het team gezamenlijk optrekt (waarbij de revalidatiearts vaak de eindverantwoordelijke is), maar dat er sprake is van discipline gebonden taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden; ook als een professional iets doet onder verantwoordelijkheid van (in samenspraak met) een andere professional, blijft hij aansprakelijk voor wat hij doet.

NB De zorgverlener die een behandelingsovereenkomst aangaat met een cliënt is altijd zelf verantwoordelijk (zie WGBO); dus als de fysiotherapeut of ergotherapeut een behandelingsovereenkomst aangaat met een cliënt, dan is de fysio-/ergotherapeut verantwoordelijk voor het fysio-/ergotherapeutisch handelen.

Relevant is met name de algemene bepaling in de WGBO waarin wordt gesteld dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en dient te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (zie art.453, WGBO).

M.a.w. als het bijvoorbeeld gaat om een klacht binnen het fysio-/ergotherapeutisch handelen, is de fysiotherapeut / ergotherapeut zelf verantwoordelijk. Hierbij spreekt de professionaliteit: 'onbekwaam maakt onbevoegd', zie ook Wet BIG.

Deel 1, tabel 6.1

BIG-nummer / geregistreerd	Deelnemer aan		Stappen procesbeschrijving		
	Chirurgisch team	Revalidatieteam ²¹	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
	Altijd; meestal; soms; niet	Altijd; meestal; soms; niet		2.1 Bepalen medische diagnose, inclusief waar nodig het laten uitvoeren van (aanvullend) onderzoek 2.2 Bepalen van functionaliteitsdiagnose, inclusief waar nodig het laten uitvoeren van (aanvullend) onderzoek 2.3 Inventariseren van wensen en verwachtingen cliënt 2.4 Bepalen van de prognose 2.5 Bepalen van zorgvraag	3a.1 Formuleren globale ²² behandeldoel(en) / beoogd functioneren 3a.2 Formuleren specifieke doelstellingen / beoogd gebruik van prothese (Human Related Intended Use [HRIU]) 3a.3 Vertalen doelstelling naar oplossingsrichting 3a.4 Bepalen van soort prothese ²³ en kiezen van aanvullend(e) hulpmiddel(en)
Cliënt	Altijd	Altijd	Cliënt signaleert probleem, wint (waar nodig) informatie in en bepaalt bij wie hij in eerste instantie gaat aankloppen	Cliënt maakt helder wat zijn problemen zijn, bepaalt of hij bereid is deel te nemen aan (aanvullend) onderzoek en doet dat wat daarvoor nodig is	Formuleert – in samenspraak met het behandelteam - globale behandeldoelen en HRIU en kiest – in samenspraak met het behandelteam - de soort prothese en eventuele aanvullende hulpmiddelen

²¹ Het (klinisch) revalidatieteam moet voldoen aan de eisen van de behandelkaders beenamputatie van de WAP (Werkgroep Amputatie en Prothesiologie) en armamputaties van de WAP-A (Werkgroep Amputatie en Prothesiologie van de Arm) van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Daarnaast moeten de verschillende beroepsbeoefenaren voldoen aan de eisen van de eigen beroepsgroep; omdat niet alle beroepsgroepen aan tafel hebben gezeten bij het opstellen van de WAP (ontwikkeld vanuit de revalidatieartsen), is het advies dat bij de volgende herziening van het behandelkader wel te doen (vanuit de beroepsorganisaties). Hoewel bij het opstellen van de eisen van de behandelkaders van de WAP-A wel ergotherapeuten en fysiotherapeuten uit de teams aan tafel hebben gezeten, is het advies om bij de volgende herziening ook de betreffende beroepsorganisaties te betrekken. NB De zorgverzekeraar kan extra eisen stellen aan de samenstelling en continuïteit van het team.

²² Hoewel in de RIFA globale tussen haakjes staat, zijn de haakjes hier weggelaten.

²³ Soort prothese: botverankerde prothese of kokerprothese.

	BIG-nummer / geregistreerd	Chirurgisch team	Revalidatieteam	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
Arts / PA-prothesiologie²⁴						
Revalidatiearts (RA)	X	Altijd	Altijd	De RA is niet direct toegankelijk; verloopt via de huisarts; betekent dat betrokkenheid RA start bij stap 2	Kan alle activiteiten (laten) uitvoeren meestal in samenwerking met andere leden van het revalidatieteam	RA formuleert globale behandeldoelen (3a.1) en de HRIU (3a.2), vertaalt de doelstelling naar de oplossingsrichting (3a.3) en bepaalt soort prothese en kiest – waar relevant – aanvullend(e) hulpmiddel(en) (3a.4) waar nodig samen met andere leden revalidatieteam
Chirurg ²⁵	X	Altijd	Niet (kan geconsulteerd worden)	Idem als bij revalidatiearts	Kan betrokken zijn bij bepalen medische diagnose (2.1) en bij het bepalen van prognose (2.4)	Nee
Specialist ouderengeneeskunde ²⁶	X	Niet (kan geconsulteerd worden)	Soms	Idem als bij revalidatiearts	Is voor de verpleeghuispatiënt de behandelend arts / zie huisarts	Nee
Huisarts	X	Niet	Niet	Huisarts is direct toegankelijk; besluit – meestal pas nadat hij ook stap 2 heeft doorlopen - óf en naar wie cliënt wordt verwezen	Kan medische diagnose bepalen (2.1), maar is niet of slechts zijdelings betrokken bij de andere activiteiten	Nee

²⁴ Arts en physician assistant (PA) zijn ook 'zorgverleners', maar worden hier apart benoemd.

²⁵ Kan zijn o.a. orthopedisch chirurg, vaatchirurg, traumachirurg, plastisch chirurg, oncologisch chirurg.

²⁶ De specialist ouderengeneeskunde kan in bepaalde situaties, bij verpleeghuizen met een revalidatieafdeling, de rol van de revalidatiearts overnemen, maar de keuze van een prothese valt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts.

	BIG-nummer / geregistreerd	Chirurgisch team	Revalidatieteam	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
Andere medisch specialist ²⁷	X	Soms	Soms	Idem als bij revalidatiearts	Zie chirurg	Nee
PA-prothesiologie ²⁸	X	Soms	Soms	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts
Overige zorgverleners						
Ergotherapeut ²⁹		Soms (kan geconsulteerd worden)	Altijd ³⁰	De eerstelijns ergotherapeut / fysiotherapeut is direct toegankelijk; besluit óf de cliënt al dan niet bij hem aan het goede adres is en zo niet, bij wie de cliënt wel terecht kan; de ergotherapeut / fysiotherapeut in de revalidatiesetting krijgt pas een rol vanaf stap 2	Kan functionaliteitsdiagnose bepalen (2.2) (in overleg met revalidatiearts), inventariseren van wensen en verwachtingen (2.3) en prognose bepalen (2.4); kan betrokken worden bij bepalen zorgvraag (2.5)	Kan globale behandeldoelen (3a.1) en de HRIU (3a.2) bepalen en vertalen naar oplossingsrichtingen (3a.3); kan advies geven over soort prothese en – waar relevant – aanvullend(e) hulpmiddel(en) (3a.4); en kan worden ingeschakeld bij de behandeling van fantoompijn
Fysiotherapeut ³¹	X					
Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)		Niet	Niet	Via de huisarts (start bij stap 2)	Kan eventueel een eerste inventarisatie doen van wensen en verwachtingen cliënt (2.3)	Nee

²⁷ Bijvoorbeeld behandelend oncoloog.

²⁸ In voorliggende gevallen kan een PA of een verpleegkundig specialist de rol van de RA vervullen mits de handelingen vallen binnen de daarvoor wettelijk vastgestelde kaders en geborgd zijn binnen de organisatie (VRA, april 2016); zie ook voetnoot 16.

²⁹ Hier wordt vooral bedoeld een ergotherapeut werkzaam in de revalidatiesetting, maar bij stap 1 kan het ook gaan om een eerstelijns ergotherapeut.

³⁰ Daarbij is de ergotherapeut vooral – maar niet uitsluitend – betrokken bij armprothesezorg en de fysiotherapeut vooral – maar niet uitsluitend – bij beenprothesezorg.

³¹ Idem vorige voetnoot, maar dan voor de eerstelijns fysiotherapeut.

	BIG-nummer / geregistreerd	Chirurgisch team	Revalidatieteam	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
Wondverpleegkundige	X	Soms	Soms (afhankelijk van de setting)	Nee, niet direct toegankelijk; verloopt via de (huis)arts (start bij stap 2)	Heeft geen rol in stap 2 of alleen in adviserende zin bij prognose (2.4)	Wordt geconsulteerd als er sprake is van een wond en wordt desgewenst ingeschakeld bij behandeling van de wond
Orthopedisch technoloog (HBO-opgeleid) ³² in zijn rol als zorgverlener		Soms (kan geconsulteerd worden)	Altijd	Idem ergotherapeut / fysiotherapeut	Kan wensen en verwachtingen inventariseren (2.2) en advies geven rond prognose (2.4)	Kan globale behandeldoelen (3a.1) en de HRIU (3a.2) bepalen en vertalen naar oplossingsrichtingen (3a.3); kan advies geven over soort prothese en – waar relevant – aanvullend(e) hulpmiddel(en) (3a.4)
Revalidatietechnicus ³³ in zijn rol als zorgverlener		Niet gebruikelijk	Soms (afhankelijk van de setting)	Nee, niet direct toegankelijk	Niet gebruikelijk	Kan geconsulteerd worden

³² De bewegingstechnoloog (hbo-opgeleid) valt ook onder deze categorie. De orthopedisch instrumentmaker (mbo) is aan het verdwijnen en wordt hier niet meer als zodanig genoemd, maar wel bedoeld. Sinds 1 januari 2016 wordt door de branche een lijst gehanteerd waarop diverse opleidingen erkend zijn voor behandelingen in de paskamer. Met ingang van 1 januari 2020 is door de Nederlandse Beroepsvereniging voor Orthopedisch Technologen (NBOT) een register geopend waarin de diverse opleidingen vanuit de brancheorganisatie en daarbij de ontbrekende opleidingen zijn opgenomen in het register. Het voornemen van de SEMH is om in de zomer van 2020 het advies over te nemen van de Raad van Advies van deze vereniging om met ingang van 1 januari 2021 te gaan toetsen of de behandelaars geregistreerd staan in het register van NBOT.

³³ Wordt soms ook adaptatietechnicus genoemd.

	BIG-nummer / geregistreerd	Chirurgisch team	Revalidatieteam	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
Sociale hulpverlener						
Psycholoog	X ³⁴	Soms	Soms	Nee, niet direct toegankelijk	Kan worden geconsulteerd door de zorgverleners en kan gegevens aanleveren die relevant zijn voor de activiteiten 2.1 t/m 2.5	Kan geconsulteerd worden
Maatschappelijk werkende		Niet	Meestal	Idem psycholoog	Idem psycholoog	Kan geconsulteerd worden
Orthopedagoog		Niet	Soms (afhankelijk van de setting)	Idem psycholoog	Idem psycholoog	Kan geconsulteerd worden
Leverancier						
Orthopedisch technoloog (hbo-opgeleid) in zijn rol als leverancier		Soms (kan geconsulteerd worden)	Meestal	Ja; besluit óf de cliënt al dan niet bij hem aan het goede adres is	Nee	Nee
Revalidatietechnicus in zijn rol als leverancier		Niet	Soms	Nee	Nee	Nee

³⁴ Er zijn vier soorten BIG-registraties voor de psycholoog, namelijk voor de gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog), de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de psychotherapeut; <https://www.psynip.nl/studenten/carriere/soorten-psychologen-en-registraties/>.

	BIG-nummer / geregistreerd	Chirurgisch team	Revalidatieteam	Stap 1	Stap 2	Stap 3a
Fabrikant³⁵		N.v.t.	N.v.t.	Nee	Nee	Nee
Financier						
Zorgverzekeraar		N.v.t.	N.v.t.	Nee	Geeft desgewenst informatie over vergoedingsmogelijkheden	Nee

³⁵ Van deelproducten of gehele producten.

Deel 2, tabel 6.1

Stappen procesbeschrijving					
Stap 3b	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7	
3b.1 Opstellen voorlopig programma van eisen (PvE) 3b.2 Doorlopen probeerfase 3b.3 Verder specificeren / bijstellen PvE 3b.4 Regelen aanvraag	4.1 Vervaardigen 'definitieve' prothese 4.2 Passen 'definitieve' prothese 4.3 Benodigde aanpassingen doorvoeren of terug naar stap 3b	5.1 Leveren en instrueren 5.2 Bepalen of er dusdanige wijzigingen zijn dat moet worden teruggedaan naar stap 4 of naar eerdere stap	6.1 Trainen (waar nodig) en gebruiken 6.2 Vaststellen of er een probleem is waarvoor moet worden teruggedaan naar een eerdere stap	7.1 Evalueren 7.2 Vaststellen of er problemen zijn en bepalen (afhankelijk van aard en ernst) naar welke stap moet worden teruggedaan	
Cliënt	Is betrokken bij het doorlopen van de probeerfase en bij het verder specificeren / bijstellen van het PvE	Betrokken bij de uiteindelijke keuze voor ontwerp en selectie. Past, toetst en probeert uit en geeft feedback voor evt. aanpassing; gaat akkoord met uiteindelijke uitvoering	Ontvangt de voorziening, inclusief instructie over gebruik en onderhoud van de prothese en over controle van de huid ³⁶ ; volgt training volgens opbouwschema; monitort situatie tijdens gebruik en signaleert en rapporteert afwijkingen	Volgt training; observeert eigen omgang met prothese en meldt ervaringen bij fysiotherapeut / ergotherapeut / orthopedisch technoloog / revalidatiearts	Geeft ervaringen aan, vooral leerpunten
Arts / PA-prothesiologie					
Revalidatiearts (RA)	Opstellen van PvE (3b.1 en 3b.3) in samenspraak met cliënt en behandelteam	Leverd PvE aan t.b.v. ontwerp en selectie; beoordeelt mede resultaat van (proef)passingen en uitprobeerfase	Bepaalt met behandelteam de training en het opbouwschema (5.1); controleert waar nodig voortgang en monitort op bevindingen (5.2)	Beoordeelt met cliënt het gebruik, eventuele belemmeringen en beoordeelt of extra zorg nodig is	Evalueert samen met revalidatieteam en cliënt het proces en het gebruik van de prothese (doeltreffendheid en doelmatigheid)

³⁶ Het gaat over controle van de stomp op roodheid, blaavorming, eelt en wondjes ter preventie van ulcera en drukplekken. Als er sprake is van huidproblemen aan de stomp kan zo nodig een podotherapeut worden ingeschakeld.

	Stap 3b	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7
Chirurg	Nee	Nee	Nee	Nee	Kan geconsulteerd worden
Specialist ouderengeneeskunde	Adviserende rol ³⁷	Nee	Nee	Zo nodig nieuwe verwijzing naar revalidatiearts	Kan geconsulteerd worden
Huisarts	Nee	Nee	Nee	Zo nodig nieuwe verwijzing naar revalidatiearts ³⁸	Kan geconsulteerd worden
Andere medisch specialist	Nee	Nee	Nee	Nee	Kan geconsulteerd worden
PA- prothesiologie	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts	Idem als bij revalidatiearts
Overige zorgverleners					
Ergotherapeut / fysiotherapeut ³⁹	Betrokken bij opstellen PvE (3b.1 en 3b.3) en bij probeerfase (3b.2)	Levert waar nodig input t.b.v. keuze voor ontwerp en selectie; geeft feedback aan de hand van (proef)passingen en probeerfase	Geeft informatie - in aanvulling op de orthopedisch technoloog - aan cliënt hoe hij de draagtijd van de prothese stapsgewijs kan opbouwen; bepaalt – samen met de orthopedisch technoloog - hoeveel training de cliënt nodig heeft om het (opnieuw) leren handelen met de prothese nog beter te integreren in zijn dagelijks leven	Draagt zorg voor training conform opbouwschema; controleert en monitort de voortgang en signaleert en rapporteert waar nodig over afwijkingen aan revalidatiearts of orthopedisch technoloog	Evalueert als lid van het revalidatieteam - samen met cliënt - het proces en het gebruik van de prothese (doeltreffendheid en doelmatigheid)

³⁷ De specialist ouderengeneeskunde kan in bepaalde situaties, bij verpleeghuizen met een revalidatieafdeling, de rol van de revalidatiearts overnemen, maar de keuze van een prothese valt onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Om die reden wordt hier volstaan met een adviserende rol.

³⁸ Als het revalidatietraject is afgerond, maar de cliënt bij gebruik van de prothese problemen ondervindt, kan hij daarvoor opnieuw door de huisarts naar de revalidatiearts worden verwezen.

³⁹ Als er alleen sprake is van vervanging van de prothese dan wordt de ergo-/fysiotherapeut niet altijd ingeschakeld.

	Stap 3b	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7
Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Wondverpleegkundige	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Orthopedisch technoloog (hbo-opgeleid) in zijn rol als zorgverlener	Maakt ontwerp en selecteert aan de hand van PvE; informeert cliënt over mogelijkheden van de keuze en de alternatieven; informeert over aanvraagproces en leveringsprocedure; draagt gegevens aan t.b.v. aanvraag- en leveringsproces	Draagt zorg voor het laten vervaardigen van de prothese en tussentijdse passingen	Levert het eindproduct af; geeft instructies over gebruik en onderhoud; controleert – in samenspraak met ergotherapeut (bij armprothesen) – de voorziening op functionaliteit conform eerder opgestelde specificaties; voert controles uit op pasvorm, functionaliteit, juist gebruik en afwijkingen; geeft – waar nodig in samenwerking met ergo-/fysiotherapeut – de cliënt informatie hoe hij de draagtijd van de prothese stapsgewijs kan opbouwen; bepaalt – in samenspraak met ergo-/fysiotherapeut hoeveel training de cliënt nodig heeft om het (opnieuw) leren handelen met de prothese nog beter te integreren in zijn dagelijks leven	Voert in de loop van de tijd nodige aanpassingen en vervangingen uit en verwijst zo nodig naar revalidatiearts	Evalueert samen met team en cliënt het proces en het gebruik van de prothese (doeltreffendheid en doelmatigheid)

	Stap 3b	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7
Revalidatietechnicus in zijn rol als zorgverlener	Idem orthopedisch technoloog maar dan vooral gericht op aanvullende hulpmiddelen	Idem orthopedisch technoloog maar dan vooral gericht op aanvullende hulpmiddelen	Idem orthopedisch technoloog maar dan vooral gericht op aanvullende hulpmiddelen	Idem orthopedisch technoloog maar dan vooral gericht op aanvullende hulpmiddelen en waar nodig op aanpassingen aan de prothese	Idem orthopedisch technoloog maar dan vooral gericht op aanvullende hulpmiddelen
Sociale hulpverlener					
Psycholoog	Nee	Nee	Nee	Soms (bij sociaal-emotionele problematiek)	Soms
Maatschappelijk werkende	Nee	Nee	Nee	Soms (bij sociaal-emotionele problematiek)	Soms
Orthopedagoog	Nee	Nee	Nee	Soms (bij sociaal-emotionele problematiek)	Soms
Leverancier					
Orthopedisch technoloog (hbo-opgeleid) in zijn rol als leverancier	Levert gegevens aan t.b.v. vervaardigingsproces; draagt zorg voor aanvraagproces en dossiervorming conform eisen	Vervaardigt of laat de prothese vervaardigen op basis van specificaties; draagt zorg voor administratieve en financiële afhandeling	Nee	Zorgt voor vervanging van defecte componenten	Nee
Revalidatietechnicus in zijn rol als leverancier	Levert gegevens aan t.b.v. vervaardigingsproces van eventuele aanvullende hulpmiddelen	Kan een bijdrage leveren aan het vervaardigen van aanvullende hulpmiddelen en eventuele veranderingen aan de prothese	Nee	Idem orthopedisch technoloog	Nee

	Stap 3b	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7
Fabrikant	Nee	Levert specificaties aan van componenten ten behoeve van selectieproces; kan produceren op basis van specificaties van orthopedisch technoloog in rol als leverancier	Levert componenten of (deel) fabricaten van het eindproduct op basis van specificatie van orthopedisch technoloog in de rol als leverancier; levert instructiemateriaal aan t.b.v. technische op- en inbouw en instructiemateriaal over juist gebruik door cliënt	Levert zo nodig nieuwe componenten	Nee
Financier					
Zorgverzekeraar	Beoordeelt waar nodig aanvraag en geeft machtiging af, vraagt evt. aanvullende informatie of wijst aanvraag inhoudelijk gemotiveerd af	Beoordeelt waar nodig aanvraag en geeft machtiging af, vraagt evt. aanvullende informatie of wijst aanvraag inhoudelijk gemotiveerd af	Vergoedt op basis van eerder afgegeven machtiging of andere contractuele afspraken of, in geval van restitutie, conform reglement hulpmiddelen	Nee	Nee

7 Procesbeschrijving prothesezorg (RiFA-stappen)

Hoewel hulpmiddelzorg sec pas start als de oplossingsrichting is gekozen (stap 3a), worden alle zeven stappen in dit document besproken. Voor het hele proces geldt: waar nodig kan worden teruggegaan naar een eerdere stap.

<p>Stap 1 Probleem signaleren</p>	<p>NB <i>Bij arm- en beenprothesen komt deze stap alleen voor als de cliënt bij wie een (deel van de) arm of een (deel van het) been ontbreekt – om wat voor reden dan ook – op dat moment geen behandelrelatie heeft met een zorgverlener. Hierbij kan gedacht worden aan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cliënten die nog geen prothese hebben, maar die nu een probleem hebben gerelateerd aan het ontbreken van een (deel van de) arm of een (deel van het) been bijvoorbeeld i.v.m. overbelasting of bij een andere gebruiksvraag (bijv. leren autorijden of volgen van een opleiding).</i> • <i>Cliënten die al wel een prothese hebben, maar geen behandelrelatie met een zorgverlener. Het kan bijvoorbeeld gaan om cliënten die niet meer bij een orthopedisch technoloog komen voor nacontrole, die niet meer weten wie hun orthopedisch technoloog was, intussen ergens anders wonen of van wie de betreffende orthopedisch technoloog niet meer werkzaam is.</i> <p><i>Tot deze groep behoren ook vluchtelingen al dan niet met een prothese.</i></p> <p><i>In andere situaties – zoals bij trauma of bij amputatie op basis van bijv. diabetes – is de cliënt al bij een zorgverlener onder behandeling en is stap 1 niet aan de orde. In dat geval wordt meteen gestart met stap 2 en beoordeelt de betreffende zorgverlener - tot wie de cliënt zich dan wendt - of hij zelf de deskundigheid heeft of dat hij de cliënt moet doorverwijzen / doorsturen naar een (andere) zorgverlener dan wel naar een revalidatieteam (dat werkt met het PPP-arm-/PPP-beenprotocol).</i></p> <p>In deze stap onderkent de cliënt dat hij een probleem heeft en neemt hij de beslissing om al dan niet contact op te nemen met een zorgverlener. Het contact kan onder meer gaan over vraagverheldering, medisch beeld en prognose, revalidatieproces en -mogelijkheden, toekomstbeeld werk, school / opleiding, inkomen, (sociaal) functioneren, voorzieningen.</p> <p>De cliënt kan bij het nemen van deze beslissing gebruikmaken van websites en folders van revalidatiecentra, zorgverzekeraars, individuele zorgverleners en fabrikanten. Als hij besluit contact op te nemen met een zorgverlener, kan hij kiezen tussen een huisarts (de meest voor de hand liggende / gebruikelijke keuze), een 1^e lijns fysiotherapeut of een 1^e lijns ergotherapeut (zijn alle direct toegankelijk). Ook kan contact opgenomen worden met een orthopedisch technoloog om te bepalen wat de hulpvraag is.</p> <p>In overleg met de zorgverlener wordt het probleem nader omschreven en wordt het de cliënt helder wat de route is die hij kan volgen. Daarbij is het mogelijk dat de zorgverlener in overleg met de cliënt, de cliënt gelijk doorstuurt naar een (andere) zorgverlener (bijv. een revalidatiearts), dan wel eerst zelf stap 2 uitvoert (op basis waarvan hij kan besluiten de cliënt alsnog door te sturen). De orthopedisch</p>
--	---

technoloog kan de cliënt doorsturen naar de huisarts met het verzoek om de cliënt door te verwijzen naar de revalidatiearts.

Resultaat van stap 1 voor de cliënt

Aan het eind van stap 1 weet de cliënt wat zijn hulpvraag is en wat de route is die hij kan volgen. Hij weet of hij al dan niet wordt doorverwezen en heeft besloten om daarin al dan niet mee te gaan. Als de cliënt besluit om niet verder te gaan met deze zorgverlener en/of niet verwezen wil worden naar een bepaalde zorgverlener, dan zoekt hij een andere zorgverlener of hij stopt het proces zoals beschreven in deze module (***uitstappunt***).

Stap 2 Zorgvraag formuleren

In stap 2 doorloopt de zorgverlener / het revalidatieteam in nauw overleg met de cliënt het diagnostisch proces (anamnese, [lichamelijk] onderzoek, dossieronderzoek) (samen beslissen). Het gaat erom de gezondheidstoestand van de cliënt en de prognose te bepalen. De gezondheidstoestand bestaat uit een beschrijving van (problemen in) het functioneren⁴⁰ van de cliënt en de daarop van invloed zijnde medische, externe en persoonlijke factoren. De medische factoren worden uitgedrukt in de **medische diagnose**; de problemen in het functioneren en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn in de **functionaliteitsdiagnose**. Bij deze stap wordt het de cliënt helder wat zijn **zorgvraag** is, weet hij zijn medische en zijn functionaliteitsdiagnose⁴¹ en kent hij de prognose. De cliënt weet bij welke cliëntenorganisaties hij desgewenst terecht kan voor informatie en ondersteuning. Desgewenst kan hij ook in contact worden gebracht met een ervaringsdeskundige om zo te horen wat het proces inhoudt en wat dat voor invloed heeft. Belangrijk is ook, dat tijdens deze stap de cliënt en de zorgverlener zicht krijgen op de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen en de zorgvraag in het bijzonder.

Als cliënten nog geen amputatie hebben ondergaan, bepaalt het chirurgisch team⁴², op basis van de medische diagnose, de functionaliteitsdiagnose, de prognose en de wensen en verwachtingen van de cliënt, of en zo ja, welke operatie zal worden uitgevoerd. Als er (nog) geen sprake is van een team, dan vindt tenminste overleg plaats tussen chirurg en revalidatiearts. De wijze waarop deze beslissing wordt genomen valt buiten het bestek van deze module. Dit proces staat voor de onderste extremiteit beschreven in de Richtlijn 'Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit'⁴³; voor de bovenste extremiteit is er – vanwege onvoldoende beschikbare evidence - geen inhoudelijke richtlijn (wel, net als voor de onderste extremiteit, een **behandelkader**) (resp. VRA 2016 en VRA, 2019).

Na de amputatie doorloopt de cliënt (de rest van) stap 2 alsnog.

Als het proces start met stap 2, dan bepaalt de zorgverlener tot wie de cliënt zich wendt of hij zelf het diagnostisch proces start of de cliënt adviseert om naar een andere zorgverlener te gaan. Dit doet hij op basis van de vraag dan wel de klacht / het probleem van de cliënt. De andere zorgverlener kan iemand zijn binnen de eigen afdeling / revalidatieteam dan wel daarbuiten.

Mensen met een vervangingsvraag stromen (via stap 7 evalueren) in bij stap 2, waar ze in eerste instantie terechtkomen bij de orthopedisch technoloog. De orthopedisch technoloog beoordeelt of de prothese inderdaad vervangen moet worden (bijv. pasvorm voldoet niet meer, componenten zijn kapot/versleten, reparatie levert geen passende prothese) en of het huidige protheseontwerp nog voldoet aan de gebruikersbehoefte. Voldoet het protheseontwerp aan de gebruikersbehoefte en spelen er geen andere gezondheidsproblemen dan vervangt de orthopedisch technoloog de prothese, waar nodig in afstemming met de zorgverzekeraar.⁴⁴ Als er ook sprake blijkt te zijn van andere gezondheidsproblemen of een andere

⁴⁰ Het functioneren wordt beschreven in ICF-termen, evenals de externe en persoonlijke factoren. ICF is de afkorting van International Classification of Functioning, Disability and Health (zie Bijlage 7).

⁴¹ Voor zover relevant in het kader van prothesezorg.

⁴² Zie voor samenstelling Bijlage 2.

⁴³ VRA, 2012; de richtlijn is momenteel in revisie.

⁴⁴ Daarna wordt verder gegaan met stap 4.

gebruikersbehoefte, dan worden ook andere zorgverleners bij de zorg betrokken. Daarbij inventariseren de zorgverleners niet alleen hoe het gebruik van de prothese verloopt, maar ook hoe het verder met de cliënt gaat. Desgewenst wordt stap 2 geheel weer doorlopen. Bijvoorbeeld als de medische situatie of het functioneren (bijv. het valrisico) is veranderd – of gedeeltelijk – bijvoorbeeld als er sprake is van een nieuwe situatie of andere zorgvraag (bijv. cliënt wil leren autorijden). Belangrijke onderdelen van stap 2 zijn hieronder uitgewerkt.

2.1 Bepalen medische diagnose

De arts of de PA-prothesiologie bepaalt de medische diagnose. Waar nodig maakt hij daarbij gebruik van gegevens aangeleverd door andere professionals.

In de medische diagnose staat de ziekte / aandoening van de cliënt en/of de medische verrichting die heeft plaatsgevonden of gaat plaatsvinden centraal. Zo kan de medische diagnose bij mensen die al een amputatie hebben ondergaan zijn ‘amputatie aan linker-/rechterzijde op niveau X op basis van bijv. een trauma of botkanker of als gevolg van diabetes / vaatlijden’. Het kan ook gaan om mensen met een reductiedefect. Bij mensen, die nog niet zijn geopereerd, kan de medische diagnose zijn dat ze eventueel in aanmerking komen voor een amputatie op basis van bijvoorbeeld diabetes / vaatlijden of een infectieziekte.

Voor het vastleggen van de ziekte / aandoening zijn classificaties beschikbaar als de ICD-10, de DSM-5 en de ICPC-2-nl⁴⁵. Met deze classificaties wordt ook eventuele nevenpathologie – denk aan artrose, hart- en longaandoeningen, obesitas, reumatische aandoeningen en neurologische aandoeningen - vastgelegd en de mate van wondgenezing.

Voor het beschrijven van de operaties wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van de Verrichtingenthesaurus van de stichting DHD (Dutch Hospital Data)⁴⁶.

Vanuit functiegerichte⁴⁷ aanspraak staat het functioneren van de cliënt centraal (zie ook functionaliteitsdiagnose). De medische diagnose en eventuele nevenpathologie zijn van belang voor zover de aard, de ernst en het beloop van de ziekte(n) / aandoening(en) van invloed zijn op het functioneren en grenzen stellen aan het functioneren (zie prognose).

Zo nodig wordt in overleg met de cliënt bepaald welk aanvullend onderzoek nodig is om de diagnose te kunnen vaststellen.

2.2 Bepalen functionaliteitsdiagnose

De revalidatiearts⁴⁸ en de ergotherapeut / fysiotherapeut stellen in onderling overleg de functionaliteitsdiagnose vast. Daarbij wordt rekening gehouden met de informatie die eventueel is aangeleverd door een sociaal hulpverlener. Dat betekent dat hij het niveau van functioneren met en zonder hulpmiddel(en) inventariseert en omschrijft, waarbij gebruik kan worden gemaakt van tests / metingen.

De functionaliteitsdiagnose wordt vertaald in termen van ICF.

⁴⁵ Zie Bijlage 7.

⁴⁶ Zie Bijlage 6.

⁴⁷ Functioneringsgerichte aanspraak zou een betere term zijn, maar de term functiegerichte aanspraak wordt in beleidsstukken gebruikt en daarom ook in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (zie voor een omschrijving Bijlage 8).

⁴⁸ Overal waar in dit hoofdstuk revalidatiearts staat kan ook PA-prothesiologie worden gelezen voor zover die bevoegd en bekwaam is; dat betekent dat niet overal de PA-prothesiologie apart wordt benoemd.

Het functioneren omvat bij mensen met een

- *Amputatie of reductiedefect van de onderste extremiteit:*
 - (stoornissen in) functies: beweeglijkheid gewrichten, spierkracht, sensibiliteit, (fantoom)pijn, mentale functies (zoals bewegingsangst, zorgvuldigheid en inzicht in eigen mogelijkheden);
 - (stoornissen in) anatomische eigenschappen: hier kunnen ook de eigenschappen van de stomp beschreven worden; doorbloeding, kwetsbaarheid huid;
 - (beperkingen in) activiteiten: bijv. loopvaardigheid en handvaardigheid voor zover die van invloed zijn op het omgaan met de prothese, en vermogen om te leren en/of problemen op te lossen;
 - participatie(problemen): zoals werk, school, sport, gezinsleven.
- *Amputatie of reductiedefect van de bovenste extremiteit:*
 - (stoornissen in) functies: beweeglijkheid gewrichten, spierkracht, sensibiliteit, (fantoom)pijn, mentale functies (zoals bewegingsangst, zorgvuldigheid en inzicht in eigen mogelijkheden);
 - (stoornissen in) anatomische eigenschappen: hier kunnen ook de eigenschappen van de stomp beschreven worden; doorbloeding, kwetsbaarheid huid);
 - (beperkingen in) activiteiten (bijv. reiken, grijpen en handvaardigheid van de andere arm, voor zover die van invloed is op het gebruik van de prothese, en vermogen om te leren en/of problemen op te lossen);
 - participatie(problemen): zoals werk, school, sport, gezinsleven.

Daarnaast wordt de ICF bij beide groepen gebruikt voor het beschrijven van externe factoren (denk aan thuis-, werk-, sportsituatie, aanwezige hulp/ondersteuning). Daarnaast is het belangrijk om de relevante persoonlijke factoren in kaart te brengen omdat zij van invloed kunnen zijn op de keuze van het hulpmiddel. Denk aan demografische factoren (incl. levensfase), leefstijl, frustratietolerantie, doorzettingsvermogen, laaggeletterdheid / opleidingsniveau, leerstijl, copingstijl, self-efficacy, kwaliteit van leven en bereidheid om het hulpmiddel te gebruiken.

Het belang van het zelf kunnen uitvoeren van een activiteit hangt af van de situatie van de cliënt, de context waarin iemand moet handelen. Daarbij gaat het zowel om de gezinssituatie (bij een cliënt die met een partner of in gezinsverband leeft kunnen activiteiten zo nodig [en desgewenst] worden overgenomen door een ander) als om bijvoorbeeld de werksituatie (sommige activiteiten kunnen van cruciaal belang zijn in het kader van een baan). Binnen de gezinssituatie kan het relevant zijn om niet alleen de cliënt zelf te bevragen (welke activiteiten en externe factoren zijn voor hem relevant) maar ook de (mantel)zorger c.q. andere gezinsleden (vallen ook onder 'cliënt', zie voetnoot 2).

Bij het vaststellen van het functioneren wordt gebruik gemaakt van diagnostiek: anamnese, lichamelijk onderzoek, toepassen van meetinstrumenten. Per beroepsgroep zijn er verschillende meetinstrumenten in gebruik.

2.3 Inventariseren wensen en verwachtingen van de cliënt

Het inventariseren van wensen en verwachtingen van de cliënt gebeurt vaak in het kader van een multidisciplinair overleg (MDO) – waarbij de cliënt aanwezig is - maar gebeurt ook één-op-één met de cliënt door de revalidatiearts of de ergotherapeut /

fysiotherapeut. Waar relevant maakt het revalidatieteam daarbij gebruik van gegevens aangeleverd door andere zorgverleners, zoals de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH).

Het is van belang om als team of zorgverlener inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen (los van de prothese); denk aan mobiliteit, werk, sport, gezinsleven. Het gaat er daarbij om te weten te komen wat de cliënt wil, nu en in de (nabije) toekomst, en wat voor hem van belang is. Ook hierbij kan het relevant zijn om de (mantel)zorger / andere gezinsleden te bevragen. De wensen en verwachtingen ten aanzien van de prothese komen bij stap 3 aan bod.

2.4 Bepalen prognose

Bij het selecteren / samenstellen van een arm- of beenprothese is het belangrijk zicht te hebben op de prognose. Dat geldt zowel voor de te verwachten prognose van de eventueel achterliggende ziekte / aandoening (bijv. diabetes / vaatlijden / oncologische processen), de mate waarin de stomp geschikt is/wordt voor de prothese en de te verwachten ontwikkelingen rond het functioneren van de betrokkene. Hierbij wordt ook rekening gehouden met eventueel geplande andere zorg, zoals een oncologische behandeling, en bij kinderen met de te verwachten groei / ontwikkeling. De revalidatiearts bepaalt de 'medische' kant van de prognose; de revalidatiearts, de orthopedisch technoloog en/of de ergo-/fysiotherapeut bepaalt de 'functionele' kant. Bij het bepalen van de prognose wordt waar nodig gebruik gemaakt van gegevens aangeleverd door andere zorgverleners, bijv. informatie van de oncoloog of de (vaat)chirurg over de geplande zorg, informatie over het te verwachten wondherstel via de wondverpleegkundige en informatie over de trainbaarheid van de cliënt o.a. via de psycholoog of orthopedagoog.

2.5 Bepalen zorgvraag

Diezelfde zorgverleners genoemd bij 2.4 dan wel het revalidatieteam bepalen – samen met de cliënt - op basis van de eventueel door de indicatiesteller vermelde mate van complexiteit van de zorgvraag én de functionaliteitsdiagnose de zorgvraag. Daarbij wordt ook gekeken naar factoren als ziekte-inzicht en eigen regie / zelfmanagementvaardigheden.

Resultaat van stap 2 voor de cliënt

Aan het eind van stap 2 weet de cliënt wat de medische diagnose, de functionaliteitsdiagnose en de prognose zijn, heeft hij zicht op zijn wensen en verwachtingen en is hij akkoord met hoe zijn zorgvraag is geformuleerd. Ook weet de cliënt dan of hij verder gaat (wil gaan) met deze zorgverlener / dit revalidatieteam (en wie daar deel van uitmaakt) of dat hij verwezen wordt – inclusief de achterliggende redenen - of wil worden naar een andere zorgverlener of ander revalidatieteam. Als hij niet door gaat, wil gaan, met deze zorgverlener / dit revalidatieteam, niet verwezen wil worden naar een andere zorgverlener / ander revalidatieteam en ook niet zelf op zoek gaat naar een andere zorgverlener / ander revalidatieteam dan stopt het proces (**uitstappunt**).

Stap 3a Zorgplan maken: oplossingsrichting bepalen

Het gaat hier om het samen met de cliënt beoordelen of een prothese al dan niet voor de betreffende cliënt de meest aangewezen behandeling is (dan wel dat de cliënt bijvoorbeeld beter af is met een ander hulpmiddel (bijv. een rolstoel of een vervoersvoorziening) dan wel – in een enkel geval - beter (opnieuw) geopereerd kan worden). Het kan ook zijn dat de cliënt een prothese krijgt in combinatie met een aanvullend hulpmiddel (zoals een rolstoel of een vervoersvoorziening bij beenprothesen of een individuele adaptatie voor specifieke activiteiten, zoals eten, bij armprothesen); dit kan ook consequenties hebben voor de samenstelling van de prothese.

Hiervoor is het nodig dat de cliënt goed geïnformeerd wordt over de mogelijkheden die er zijn; dat betekent dat de cliënt voorlichtingsmateriaal krijgt en zo nodig contact heeft met lotgenoten.

Het revalidatieteam⁴⁹ zoekt met de cliënt naar de meest optimale oplossing. De functioneringsproblemen, de prognose, het gewenste activiteitenpatroon en diens gebruiksomstandigheden (betreft gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van een prothese) zijn hierin bepalend.

Daarbij wordt ook de ernst van het probleem aangegeven. De behandel doelstellingen zijn in termen van de ICF geformuleerd (met toevoeging van termen als voorkomen / verbeteren / consolideren / verminderen achteruitgang). Het gebruik van ICF-termen biedt als voordeel dat de behandel doelen eenduidig zijn geformuleerd en het indicatieproces versneld verloopt.

3a.1 Formuleren globale⁵⁰ behandel doel(en) / beoogd functioneren

De cliënt en de revalidatiearts (plus eventuele andere leden van het revalidatieteam) stellen in overleg de globale behandel doelen (beoogd functioneren). Daarmee wordt helder wat de cliënt wil, kan en mag (vanuit het zorginhoudelijk perspectief van de zorgverlener[s]) (los van het gebruik van een hulpmiddel). De globale doelstellingen worden in termen van ICF geformuleerd. Zo kan de globale doelstelling zijn dat de cliënt thuis kan functioneren of dat hij weer naar school of aan het werk kan gaan.

3a.2 Formuleren specifieke doelstellingen / beoogd gebruik van prothese (Human Related Intended Use [HRIU])

De eerder geformuleerde globale doelstellingen worden – in nauw overleg met de cliënt (samen beslissen) - door de revalidatiearts, de ergotherapeut/fysiotherapeut en orthopedisch technoloog uitgewerkt (rekening houdend met de informatie die eventueel is aangeleverd door een sociaal hulpverlener) tot specifieke doelstellingen die met het gebruik van de prothese en eventuele aanvullende hulpmiddelen worden beoogd. Het gaat om dat wat de prothese - al dan niet in combinatie met één of meer 'aanvullende' hulpmiddelen en beredeneerd vanuit beoogd functioneren - mogelijk moet maken c.q. wat het moet doen in de ogen van de gebruiker, dat de prothese het verloren gegane ledemaat vervangt, dat ulcera van de stomp en aan de contralaterale voet (bij DM) worden voorkomen en dat de prothese de cliënt helpt bij het uitvoeren van activiteiten (lopen, grijpen, vasthouden).

⁴⁹ Zie voor samenstelling Hoofdstuk 5; de samenstelling kan bij armprothesen anders zijn dan bij beenprothesen.

⁵⁰ Hoewel in de RiFA-richtlijn globale tussen haakjes staat, zijn de haakjes hier weggelaten.

De HRIU van iemand met een amputatie of een reductiedefect van de onderste extremiteit wordt mede beïnvloed door het te verwachten mobiliteitsniveau (K-levels)⁵¹.

De HRIU van iemand met een amputatie of een reductiedefect van de bovenste extremiteit wordt voor een belangrijk deel bepaald door kenmerken en eisen die zijn verbonden aan activiteiten die een cliënt wil uitvoeren.

Alle doelstellingen worden Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden (SMART) vastgelegd.

Deze stap levert belangrijke informatie voor de evaluatie van het gebruik van de prothese (stap 7).

3a.3 Vertaling doelstelling naar oplossingsrichting

Cliënt, revalidatiearts, ergotherapeut/fysiotherapeut en orthopedisch technoloog overleggen of een prothese als (onderdeel van de) oplossing wenselijk is; daarbij maakt men bij voorkeur gebruik van specifiek voorlichtingsmateriaal.⁵² Ook wordt bepaald of en zo ja, welke training (bijv. van musculatuur) of zorg (denk aan oedeembehandeling met een [afneembaar] rigide stompverband of een elastisch stompverband⁵³, wondbehandeling en bestrijden van fantoompijn)⁵⁴ nodig is voordat een prothese kan worden aangemeten.

Als er nog een (her)operatie nodig is, overlegt de revalidatiearts met de chirurg over de specificaties van de stomprevisie om de stomp te optimaliseren voor het gebruik van een prothese.

Het kan zijn dat de zorg of de training van dien aard zijn dat het aanmeten van een prothese voor dat moment niet mogelijk is en tijdelijk wordt gestopt met het verstrekkingsproces.

3a.4 Bepalen van soort prothese⁵⁵ en kiezen van aanvullend(e) hulpmiddel(en)

Bepalen welk **soort prothese** het beste (vanuit stepped care) aansluit bij het beoogd functioneren (HRIU) en de cliënt informeren over voor- en nadelen van deze soort prothese.⁵⁶

Contra-indicaties en consequenties voor de keuze van het soort prothese worden vastgesteld en waar nodig worden aanvullende hulpmiddelen gekozen.⁵⁷

Resultaat van stap 3a voor de cliënt

Aan het einde van stap 3a weet de cliënt of een prothese voor hem de meest aangewezen behandeling is, dan wel dat hij beter [opnieuw] geopereerd kan worden

⁵¹ Voor de wijze waarop de K-levels worden voorspeld en gemeten wordt gebruik gemaakt van de instrumenten beschreven in de 'Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit' (in revisie); het verdient aanbeveling om te kijken wat de beste methode is om K-levels te voorspellen.

⁵² Hoewel er bij de diverse revalidatiecentra en – afdelingen voorlichtingsmateriaal beschikbaar is, is voor cliënten niet helder waar ze precies informatie kunnen vinden; dat geldt vooral voor de onderste extremiteit / beenprothese. Voor de bovenste extremiteit / armprothese kan verwezen worden naar het PPP-arm.

⁵³ Zoals zwachtels, kousen en liners (het gaat hier om liners die een compressietherapiefunctie hebben en geen onderdeel zijn van de prothese). Over de financiering van deze liners bestaat onduidelijkheid.

⁵⁴ Zie de 'Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit' (in revisie).

⁵⁵ Soort prothese: botverankerde of kokerprothese; dit kan van invloed zijn op de keuze c.q. de complexiteit van de prothese die daarna volgt.

⁵⁶ Als blijkt dat het beoogde functioneren niet met behulp van één prothese is te realiseren, kan een extra prothese noodzakelijk zijn (denk aan een waterbestendige prothese of een sportprothese [zie ook de beschrijving in stap 3b.4, Hoofdstuk 7, en de aanbeveling in Hoofdstuk 8]).

⁵⁷ De keuze voor aanvullende hulpmiddelen kan ook later in het proces plaatsvinden.

of beter af is met een ander hulpmiddel (bijv. een rolstoel of een vervoersvoorziening). Als een prothese de aangewezen behandeling is weet de cliënt wat het te verwachten mobiliteitsniveau (K-level) is.

Als besloten wordt dat een prothese niet de geëigende behandeling is voor de cliënt, stopt hier het proces (**uitstappunt**).

**Stap 3b Zorgplan maken:
programma van eisen opstellen**

Stap 3b bestaat uit drie fasen:

3b.1 Opstellen van een voorlopig programma van eisen (PvE)

In het voorlopig PvE wordt omschreven aan welke eisen de prothese moet voldoen volgens de cliënt en de zorgverlener om (onderdeel van) de oplossing te zijn.

Van human related intended use naar product related intended use

Vertalen van cliëntkenmerken die samenhangen met de functionaliteitsdiagnose, de globale behandeldoelen en het beoogd functioneren (human related intended use / HRIU) naar benodigde producteigenschappen (product related intended use / PRIU) in samenspraak met de cliënt (samen beslissen).

Deze belangrijke stap – die plaatsvindt door de revalidatiearts samen met de orthopedisch technoloog en de ergotherapeut / fysiotherapeut - betreft het specificeren van de eigenschappen waaraan de prothese moet voldoen om de in de indicatie vermelde functioneringsproblemen op te heffen of zoveel mogelijk te verminderen dan wel de resterende functies, activiteiten en participatiemogelijkheden te ondersteunen en het beoogd functioneren te realiseren.

De oorspronkelijke indicatiestelling moet daartoe kunnen worden aangevuld en ‘vertaald’ naar een PvE. Na het verzamelen van de functionele en therapeutische eisen worden de overige eisen en wensen van de cliënt betrokken bij het PvE.

3b.2 Doorlopen van probeerfase

Het revalidatieteam stelt in overleg met de cliënt een voorlopig behandelplan⁵⁸ op. Op basis van dit behandelplan en het voorlopige PvE wordt – indien nodig - een probeerfase geïnitieerd waarbij voor patiënten met een been-/armamputatie gebruik wordt gemaakt van een oefenprothese⁵⁹ en/of een proefprothese. In het voorlopig behandelplan beschrijft het revalidatieteam ook hoe de cliënt al tijdens het proces richting een ‘definitieve’ prothese (stap 3 en 4) wordt geleerd om te gaan met de prothese. Waar nodig wordt daarbij door de fysiotherapeut ook aandacht besteed aan het realiseren van voldoende spierkracht en coördinatie om de prothese te bedienen.

Een **oefenprothese** is geïndiceerd indien er enige twijfel bestaat of een prothese een (onderdeel van) de oplossing is voor de in de functionaliteitsdiagnose opgenomen problemen. De cliënt kan alleen binnen de therapeutische setting met de prothese oefenen. Hij kan onder meer ervaren wat het is om belasting te hebben op het aangedane been (verticaliseren) en er kan in beperkte mate uithoudingsvermogen mee getraind worden. De looptechniek met een oefenprothese wijkt substantieel af van de looptechniek met een proef- / definitieve prothese door de beperkingen in de fitting en door de vaak aanwezige immobilisatie van aanpalende gewrichten.

De oefenprothese heeft als kenmerk dat hij universeel is in opbouw en dat hij goed aanpasbaar is aan de verschillende behoeften van cliënten met verschillende vormen

⁵⁸ Hoewel training in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg behoort bij stap 6 (op basis van het in stap 5 gemaakte trainingsplan), geldt voor beenprothesen dat het maakproces een langere periode betreft en dat de cliënt tijdens die hele periode door al traint. Zo kan hij het lopen al trainen met de proefprothese. Om die reden wordt al hier een voorlopig behandelplan gemaakt, waarin beschreven staat welke stappen worden doorlopen en welke training daarbij hoort.

⁵⁹ De oefenprothese is geen verstrekking gezien vanuit hulpmiddelenzorg. Het is een investering vanuit de revalidatiesetting en wordt gebruikt om te bepalen of een prothese voor een cliënt een goede oplossing is.

van amputatie. Hiervoor geldt dat therapeutische behoeften zwaarder wegen dan een goede/juiste pasvorm en andere behoeften vanuit het PvE. Desondanks dient bij de keuze voor een oefenprothese er rekening mee gehouden te worden dat de specificaties van de prothese aansluiten bij het voorlopige PvE.

Het bovenstaande is ook van toepassing bij amputatie van de bovenste extremititeit. Daarvoor geldt dan dat de oefenprothese (en/of een **oefenopstelling**) wordt ingezet als therapeutisch hulpmiddel om de cliënt een aantal aspecten te laten ervaren die bij de prothesekeuze belangrijk zijn: a. manier van aansturing (myoelektrisch, lichaamsbekrachtigd of hybride), b. type hand en haak (conventionele hand, multi-articulaire hand, statisch, koker gecombineerd met adaptaties) alsook het gewicht van de prothese. De oefenprothese laat de cliënt ervaren hoe het is om een prothese te dragen (gewicht), welke vaardigheden je nodig hebt (spiersignalen, dosering) en welk effect dit heeft (bijv. op je houdingen en bewegingen, in het handelen). De cliënt kan daardoor een betere en meer realistische inschatting maken hoe het is om met een armprothese te functioneren.

Als blijkt dat een prothese niet haalbaar is, stopt hier het proces (**uitstappunt**).

Voor de **proefprothese** (arm/been) – de voorfase van de ‘definitieve’ prothese – geldt dat deze zowel in een therapeutische setting als in de thuissituatie ingezet kan worden. De proefprothese sluit nauwer aan op de behoeften vanuit het PvE en heeft een individuele pasvorm en geen universele pasvorm. In technische zin zal de proefprothese zo geconstrueerd worden dat de beoogde pasvorm en fitting eventueel goed aanpasbaar zijn. Daarvoor geldt dat de diverse halffabricaten die in omloop zijn (arm/been) worden getest op hun functionele eigenschappen en hun aanstuuringsmogelijkheden waarbij wordt vastgesteld of deze aansluiten bij de eisen in het PvE.

De proefprothese (arm-/beenprothese) is onderdeel van het selectieproces en met name bedoeld om de match te maken tussen het PvE en de producteigenschappen van de verschillende componenten. Bij het selecteren van de componenten voor de proefprothese wordt rekening gehouden met de principes van stepped care.

De proefprothese wordt samengesteld door de Orthopedisch Technoloog die daarbij gebruikmaakt van zijn specifieke kennis over de eigenschappen van componenten en materialen en over ontwerpkenmerken. De keuze wordt besproken / afgestemd met het revalidatieteam en met de cliënt.

Bij het maken van de selectie wordt gebruikgemaakt van daartoe ten dienste staande richtlijnen en protocollen (zoals PPP-been protocol⁶⁰, het AAK-addendum en het PPP-armprotocol) en van fabrikantenspecificaties met betrekking tot materialen, componenten en halffabricaten.

Tijdens deze stap bespreekt het revalidatieteam de eventuele oplossingsmogelijkheden waar nodig met de cliënt. Daarbij komen eventuele voor- en nadelen aan bod, evenals de verwachtingen die de cliënt mag hebben bij de verschillende keuzemogelijkheden. Verder worden eventuele alternatieven besproken.

Ook bespreekt het revalidatieteam met de cliënt de vergoedingsmogelijkheden, de aanvraagprocedure en de financiële consequenties voor de cliënt. Hierbij wordt rekening gehouden met zaken als doelmatige zorgverlening en principes van stepped care.

⁶⁰ PPP is een protocol van de procesbeschrijving waarin alle stappen staan beschreven en de keuzen die daarbij kunnen worden gemaakt.

3b.3 Verder specificeren / bijstellen van het programma van eisen (PvE)

Aan de hand van de maatgegevens, materiaalgegevens, de opgedane ervaringen en het kostenplaatje, maakt het revalidatieteam samen met de cliënt keuzes over samenstelling en uitvoeringsvorm van de prothese. Dat geldt ook voor keuzes rond eventuele - voor een activiteit specifieke - aanvullende hulpmiddelen (bijv. hulpmiddelen voor algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), voor huishoudelijke activiteiten of voor vervoer).

De gemaakte keuzes bepalen het definitieve PvE. De keuzes worden daarmee verder geïndividualiseerd. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met het PvE voor de gekozen prothese en voor eventuele aanvullende hulpmiddelen. Zo niet, dan moet worden teruggegaan naar een eerdere stap.

3b.4 Regelen aanvraag⁶¹

Bij de armprothesen schrijft de ergotherapeut in samenwerking met de revalidatiearts en de orthopedisch technoloog een PPP-verslag. Hierin staat de hulpvraag van de cliënt en het beoogde resultaat. Het verslag beschrijft de patiëntkenmerken en de omstandigheden waarbinnen een cliënt functioneert. Daarnaast bevat het verslag de afweging die het revalidatieteam heeft gemaakt en wordt het behandeladvies (c.q. protheseadvies) gemotiveerd.

Bij beenprothesen wordt het PPP-formulier meestal ingevuld door de revalidatiearts en de orthopedisch technoloog – op basis van het verslag van het multidisciplinair overleg – en waar nodig aanvulling vanuit de andere leden van het revalidatieteam. Afhankelijk van de afspraken tussen gecontracteerde leverancier en zorgverzekeraar, vindt tijdens of aan het eind van stap 3b de aanvraagprocedure plaats. De gecontracteerde leverancier draagt hiervoor zorg, waarbij hij ook verantwoordelijk is voor de dossiervorming rond de aanvraag (die bestaat uit een set van formulieren)⁶². Eveneens afhankelijk van de verschillende afspraken, wordt wel of niet gewacht op machtiging⁶³ voordat tot vervaardiging van een proefprothese en/of 'definitieve' prothese wordt overgegaan.

Vanuit de Zvw bestaat aanspraak op een adequaat, functionerend hulpmiddel passend bij de HRIU van de gebruiker; bij de keuze van de oplossing is maatwerk geboden. De Module Prothesezorg beschrijft het traject om tot die passende keuze te komen. Dit geldt ook voor hulpmiddelen in een bijzondere uitvoering, zoals specifieke sportprothesen en waterbestendige prothesen. Bij de beoordeling van aanvragen laten zorgverzekeraars zich leiden door de wettelijke kaders, zoals de toets op doelmatigheid. Het voldoen aan deze criteria is tot op zeker niveau reeds verankerd in de PPP-protocollen en de stepped care werkwijze. Ondanks dat kan de zorgverzekeraar de doelmatigheid aanvullend toetsen waarbij de keuze van de voorziening - tot stand gekomen op basis van deze module - in die afweging meegenomen zal worden. Indien de informatie onvoldoende, onduidelijk of incompleet is, vraagt de zorgverzekeraar om aanvullende informatie. Indien de

⁶¹ Het moment van aanvraag verschilt per zorgverzekeraar; dat betekent dat de aanvraag soms al vóór de probeerfase moet worden ingediend. En soms dus op basis van de uitkomst van de probeerfase dan weer moet worden aangepast. In sommige gevallen wordt eerst een probeerfase aangevraagd (dat wat je wil uitproberen en wat daar voor nodig is); na de probeerfase wordt dan de 'definitieve' prothese aangevraagd.

⁶² Waaronder het aanvraagformulier hulpmiddelen ingevuld door de revalidatiearts, een offerte van de leverancier met de technische gegevens en een onderbouwing via het PPP-verslag.

⁶³ Bij de implementatiefase zal besproken moeten worden in hoeverre de invoering van deze module niet zou moeten leiden tot een vereenvoudiging van het aanvraagproces (zie de aanbeveling in Hoofdstuk 8).

informatie voldoende aanwezig is, maar er op grond van de toetsing een afwijzing plaatsvindt, dan dient deze afwijzing door de zorgverzekeraar duidelijk en goed gemotiveerd te worden. Partijen kunnen met elkaar overleg hebben over de afwijzing of uiteindelijk bezwaar maken tegen een afwijzing.

Resultaat van stap 3b voor de cliënt

Aan het einde van stap 3b kent de cliënt de exacte specificaties van de prothese en de prothesecomponenten (zoals verwoord in het PvE) en hij weet – waar nodig – welke aanvullende hulpmiddelen er nodig zijn. Hij weet ook hoe hij de prothese aan en uit moet doen en wat het onderhoud van een prothese betekent. De cliënt weet voldoende hoe hij de prothese moet gebruiken tijdens ADL-activiteiten en bij andere voor hem relevante activiteiten, zoals sportieve / hobbyactiviteiten, vervoer en studie-/werkgerelateerde activiteiten om hierop een keuze te baseren, en hij begrijpt hoe de gemaakte keuzen van invloed zijn op het uitvoeren van de activiteiten. Daarbij is de cliënt voldoende op de hoogte van de financiële consequenties om hierop een keuze te baseren.

Als blijkt dat een prothese niet haalbaar is (negatieve proefpassing), stopt hier het proces (**uitstappunt**).

Stap 4
Selecteren,
proberen en
beslissen

Stap 4 bestaat uit drie activiteiten.

4.1 Vervaardigen 'definitieve' prothese

In stap 4 wordt aan de hand van het PvE, zoals geformuleerd in stap 3b, een prothese gemaakt door de orthopedisch technoloog. Ook eventuele aanvullende hulpmiddelen worden – waar nodig – vervaardigd door de orthopedisch technoloog en/of door een revalidatietechnicus. Bij het vervaardigingsproces van de prothese en eventuele aanvullende hulpmiddelen vindt - waar nodig – overleg plaats met andere leden van het revalidatieteam. Het vervaardigingsproces vindt plaats volgens de specificaties in het PvE en altijd in samenspraak met de cliënt en het revalidatieteam.

4.2 Passen 'definitieve' prothese

Tijdens het vervaardigingsproces voert de orthopedisch technoloog waar nodig tussentijdse passingen uit en doet bijstellingen aan de hand van de bevindingen. Zo nodig maakt de orthopedisch technoloog een extra paskoker als tussentijdse toets op het juiste volume en de juiste contour. De paskoker is daarmee onderdeel van het definitieve productieproces van een prothese.

Daarbij kan het zijn dat de paskoker of definitieve koker van de 'definitieve' protheseverstreking ingezet wordt in de probeerfase, waarbij de cliënt een beperkte periode de voorziening gebruikt alvorens deze definitief wordt gemaakt.

4.3 Benodigde aanpassingen doorvoeren of terug naar stap 3b

Aan de hand van bevindingen uit de passing van 4.2, voert de orthopedisch technoloog de benodigde aanpassingen door als blijkt dat het resultaat niet naar tevredenheid is of in overeenstemming is met het PvE. Bij het niet voldoen aan de verwachtingen, kan eventueel worden teruggegaan naar stap 3b.

Wanneer deze stap zonder problemen of op- en aanmerkingen van de cliënt doorlopen wordt gaat de cliënt akkoord met het verder afronden en vervaardiging van de 'definitieve' protheseverstreking.

Resultaat van stap 4 voor de cliënt

Aan het einde van deze stap hebben - op basis van het PvE - het ontwerptraject en de selectie plaatsgevonden en is het resultaat gepast, getoetst en door het revalidatieteam en cliënt akkoord bevonden.⁶⁴ Waar nodig is de aanvraag ingediend bij de verzekeraar en is er een definitief akkoord voor levering van de prothese en van eventuele aanvullende hulpmiddelen.

⁶⁴ Voor de ondertekening door de cliënt verwijzen we naar Hoofdstuk 4, algemene uitgangspunten, de 9^e bullet.

Stap 5 Leveren en instrueren

In deze stap levert de orthopedisch technoloog de 'definitieve' prothese aan de gebruiker (inclusief eventuele aanvullende hulpmiddelen). Bij de aflevering wordt nagegaan of de prothese in overeenstemming is met de uitkomsten van stap 4.

5.1 Leveren en instrueren

Bij de aflevering hoort het geven van instructie over het gebruik en het onderhoud van de prothese. De cliënt krijgt informatie van de orthopedisch technoloog en/of de ergo-/fysiotherapeut hoe hij de draagtijd van de prothese stapsgewijs kan opbouwen (opbouwschema). Hij weet bij welke reacties van de stomp hij de opbouw moet staken en contact moet opnemen met de orthopedisch technoloog, de revalidatiearts of de fysiotherapeut / ergotherapeut. Zo nodig stelt de orthopedisch technoloog de prothese bij. Soms komt pas tijdens het dragen naar voren dat de pasvorm niet helemaal voldoet.

Behalve over de huid van de stomp wordt ook informatie gegeven over huidafwijkingen aan de contralaterale voet bij bijvoorbeeld mensen met diabetes mellitus en/of vaatstoornissen.

Tevens wordt in deze stap bepaald hoeveel training de cliënt nodig heeft om het (opnieuw) leren handelen met de prothese nog beter te integreren in zijn dagelijks leven. De complexiteit van de prothese is hierbij veelal de bepalende factor. Het integreren van de prothese in het handelingspatroon is onder andere afhankelijk van de handigheid van de cliënt, zijn probleemoplossend vermogen en de mate waarin iemand de prothese durft in te zetten c.q. uitprobeert. Deze bepalen de tijd en intensiteit die voor de leveringsfase nodig is. Het is aan de ergotherapeut / fysiotherapeut / orthopedisch technoloog om dit goed in te schatten.

Bij beenprothesen wordt de training gegeven door de fysiotherapeut; bij praktische problemen in het dagelijks leven wordt de hulp van een ergotherapeut ingeroepen.

Bij armprothesen wordt de training in principe gegeven door de ergotherapeut, die tevens ingeschakeld wordt bij praktische problemen in het dagelijks leven. Bij specifieke vragen kan de hulp van een fysiotherapeut worden ingeroepen.

De hoeveelheid en de complexiteit van de activiteiten waarbij de prothese ingezet dient te worden, hebben eveneens invloed op de trainingsduur. Net zoals de medische (neven)diagnose(n), de fysieke en mentale klachten van de cliënt en de support van het cliëntensysteem.

Bij de levering wordt afgesproken – op basis van een risicoanalyse - wanneer evaluatie plaatsvindt; dit is maximaal drie maanden nadat de 'definitieve' prothese is geleverd.

5.2 Bepalen of er dusdanige wijzigingen zijn dat moet worden teruggegaan naar stap 4 of naar eerdere stap

Als bij de levering en/of instructie blijkt dat de prothese niet in overeenstemming is met de uitkomsten van stap 4, de cliënt niet tevreden is dan wel er andere problemen zijn, dan wordt afhankelijk van het geconstateerde probleem teruggegaan naar een eerdere stap.

Resultaat van stap 5 voor de cliënt

Aan het einde van deze stap heeft de cliënt de prothese gekregen en weet hij waar hij met problemen terecht kan⁶⁵, welke training / begeleiding hij nog gaat krijgen,

⁶⁵ Als hij er met het revalidatieteam niet uitkomt, kan hij gebruik maken van een adequate, snelle klachtenprocedure (wettelijke verplichting van de zorgaanbieder).

	<p>wanneer en hoe hij de prothese dient te worden gebruikt, hoe hij de prothese onderhoudt en wanneer de eerstvolgende evaluatie plaatsvindt. Ook weet hij hoe hij dreigende problemen tijdig onderkent.</p>
--	--

Stap 6 Gebruiken

In deze stap gebruikt de cliënt de prothese in het dagelijks leven c.q. bij die activiteiten waarvoor de prothese is bedoeld en vindt waar nodig verdere training plaats. Van de cliënt wordt verwacht dat hij zich - onder begeleiding van een ergotherapeut en/of fysiotherapeut - inspant om de specifieke doelstellingen / de HRIU te halen.

De cliënt krijgt de mogelijkheid om in contact te komen met een ervaringsdeskundige om te leren hoe iemand anders in een vergelijkbare positie is omgegaan met het incorporeren van een prothese in het dagelijks leven en alle positieve en minder positieve factoren die daarbij een rol kunnen spelen.

6.1 Trainen (waar nodig) en gebruiken**Beenprothesen**

De fysiotherapeut oefent met de cliënt na aflevering van de prothese. Deze behandeling is in de eerste plaats gericht op krachtontwikkeling (van de stomp, contralaterale zijde en de romp), het hervinden van het evenwicht en looptechniek. Dit wordt zoveel mogelijk getraind in een functionele context. Voor praktische problemen in het dagelijks leven, gaat de cliënt naar de ergotherapeut voor ondersteuning.

Armprothesen

De ergotherapeut oefent met de cliënt hoe hij de arm-/handprothese gebruikt tijdens dagelijkse activiteiten. Daarbij is er aandacht voor de mogelijkheden van de prothese en hoe de cliënt zijn arm (weer) tijdens activiteiten inzet. De ergotherapeut besteedt ook aandacht aan het handelen zonder prothese en biedt een éénhandigheidstraining. Om overbelastingklachten van de contralaterale zijde te voorkomen is er aandacht voor ergonomisch bewegen en verdeling van belasting over beide armen.

Gedurende het eerste jaar na de amputatie past de orthopedisch technoloog de koker zo nodig aan (herhaalde aanpassingen zijn het eerste jaar niet ongewoon) en maakt waar nodig een nieuwe. De orthopedisch technoloog beoordeelt regelmatig of het gekozen pasvormsysteem voldoet. Vooral wordt gelet op wondjes, 'cysten' en eeltvorming. Ook na het eerste jaar zijn deze knelpunten regelmatig aan de orde. De cliënt gaat hiervoor naar de orthopedisch technoloog. Deze adviseert de cliënt zo nodig om contact op te nemen met de revalidatiearts, fysiotherapeut / ergotherapeut of andere zorgverlener.

Bij fysieke klachten elders in het lichaam, die te maken hebben met het gebruik van de prothese, neemt de cliënt contact op met de verwijzer of het revalidatieteam. Indien de klachten worden veroorzaakt door een verkeerd gebruik van de prothese, volgt er een begeleidingstraject met als doel de kennis en vaardigheden met betrekking tot het prothesegebruik te verbeteren.

In deze fase moet er ook aandacht zijn voor de verwerking en voor de sociaal emotionele ontwikkeling van kinderen. Tevens kunnen vragen ontstaan over participatie, bijv. opleiding en werk. Deze aspecten kunnen doorslaggevend zijn bij het slagen van het proces en zijn dus van groot belang voor het gebruik van de prothese en de tevredenheid van de cliënt. Daarom kan sociale hulpverlening hier geïndiceerd zijn. Intensieve begeleiding van kinderen en hun ouders kan in deze fase nodig zijn.

De soort en de hoeveelheid geboden nazorg zijn sterk afhankelijk van de achterliggende medische problematiek (nazorg bij cliënten met bijvoorbeeld diabetes is over het algemeen intensief) en van de behoefte van de cliënt.

6.2 Vaststellen of er een probleem is waarvoor moet worden teruggegaan naar een eerdere stap

Er kunnen nieuwe activiteiten in het leven van de cliënt komen, die specifieke vragen bij het gebruik van de prothese oproepen. De cliënt stroomt dan het schema in bij fase 2. Ook als er sprake is van 'medische' problemen, zoals doorbloedingsproblemen van de stomp, kan de cliënt contact opnemen met het behandelteam of met zijn huisarts en stroomt hij weer in bij fase 2.

De cliënt kan teruggaan naar de leverancier als er problemen zijn met de prothese, als hij vragen heeft over de prothese of als hij in zijn ogen geen adequaat functionerende prothese heeft gekregen (de leverancier voert dan stap 7 uit, evaluatie).

Ook kunnen er klachten ontstaan bij het gebruik van het hulpmiddel, waardoor moet worden teruggegaan naar een eerdere stap.

Voor de cliënt geldt daarbij dat:

- Hij teruggaat naar het behandelteam of zijn huisarts als zijn gezondheidssituatie zodanig is veranderd dat zijn zorgvraag of zorgplan aanpassing behoeft.
- Hij teruggaat naar de leverancier als er een technisch mankement is aan de prothese of als hij in zijn ogen geen adequaat, functionerend hulpmiddel heeft gekregen.
- Hij voor een second opinion naar een andere leverancier of behandelteam kan gaan als hij er niet uit komt met zijn leverancier of behandelteam.
- Hij gebruik kan maken van een adequate, snelle klachtenprocedure.

Resultaat van stap 6 voor de cliënt

De cliënt heeft de mogelijkheden en het vertrouwen om de prothese te gebruiken en om de gestelde doelen te bereiken en hij weet wat hij moet doen bij eventuele problemen.

Stap 7 Evalueren

De eerste evaluatie door de (revalidatie)arts, orthopedisch technoloog, ergotherapeut (armprothesen) en fysiotherapeut (beenprothesen) – tezamen met de cliënt - vindt plaats op een bij stap 5 afgesproken tijdstip. Tenzij wordt besloten om terug te gaan naar een eerdere stap, wordt aan het eind van de evaluatie – in overleg met de cliënt – bepaald wanneer de volgende evaluatie zal plaatsvinden.

7.1 Evalueren

Bij de evaluatie staat (de tevredenheid met) het resultaat van de prothese en de daaraan gekoppelde revalidatie centraal. Daarbij gaat het om:

- Het resultaat van de prothese plus de zorg / training in termen van het behalen van de globale behandoelen (beoogd functioneren) en de specifieke doelstellingen (HRIU) volgens de cliënt en het revalidatieteam.
- De tevredenheid van de cliënt en het revalidatieteam met het bereikte resultaat en de mate waarin de cliënt en het revalidatieteam denken dat er meer is te bereiken.

Voor de keuze van meetinstrumenten wordt verwezen naar het PPP-beenprotocol, het PPP-armprotocol en de achterliggende zorginhoudelijke richtlijnen⁶⁶.

Bij de 1^e evaluatie na levering van de ‘definitieve’ prothese wordt bovendien bepaald hoe tevreden de cliënt en het revalidatieteam zijn over de prothese en de bijbehorende dienstverlening / het verstrekingsproces.

Daarnaast komen bij de evaluatie ook andere onderwerpen / vragen aan bod, zoals:

- Is het beoogd functioneren (globale behandoelen) gezien vanuit de cliënt in de loop van de tijd veranderd of zijn er wijzigingen in zijn situatie die van invloed zijn op het beoogd functioneren (globale behandoelen) en wat heeft dat voor gevolgen?
- Zijn medische diagnose en prognose nog actueel? Zo nee, is er dan reden om het proces (deels) opnieuw te doorlopen?
- Heeft de cliënt klachten die samenhangen met het gebruik van de prothese (pijn, wondjes, etc.) en zo ja, wat betekent dit dan (bijv. aanpassen van de prothese⁶⁷, aanpassen van de training, andere zorg)?
- Is de instelling van de prothese conform de vereisten, zijn er technische problemen met de prothese of problemen met het aan- en uitdoen van de prothese?
- Welke interventies zijn mogelijk om een nog beter resultaat te bereiken en moeten/kunnen de globale behandoelen (het beoogd functioneren) daarvoor worden bijgesteld?

7.2 Vaststellen of er problemen zijn en bepalen (afhankelijk van aard en ernst) naar welke stap moet worden teruggegaan

Afhankelijk van de resultaten van de evaluatie wordt bepaald of er al dan niet reden is om terug te gaan naar een eerdere stap. Tevens wordt bekeken of de training moet worden aangepast en of de cliënt extra instructie moet krijgen over het omgaan met het hulpmiddel.

⁶⁶ Zoals de minimale set van klinimetrie in de nieuwe Richtlijn Amputatie en Prothesiologie van de Onderste Extremititeit (VRA, in druk).

⁶⁷ Bij bijvoorbeeld irreversibele huidproblemen als gevolg van het gebruik van een kokerprothese, zou teruggegaan moeten worden naar stap 3b waarbij de optie voor een botverankerde prothese kan worden overwogen.

Als er geen reden is om terug te gaan naar een eerdere stap wordt een afspraak gemaakt voor de volgende evaluatie of wordt afgesproken dat de cliënt een afspraak maakt als hij hieraan behoefte heeft.

Resultaat van stap 7 voor de cliënt en het revalidatieteam

Voor de cliënt is duidelijk in hoeverre het PvE is gerealiseerd en hij weet of er al dan niet wordt teruggegaan naar een eerdere stap en wat dat betekent. Ook weet hij welke veranderingen er eventueel zijn in de training.

Uit de evaluatie volgen mogelijk adviezen die het revalidatieteam kan gebruiken voor het verbeteren van het verstrekingsproces.

8 Aanbevelingen voor doorontwikkeling en implementatie van de module

Algemene aanbevelingen

Vanuit het Platform Prothesezorg wordt een aantal algemene aanbevelingen gedaan richting het werkveld, het onderzoek en het onderwijs die verder gaan dan c.q. voortborduren op de huidige module. Deze aanbevelingen komen deels voort uit de gesignaleerde knelpunten (Bijlage 4).

Meetinstrumenten

Er zijn nog weinig meetinstrumenten beschikbaar om de kwaliteit van prothesezorg vast te leggen. Het gaat daarbij zowel om het resultaat van prothesezorg (verbeteren van beoogd functioneren) als om het proces van prothesezorg. Aanbevolen wordt om – in lijn met de ontwikkeling van uitkomstindicatoren voor monitoring (zie toetsing van beoogde doelstellingen) – ook invulling te geven aan de selectie c.q. ontwikkeling van meetinstrumenten. Daarbij is harmonisatie nodig met de (vernieuwde) richtlijnen rond prothesezorg. Hierin staan core sets van meetinstrumenten, waarvan de klinimetrische eigenschappen overigens nog vaak onvoldoende zijn (bijv. grote meetfout en ontbrekende gegevens over de responsiviteit). Voor kinderen is er nog geen richtlijn en ontbreken goede meetinstrumenten.

K-levels

Hoewel er voor de wijze waarop de K-levels worden voorspeld en gemeten gebruik kan worden gemaakt van de instrumenten beschreven in de ‘Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit’ (in revisie), wordt aanbevolen om onderzoek te doen naar de beste methode om K-levels te voorspellen, of K-levels de aangewezen manier/indeling is om het activiteitsniveau vast te stellen en zo ja, of ze te valideren zijn.

Praktijkvariatie

Ter vermindering van de praktijkvariatie en het verbeteren van de kwaliteit van zorg verdient het aanbeveling om in de behandelkaders⁶⁸ specifiek te zijn over de benodigde inhoudelijke deskundigheid en ervaring van en de samenwerking tussen de bij prothesezorg betrokken professionals en over de benodigde infrastructuur van de zorginstelling.

Prothesen voor specifieke activiteiten

De procedure van het voorschrijven van een prothese voor specifieke activiteiten valt onder de huidige module. In de praktijk blijken er problemen te zijn bij de financiering van prothesen voor specifieke activiteiten, zoals waterbestendige prothesen en sportprothesen (is al [bijna] gerealiseerd in het PPP-beenprotocol, maar nog niet in het kader van PPP-arm protocol; hier wordt aan gewerkt).

Inhoudelijke richtlijn bovenste extremiteit

Door de kleine doelgroep en het kleine aantal onderzoekers op het gebied van amputatie en prothesiologie van de bovenste extremiteit (en daardoor onvoldoende beschikbare evidentie) bestaat er voor de bovenste extremiteit nog geen inhoudelijke richtlijn. Om in deze leemte te voorzien wordt aanbevolen om op middellange termijn toch een dergelijke richtlijn te ontwikkelen. In een eerste versie van deze richtlijn kan dan waar mogelijk worden uitgegaan van (nieuwe) wetenschappelijke inzichten (evidence based) aangevuld met kennis van experts (consensus based).

⁶⁸ Hoewel de VRA plannen heeft om de behandelkaders af te bouwen, zullen de WAP en de WAP-A er zorg voor dragen dat de kwaliteitseisen opgenomen in de behandelkwaliteitskaders zo nodig elders worden ondergebracht. Op termijn zou dat ook in deze module kunnen zijn. Hierover wordt in de implementatiefase verder gesproken.

Toetsing van beoogde doelstellingen

Het is belangrijk om na invoering van de module te monitoren in hoeverre de module daadwerkelijk wordt gebruikt en in hoeverre de beoogde verbeteringen in de prothesezorg tot stand komen. Daarbij gaat het om:

- De tevredenheid van cliënten met de prothese en eventuele aanvullende hulpmiddelen en de daarmee samenhangende zorg en over het proces wat tot de keuze heeft geleid.
- De gerealiseerde mobiliteit, de gerealiseerde mate van zelfredzaamheid / het zelfmanagement van de cliënt, de mate waarin het beoogde functioneren is gerealiseerd.
- De tevredenheid van de indicatiestellers, de zorgverleners, de leveranciers en de zorgverzekeraars over de nieuwe wijze van prothesezorg.
- De mate waarin het proces cliëntgericht, doeltreffender, doelmatiger en transparanter verloopt.

Ten behoeve van de monitoring zal een indicatorenset ontwikkeld worden, aansluitend bij de ontwikkelingen in de Kennisgemeenschap Hulpmiddelenzorg (<https://www.hulpmiddelenzorg.nl/>).

Kostenimpact

Anticiperend op het wetsvoorstel over de financiële toetsing van voorgedragen kwaliteitsstandaarden⁶⁹ is er door het platform een inschatting gemaakt of de invoering van de module tot substantiële meerkosten gaat leiden. Het is de inschatting van het platform dat de voorliggende beschrijving van goede prothesezorg geen risico op meerkosten in de te leveren zorg oplevert in de zin van:

1. Een toename van het aantal in te zetten voltijdsequivalenten aan zorgverlener.
2. Een verhoging van de kwalificaties van de in te zetten zorgverleners (op mogelijk wat extra scholingskosten na).
3. Een nieuwe wijze van zorgverlening of een andere organisatie van het zorgproces waarbij ingrijpende bouwkundige, ruimtelijke, technische of organisatorische aanpassingen nodig zijn.

De inzet van een proefprothese kan eventueel leiden tot extra – al dan niet door de zorgverzekeraar gedekte – kosten. Verwacht mag worden dat deze extra kosten worden gecompenseerd doordat minder aanpassingen nodig zijn van de ‘definitieve’ prothesen, omdat aan de voorkant beter is gekeken of de cliënt met de beoogde prothese uit de voeten kan. Dit wordt versterkt door het toepassen van de principes van stepped care, waardoor het proces doeltreffender en doelmatiger kan verlopen.

Beschrijving van de implementatie

De investering in de module stopt niet na afronding en publicatie van de module, maar gaat voort in de verspreiding, implementatie, monitoring van het gebruik, evaluatie en het actueel houden van de module. De cyclus van ontwikkelen, evaluatie en bijstelling noemen we het ‘onderhoud’ en de aanpak daarvan staat omschreven in het onderhoudsplan (zie Bijlage 9).

Het is aan partijen in de zorg om de module ook daadwerkelijk te implementeren.

Het platform kan dit implementatieproces bevorderen, en heeft een nog nader in te vullen rol in de implementatie. Hierbij valt te denken aan activiteiten zoals

- het inventariseren en agenderen van (landelijke) bevorderende en belemmerende factoren;
- het inventariseren en agenderen van landelijke randvoorwaarden;
- het monitoren van het oplossen van de gesignaleerde, bestaande knelpunten;
- het signaleren, monitoren en agenderen van nieuwe knelpunten;
- het verkennen van de mogelijkheden tot vereenvoudiging van het aanvraagproces;
- het afstemmen en monitoren van (lokale) implementaties;
- het ondersteunen van (lokale) implementaties;
- gezamenlijke communicatie,

⁶⁹ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?id=2019Z00982&dossier=35124>

- een proefimplementatie.

De exacte rol van het platform op het gebied van implementatie zal door het platform nog worden uitgewerkt.

Cliëntversie

In het verlengde van de Module Prothesezorg zal een cliëntversie worden geschreven. Daarbij moet nog worden bepaald in welke vorm dit het beste kan; dat hoeft niet per definitie een 'versimpelde' / in leekentaal geformuleerde versie te zijn van de module, maar kan ook een factsheet zijn of een filmpje op YouTube.

Keuzehulp voor cliënten

Er zal - naast een cliëntversie van de Module Prothesezorg (zie boven) - ook een keuzehulp ontwikkeld worden voor cliënten. Dit om te voldoen aan de gevoelde behoefte bij cliënten aan neutrale onafhankelijke informatie over (de verstrekking en het gebruik van) arm-/beenprothesen en over de voor- en nadelen van de verschillende componenten.

Bijlagen

Bijlage 1 Literatuurlijst

- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). American Psychiatric Association; 2013. https://www.dsm-5.nl/dsm5_online
- APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: BOOM Uitgevers; 2014.
- Badley EM. More than facilitators and barriers: fitting the full range of environmental and personal factors into the ICF model. 12th Annual North American collaborating center conference on ICF. Living in our environment: the promise of ICF; 2006.
- BOH. Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. Den Haag: Ministerie van VWS / Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen; 2017.
<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Generiek+Kwaliteitskader+Hulpmiddelenzorg.pdf>
- Bougie ThHM. Nederlandse termen voor componenten van beenprothesen afgeleid van ISO 13405-2 (1^e versie 1996; update 2015). Echt: BRT-Advies; 2019.
- CG-Raad. Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muylkens J, Bougie Th, Ravensberg D van, Vreeswijk P. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad; 2010.
- CSIZ. Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen. Tiende revisie. Zeist: Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector; 1997.
<https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icd-10>
- FMS. Visiedocument Samen Beslissen. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2019.
https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/FMS_Visiedoc-SamenBeslissen%282019%29_v03.pdf
- Geyh S, Peter C, Muller R, Bickenbach JE, Kostanjsek N, Ustun BT, et al. The personal factors of the international classification of functioning, disability and health in the literature – a systematic review and content analysis. *Disabil Rehabil.* 2011;33(13–14):1089–102.
- Grotkamp SL, Cibis WM, Nüchtern EAM, von Mittelstaedt G, Seger WKF. Personal factors in the international classification of functioning, disability and health: prospective evidence. *Aust J Rehabil Couns.* 2012;18(1):1–24.
- Heerkens YF, Vogels EMHM, Wiarda VL, Ravensberg CD van. Fysiotherapeutische Diagnose. Rapport van het project Fysiotherapeutische Diagnose. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie / Nederlands Paramedisch Instituut; 1997.
- Heerkens YF, De Brouwer CPM, Engels JA, Van der Gulden JWJ, Kant IJ. Elaboration of the contextual factors of the ICF for occupational health care. *WORK.* 2017;57:187–204.
- Houtum WH van, Rauweda JA, Ruwaard D, Schaper NC, Bakker K Reduction in Diabetes-Related Lower-Extremity Amputations in the Netherlands: 1991–2000. *Diabetes Care* 2004 May;27(5):1042-6.
<https://doi.org/10.2337/diacare.27.5.1042>
- ISO 9999. Assistive products for persons with disability – Classification and terminology, sixth revision. Geneva: International Organization for Standardization; 2016.⁷⁰
- Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. Richtlijn diabetische voet [Internet]. 2017 p.182. Available from:
<https://richtlijnen database.nl/richtlijn/diabetische voet/startpagina diabetische voet.html>
- Lambregts J, Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & verzorgenden 2020. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2012.

⁷⁰ Deze versie is nog niet in het Nederlands beschikbaar; de laatste versie die in het Nederlands beschikbaar is, is die vermeld bij NEN, 2012.

- <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Leren%20van%20de%20toekomst%20VV2020.pdf>
- Leijendekkers RA, van Hinte G, Frölke JP, van de Meent H, Nijhuis-van der Sanden MW, Staal JB. Disabil Rehabil. 2017 Jun;39(11):1045-1058. doi: 10.1080/09638288.2016.1186752. Epub 2016 Aug 5.
- NEN. Nederlandse norm NEN-EN-ISO 9999 Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie. Delft: Nederlands Normalisatie Instituut; 2012.
- NHG. ICPC-2-nl. International Classification of Primary Care. Tweede editie. Nederlandse versie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2000. <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/verwante-classificaties/icpc-2>
- NHG. Leidraad Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2017. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/handreiking_gezamenlijke_besluitvorming_boek_2017_web.pdf
- Nictiz. Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, 3^e herziene druk. Den Haag: Nictiz; 2009.
- Nivel. Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg: Een juridisch-empirische verkenning. Utrecht: Nivel; 2017. https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kansen_taatdelegatie_bedrijfsartsen.pdf
- NVvP. Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Hilversum: Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten; 2019. <https://www.podotherapie.nl/files/professional/informatiemateriaal/zorgmodule-preventie-diabetische-voetulcera-2019.pdf>
- Paterno L, Ibrahimi M, Gruppioni E, Menciaci A, Ricotti L. IEEE Trans Biomed Eng. 2018 Sep;65(9):1996-2010. doi: 10.1109/TBME.2017.2775100. Epub 2018 Jan 23.
- RIVM. ICF Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002, 2008, 2018.
- RIVM. ICF-CY Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth version. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008, 2018.
- Stuurgroep PPP. Protocol verstrekingsproces beenprothesen. Stuurgroep PPP (Protocollering en Prijsystematiek Prothesen); november 2010; herzien december 2019. <https://www.ispo.nl/protocol-verstrekingsproces-beenprothesen>.
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek. De juiste zorg op de juiste plek; 2018. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/documenten/rapporten/2018/4/1/taskforce-rapport>
- Thesleff A, Brånemark R Håkansson B, Ortiz-Catalan M. Ann Biomed Eng. 2018 Mar;46(3):377-391. doi: 10.1007/s10439-017-1976-4. Epub 2018 Jan 11.
- VRA. Amputatie prothesiologie onderste extremiteit. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; in druk.⁷¹ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/amputatie_prothesiologie_onderste_extremiteit/amputatie_prot_hesiologie_onderste_extremiteit.html
- VRA. Behandelkader Armamputaties en Transversale Congenitale Reductiedefecten Bovenste Extremiteit. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; 2016. https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_armamputatie_def_15-04-16.pdf
- VRA. Behandelkader Beenamputatie. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen; 2019. https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_beenamputatie_12_april_2019_def.pdf
- WHO. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992.

⁷¹ De richtlijn uit 2012 wordt momenteel herzien en verschijnt in de loop van 2020.

- WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
- WHO. ICF-CY. International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version, Geneva: World Health Organization; 2007.
- WHO. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
- ZIN. Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Leidraad voor kwaliteitsstandaarden | versie 1. Den Haag: Zorginstituut; 8 december 2014; met toegevoegde addenda maart 2019. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2019/03/01/leidraad-voor-kwaliteitsstandaarden-door-advies--en-expertgroep-kwaliteitsstandaarden-aqua>
- ZIN. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015 – herziene versie juni 2018. Den Haag: Zorginstituut; 2015, 2018. <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2018/06/28/toetsingskader-kwaliteitsstandaarden-informatiestandaarden-en-meetinstrumenten-2015>

Bijlage 2 Betrokkenen bij de Module Prothesezorg

Platform Prothesen: ontwikkelaar van de module

Leden	Vertegenwoordigde organisatie
Ronald Gorter (voorzitter)	
Sepholine Loman Rob Smit Duijzentkunst	KorterMaarKrachtig (KMK)
Madelein Vroomen	Ergotherapie Nederland (EN)
Bert Kap Michael Brouwers	Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
Ruud Leijendekkers	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Nederlandse Vereniging van Revalidatiefysiotherapeuten (NVRF), Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie (NVZF)
Esther Mik Cock Vergeer	Stichting Orthopedische Hulpmiddelenzorg Nederland (SOHN)
Kerensa Mooijman Bob Wester	NVOS Orthobanda
Jeroen Olsman	Nederlandse Beroepsvereniging voor Orthopedisch Technologen (NBOT)
Marlou Dankers (tot 1-6-2019) Tanja Bastiaansen Marjolein Breedijk	Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ZN (CZ) ZN (Menzis)
Yvonne Heerkens (schrijver)	Lectoraat Arbeid & Gezondheid / Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) (in 2019: Nederlands Paramedisch Instituut [NPi])
Godelief Willemse (secretaris)	Vilans
Lysette Meuleman Jan van Ginneken	Ministerie van VWS (directie GMT / Geneesmiddelen en Medische Technologie) (opdrachtgever en toehoorder)
Agendaleden	
Jan Benedictus/Marilène van Hussen	Patiëntenfederatie Nederland
Ronald Kooistra	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Daniëlle van Hoof	ZN (VGZ)

Werkgroepleden (afvaardiging Platform Prothesen)

Werkgroepleden Procesbeschrijving	Werkgroepleden Aanbevelingen
Yvonne Heerkens (trekker)	Yvonne Heerkens (trekker)
Rob Smit Duijzentkunst	Rob Smit Duijzentkunst
Michael Brouwers	Michael Brouwers
Tanja Bastiaansen/Marjolein Breedijk	Tanja Bastiaansen/Marjolein Breedijk
Ruud Leijendekkers	Esther Mik
Madelein Vroomen	
Cock Vergeer	
Jeroen Olsman	
Lysette Meuleman (toehoorder)	

Meeleesgroep: aangeschreven organisaties commentaarronde

Naast de meeleesgroep hebben ook de organisaties van het Platform Prothesen deelgenomen aan de commentaarronde.

Organisatie (op alfabetische volgorde)
Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW)
International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)*
Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA; vakgroep PA revalidatiegeneeskunde)
Nederlandse Industrie voor Orthopaedietechniek (NIVO)
Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)*
Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVvPO)*
Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO)*
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)*
Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT)
Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVvV)*
Revalidatie Nederland
Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)*
Werkgroep Amputatie en Prothesiologie van de arm (WAP-A)
Werkgroep revisie Richtlijn Amputatie en prothesiologie onderste extremiteit

* Hebben geen commentaar geleverd / zien af van commentaar

Bijlage 3 Wijze waarop de Module Prothesezorg tot stand is gekomen

De Module Prothesezorg geeft een beschrijving van goede zorg voor cliënten met een arm- of beenprothese. Zoals eerder geschetst dient de standaard in samenhang gezien te worden met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg, dat tot stand is gekomen mede op basis van de input van de drie VWS-werkgroepen voor diabetes-, stoma- en continenthulpmiddelenzorg (BOH, 2017).

Bij de ontwikkeling van de Module Prothesezorg is de Leidraad voor kwaliteitsstandaarden van de Advies en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA) gehanteerd (Zorginstituut Nederland, 2014, 2019). In deze leidraad wordt het ontwikkeltraject ingedeeld in een voorbereidings-, ontwikkel- en afrondingsfase.

In de **voorbereidingsfase** (september 2018 – januari 2019) is de projectorganisatie ingericht, zijn betrokken organisaties benaderd en is de werkwijze vastgesteld. Initiatiefnemer en opdrachtgever is het Ministerie van VWS (Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie). Er is een tripartite samengesteld Platform Prothesen opgericht, bestaande uit afgevaardigden van primair betrokken (koepel)organisaties: patiëntenverenigingen, zorgprofessionals, beroepsgroepen, leveranciers en zorgverzekeraars (zie Bijlage 2 voor de samenstelling). De startbijeenkomst vond plaats in november 2018. Om sturing te geven aan het proces van de ontwikkeling van de module is door het Ministerie van VWS een onafhankelijk voorzitter aangewezen (Ronald Gorter). Het ministerie van VWS heeft Vilans gevraagd het platform facilitair, organisatorisch en secretariael te ondersteunen.

Conform AQUA is zoveel mogelijk geprobeerd oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling te voorkomen. Bij aanvang hebben de platformleden de code van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW) ondertekend.

De **ontwikkelfase** (februari – november 2019) is gestart met een knelpuntenanalyse, door middel van een uitgebreide brainstorm in het Platform Prothesen. Daarnaast is een focusgroep gehouden met acht cliënten met een arm- of beenprothese, specifiek gericht op ervaren knelpunten in de prothesezorg. Dit betrof één cliënt met een onderarmprothese, drie cliënten met een onderbeenprothese en vier met een bovenbeenprothese. In beide laatste categorieën was er één cliënt met twee prothesen. Door het Platform zijn in totaal vier knelpunten en elf uitgangsvragen geformuleerd, naast oplossingsrichtingen om de vragen op te pakken. De knelpunten, uitgangsvragen en oplossingsrichtingen staan beschreven in Bijlage 4.

Mede aan de hand van de uitgangsvragen en oplossingsrichtingen is de standaard geschreven. Dit vond plaats binnen de eerder geschetste kaders van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg: Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, de RiFA en de terminologie van de ICF als basis voor het beschrijven van het functioneren van cliënten, de behandeldoelen en de human related intended use. Vanaf begin 2019 is Yvonne Heerkens (NPi/HAN) als schrijver bij de ontwikkeling van de standaard betrokken. Onder haar leiding is een werkgroep 'Procesbeschrijving' opgericht, bestaande uit leden van het Platform (zie Bijlage 2 voor de samenstelling). Besluitvorming over de teksten vond plaats in het Platform, waar de verschillende tekstvoorstellen door de werkgroep steeds werden besproken. Om aanbevelingen te kunnen doen voor doorontwikkeling, indicatoren, kostenimpact en onderhoud van de module (Hoofdstuk 8) is in november 2019 een tweede werkgroep 'Aanbevelingen' gevormd (zie Bijlage 2), ook onder leiding van Yvonne Heerkens.

De **afrondingsfase** (december 2019 – september 2020) hield onder meer in dat vóór publicatie de concepttekst van de module getoetst is bij toekomstige gebruikers. Hiertoe is in de periode medio december 2019 – medio februari 2020 een brede schriftelijke commentaarronde gehouden onder:

- Besturen en/of achterban van de betrokken organisaties in het Platform.
- Besturen en/of achterban van bij prothesezorg betrokken organisaties: de *meeleesgroep*. Dit betreft alle partijen die niet deelnemen aan het Platform, maar voor wie de module wel van belang is of kan

zijn. Partijen voor de meelesgroep zijn in het Platform vastgesteld en benaderd door de voorzitter in samenwerking met Vilans (zie Bijlage 2 voor de samenstelling).

Het geleverde commentaar is in de periode februari – juni 2020 in verschillende schrijfrondes door de werkgroep Procesbeschrijving verwerkt, en ter instemming voorgelegd aan het Platform. Vervolgens vindt autorisatie plaats door alle bij het Platform betrokken partijen, die de module vervolgens gezamenlijk aanbieden aan het Zorginstituut Nederland.

Bijlage 4 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

Er zijn in totaal vier knelpunten en elf uitgangsvragen geformuleerd. Daarnaast worden oplossingsrichtingen aangegeven hoe de vragen zijn of kunnen worden opgepakt.

Knelpunt 1 Transparantie en keuze prothese(componenten)

Omschrijving knelpunt

Het traject van keuze voor een bepaalde prothese is volgens cliënten niet transparant en cliënten geven aan onvoldoende invloed op de keuze / samenstelling van de prothese te hebben. Ook missen zij de mogelijkheid om een prothese te proberen en een soort proefperiode (probeerfase) voordat een 'definitieve' keuze wordt gemaakt.

Bijbehorende uitgangsvragen

1. Wie bepaalt de keuze voor een bepaalde prothese? Niet altijd is duidelijk welke persoon in het zorgproces het advies geeft voor de keuze van (een) prothese(componenten). Is dat bijvoorbeeld de revalidatiearts of de orthopedisch technoloog? Is het de zorgverlener zelf of de organisatie waar hij werkt die beslist? Wat is de rol van het revalidatieteam?
2. Wat zijn de criteria waarop een bepaald advies wordt gegeven? (zie ook knelpunt 2).
3. Wat is de ruimte voor cliënten om zelf de keuze voor een prothese c.q. voor prothesecomponenten te maken dan wel om samen met de zorgverlener te beslissen? 'Samen beslissen' moet een uitgangspunt zijn voor goede zorg, evenals stepped care.
4. Is er bij cliënten behoefte aan neutrale onafhankelijke informatie over (de verstrekking en het gebruik van) prothesen (bijvoorbeeld een keuzehulp)? Is het mogelijk deze informatie te leveren en een instantie aan te wijzen die deze taak op zich neemt?
5. Waar in het proces kunnen één of meerdere proefperiodes (probeerfasen) worden opgenomen?

Oplossingsrichting

- Om de vragen 1 t/m 3 te beantwoorden is bij het schrijven van de module voortgebouwd op het Protocol verstrekingsproces beenprothesen (PPP-Been) en het Protocol verstrekingsproces armprothesen (PPP-Arm) (<https://www.ispo.nl/richtlijnen>).
- De uitgangsvragen 1 t/m 3 en 5 zijn meegenomen bij de beschrijving van de processtappen 2 t/m 4 in de module. De principes van samen beslissen en stepped care zijn opgenomen bij de uitgangspunten (Hoofdstuk 4).
- Voor het beantwoorden van vraag 3 zijn cliënten via de cliëntenvereniging KorterMaarKrachtig (KMK) geraadpleegd via een focusgroep.
- Vraag 4 valt buiten het bestek van de ontwikkeling van de module, maar kan worden opgepakt in de implementatiefase (aanbeveling).

Knelpunt 2 Doeltreffendheid en doelmatigheid vanuit cliëntenperspectief

Omschrijving knelpunt

Cliënten, zorgverleners en zorgverzekeraars hebben behoefte aan een betere onderbouwing van de doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie of kosteneffectiviteit) van de voorziening. Hoe bepaal je wat de meerwaarde is van het ene of het andere product en hoeveel mag dat extra kosten? In de discussie lopen doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie en kosteneffectiviteit) echter soms door elkaar. Er is behoefte aan begripsverheldering.

Bijbehorende uitgangsvragen

6. Welke criteria gebruik je om een bepaalde prothese of bepaalde componenten te adviseren en te kiezen (zie ook knelpunt 1)? Naast de achterliggende aandoening / medische ingreep, wordt ook het functioneren van de cliënt betrokken en externe en persoonlijke factoren:
 - Welke items zijn daarbij relevant?
 - Zijn er instrumenten voorhanden om die te operationaliseren? Zo ja welke?
7. Hoe wordt het resultaat gemeten? Ook op langere termijn, uitgaande van functioneren en van medische, externe en persoonlijke factoren?
8. In hoeverre is er sprake van op de persoon toegesneden maatwerk?
9. Wat wordt er precies bedoeld met doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie of kosteneffectiviteit) van de voorziening?

Oplossingsrichting

- Om antwoord te geven op de vragen 6 t/m 8 is bij het schrijven van de module voortgebouwd op de richtlijnen PPP-Arm en PPP-Been.
- De uitgangsvragen 6 t/m 8 zijn beantwoord bij de beschrijving van de processtappen 4 t/m 7 in de module.
- Bij vraag 9: als bijlage bij de module is een lijst met omschrijvingen van de gehanteerde begrippen toegevoegd, inclusief doeltreffendheid en doelmatigheid (Bijlage 8).

Knelpunt 3 Praktijk- en beroepsvariatie*Omschrijving knelpunt*

Er wordt, met name door cliënten en zorgverzekeraars, gerapporteerd dat er verspreid over Nederland te veel verschil is in werkwijze. Er is verschil in regio's en werkplaatsen. Kundigheid en de mate waarin er vanuit de zorg goed wordt gecommuniceerd variëren. De kwaliteit van de prothese en van de zorg hangt bijvoorbeeld af van de deskundigheid van de orthopedisch technoloog.

Bijbehorende uitgangsvraag

10. Zijn er rollen en taken / betrokkenheid per processtap te benoemen, met daarbij behorende beroepsprofielen en competenties?

Oplossingsrichting

- Meer transparantie en eenduidigheid rond het begrip doelmatigheid (knelpunten 1 en 2) zullen een bijdrage geven aan de oplossing van dit vraagstuk. In de module zijn rollen en taken / bevoegdheden per processtap benoemd (Tabel 6.1). Het is vervolgens aan de beroepsgroepen zelf om ervoor te zorgen dat de beroepsprofielen en competenties daarop aansluiten en om – waar nodig – te zorgen voor aanvullende scholingsmogelijkheden.
- Controle op de kwaliteit van de beroepsuitoefening vormt geen onderdeel van de module. Dit is een taak van de beroepsverenigingen (via certificering, visitaties etc.).

Knelpunt 4 Onduidelijkheid kosten/vergoeding*Omschrijving knelpunt*

Er is voor de cliënt geen overzicht van de financiële middelen die hem ter beschikking staan. Er is geen eenduidigheid in vergoeding van proefprothesen en 'definitieve' prothesen / prothesecomponenten. Zorgverzekeraars vergoeden verschillend, waardoor je als cliënt niet weet waar je aan toe bent (bijv. het experimenteren met een proefprothese wordt niet altijd vergoed). Het vermoeden bestaat dat inhoudelijke zorgadviezen in de praktijk soms worden ingegeven door kostenoverwegingen.

Bijbehorende uitgangsvraag

11. Wat is het effect van de financiering op de inhoudelijke keuzes in de zorg, zoals die door professionals en zorgaanbieders worden gemaakt?

Oplossingsrichting

- Het aspect kosten van zorg hoort in principe niet tot een inhoudelijke module. De beoogde module geeft als het goed is richting aan het debat over vergoedingen (inclusief de kosten voor een ‘negatieve proefpassing’); zie ook de tekst bij activiteit 3b.4.
- In het kader van transparantie (zie knelpunt 1) kan worden overwogen om een of meer partijen te faciliteren bij het verzorgen van een overzicht over financiële vergoedingen. Dit hoort in de implementatiefase.
- Het onderwerp bekostiging⁷² zal later in het implementatietraject worden geagendeerd en nader geanalyseerd.

⁷² In de kamerbrief van minister Bruins van 26 april 2019 staat dat hij onderzoek gaat doen naar vergoedingsregelingen: *“Ik ga samen met de Minister van VWS de domeinoverstijgende problematiek bij de aanspraak en vergoeding van de hulpmiddelenzorg aanpakken, door betere cliëntondersteuning, lastenvermindering en een verkenning naar een meer logische en uitvoerbare indeling van de vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen.”* Ontleend aan: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/26/kamerbrief-over-visie-op-medische-technologie>.

Bijlage 5 Afkortingen

AAK	auto adaptive knee
ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
APA	American Psychiatric Association
AQUA	Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden
BOH	bestuurlijk overleg hulpmiddelen
BPSW	Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk
CVZ	College voor zorgverzekeringen (thans: Zorginstituut Nederland)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DHD	Dutch Hospital Data
DM	Diabetes Mellitus
DOT	DBC's op weg naar Transparantie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EN	Ergotherapie Nederlands
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FHI	Federatie van Technologiebranches
FIC	Family of International Classifications
FMS	Federatie Medisch Specialisten
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GMT	Geneesmiddelen en Medische Technologie (directie van VWS)
GPH	Generieke Productcode Hulpmiddelen
HAN	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
HRIU	human related intended use
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 ^e revisie
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health, version for Children and Youth
ICHI	International Classification of Health Interventions
ICPC-2-nl	International Classification of Primary Care – Nederlandse vertaling van de 2 ^e versie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics
ISO	International Standardization Organization
KMK	KorterMaarKrachtig
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
MDR	Medical Device Regulation
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NBOT	Nederlandse Beroepsvereniging voor Orthopedisch Technologen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVO	Nederlandse Industrie voor Orthopaedietechniek
NOV	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVO	Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
NVRF	Nederlandse Vereniging van Revalidatiefysiotherapeuten
NVT	Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie
NVvP	Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners

NVVV	Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie
NVZF	Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisfysiotherapie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PH	Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg
POH	praktijkondersteuner huisartsenzorg
PPP	Prothese Prescriptie Protocol (arm) / Protocollering en Prijsystematiek Prothesen (been)
PRIU	product related intended use
PSK	Patiënt Specifieke Klachten
PvE	programma van eisen
RA	revalidatiearts
RiFA	Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms
SOHN	Stichting Orthopedische Hulpmiddelenzorg Nederland
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAP	Werkgroep Amputatie en Prothesiologie (onderdeel VRA)
WAP-A	Werkgroep Amputatie en Prothesiologie van de Arm (onderdeel VRA)
WHO	World Health Organization
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZBC	zelfstandig behandelcentrum
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 6 ISO-indeling van de klassen 06 18 en 06 24: categorieën prothesen

Hieronder staat de indeling uit de meest recente versie van de ISO 9999. Omdat deze nog niet is vertaald in het Nederlands, is de Engelstalige indeling opgenomen.

06 18 Upper limb prostheses

A collection of compatible components that can be integrated to produce a range of different upper limb prostheses

Included are, e.g. cosmetic upper limb prostheses.

06 18 03 *Partial hand prostheses*

Devices that replace part of the upper limb distal to the wrist joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

Included are, e.g. finger prostheses.

06 18 06 *Wrist disarticulation prostheses*

Devices that replace part of the upper limb at the wrist joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 09 *Trans-radial prostheses*

Devices that replace part of the upper limb between the wrist and elbow joints after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 12 *Elbow disarticulation prostheses*

Devices that replace part of the upper limb at the elbow joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 15 *Trans-humeral prostheses*

Devices that replace part of the upper limb between the shoulder and elbow joints after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 18 *Shoulder disarticulation prostheses*

Devices that replace the upper limb at the shoulder joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 21 *Scapulo-thoracic disarticulation prostheses*

Devices that replace the upper limb at the scapulo-thoracic and sterno-clavicular joints after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 18 24 *Prosthetic hands and prosthetic digits*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb; prosthetic hands are designed to substitute for some of the functions of the normal hand and can be static, passive, active or combined passive/active; the prosthetic hands can be externally powered or body powered

06 18 25 *Split hooks and other terminal devices to employ a pincer action*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb like split hooks to employ a pincer action

Specialized appliances or tools for prosthetic hands, see 06 18 26

06 18 26 *Specialized appliances or tools for prosthetic hands*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that perform a wide range of individual functions; the device can be passive, adjustable or active

Devices to employ a pincer action, see 06 18 25

06 18 30 *Wrist units*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal wrist by means of controlled motions

06 18 33 *Elbow units*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal elbow by means of controlled motions

06 18 36 *Shoulder units*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal shoulder by means of controlled motions

06 18 39 *External (side) joints for upper limb prostheses*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that constrain unwanted motion of the human joint(s)

Included are, e.g. wrist joints, elbow joints, shoulder joints.

06 18 40 *Humeral rotation units*

Functional components of upper limb prostheses that substitute for any restriction in the range of internal/external rotation of the shoulder due to the socket of the prosthesis

06 18 41 *Additional flexion units*

Functional components of upper limb prostheses between shoulder and elbow joints in a shoulder disarticulation prosthesis to improve the effective flexion range of the elbow

06 18 42 *Sockets for upper limb prostheses*

Interface components of upper limb prostheses that are in direct contact with the wearer for achieving support, stabilization and suspension; may contain elements which contribute to the activation and/or control of functional components

Included are, e.g. sockets for partial hand amputation, wrist disarticulation, trans-radial (below-elbow) amputation, elbow disarticulation, trans-humeral (above-elbow) amputation, shoulder disarticulation, forequarter amputation.

06 18 45 *Liners for upper limb prostheses*

Interface components of upper limb prostheses that are in direct contact with the wearer for achieving support, stabilization and suspension; may contain elements which contribute to the activation and/or control of functional components

Included are, e.g. liners to be placed in sockets for partial hand amputation, wrist disarticulation, trans-radial (below-elbow) amputation, elbow disarticulation, trans-humeral (above-elbow) amputation, shoulder disarticulation, forequarter amputation.

06 18 48 *Suspensory components*

Suspensory components that are used to maintain the prosthesis relative to the body

Included are, e.g. suspension components for the principal suspension sites, pelvis, trunk, shoulder(s), upper arm, humeral condyles, radial/ulnar styloids.

06 18 51 *Alignment components of upper limb prostheses*

Alignment components that permit changes in the position of the components of a prosthesis relative to one another

Included are, e.g. alignment components that are part of the structure of the prosthesis or can be removed and replaced by another structural component.

06 18 54 *Structural components of upper limb prostheses*

Structural components that connect the interface, functional and alignment components and maintain the integrity of the prosthesis

Included are, e.g. endoskeletal and exoskeletal components for prosthetic construction.

06 18 57 *Finishing (cosmetic) components of upper limb prostheses*

Cosmetic components that simulate the appearance and feel of the normal limb

Included are, e.g. shells, fillers, skins, stockings, gloves.

06 24 Lower limb prostheses

A collection of compatible components that can be integrated to produce a range of different lower limb prostheses

Included are, e.g. cosmetic lower limb prostheses.

06 24 03 *Partial foot prostheses*

Devices that replace part of the lower limb distal to the ankle joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

Included are, e.g. toe prostheses.

06 24 06 *Ankle disarticulation prostheses*

Devices that replace part of the lower limb at the ankle joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 24 09 *Trans-tibial prostheses*

Devices that replace part of the lower limb between the knee joint and the ankle joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

Devices that replace part of the lower limb at the knee joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 24 15 *Trans-femoral prostheses*

Devices that replace part of the lower limb between the hip joint and the knee joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 24 18 *Hip disarticulation prostheses*

Devices that replace the lower limb at the hip joint after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 24 21 *Trans-pelvic prostheses*

Devices that replace the lower limb together with part or all of the hemipelvis after amputation or, due to congenital limb deficiency

06 24 27 *Ankle-foot units*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal ankle and foot by means of controlled motions

Included are, e.g. separate ankle units, foot units.

06 24 30 *Axial rotators (Torque reducers)*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that allow transverse plane rotation, thus, reducing the torque submitted

06 24 31 *Load attenuators (Shock absorbers)*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb which reduce the impact load resulting from initial contact by allowing longitudinal motion (shortening)

06 24 32 *Prosthetic turntables*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb; prosthetic units that allow transverse plane rotation of the segment of the prosthesis distal to the turntable; may incorporate a lock which is automatically locked and manually unlocked in the walking position

06 24 33 *Knee units*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal knee by means of controlled motions

06 24 36 *Hip units*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that substitute for some of the functions of the normal hip by means of controlled motions

06 24 37 *External (side) joints for lower limb prostheses*

Functional components of lower limb prostheses that substitute for some of the dynamic and sensory attributes of the normal limb and that constrain unwanted motion of the human joint(s)

Included are, e.g. hip joints, knee joints, ankle joints.

06 24 40 *Liners for lower limb prostheses*

Interface components of lower limb prostheses for achieving support, stabilization and suspension; may contain elements which contribute to the activation and/or control of functional components

Included are, e.g. prefabricated and custom made liners to be placed in sockets for partial foot amputation, ankle disarticulation, trans-tibial (below knee) amputation, knee disarticulation, trans-femoral (above-knee) amputation, hip disarticulation, trans-pelvic amputation.

06 24 41 *Sockets for lower limb prostheses*

Interface components of lower limb prostheses that are in direct contact with the wearer for achieving support, stabilization and suspension; may contain elements which contribute to the activation and/or control of functional components

Included are, e.g. prefabricated and custom made sockets for partial foot amputation, ankle disarticulation, trans-tibial (below knee) amputation, knee disarticulation, trans-femoral (above-knee) amputation, hip disarticulation, trans-pelvic amputation.

06 24 42 *Suspensory components for lower limb prostheses*

Interface components used to maintain the prosthesis relative to the body

Included are, e.g. suspension components for the principal suspension sites, pelvis, thigh, femoral condyles, and/or malleoli.

06 24 45 *Alignment components for lower limb prostheses*

Alignment components that permit changes in the position of the components of a prosthesis relative to one another

Included are, e.g. alignment components that are part of the structure of the prosthesis or can be removed and replaced by another structural component.

06 24 46 *Structural components for lower limb prostheses*

Structural components that connect the interface, functional and alignment components and maintain the integrity of the prosthesis

Included are, e.g. endoskeletal and exoskeletal components for prosthetic construction.

06 24 47 *Finishing (cosmetic) components for lower limb prostheses*

Cosmetic components that simulate the appearance and feel of the normal limb

Included are, e.g. shells, fillers, skins, stockings, foot covers.

06 24 48 *Temporary prostheses for lower limb amputees*

Devices used for the early mobilization of lower limb amputees prior to the supply of a definitive prosthesis

Bijlage 7 Gebruikte terminologie

Terminologie rond functioneren

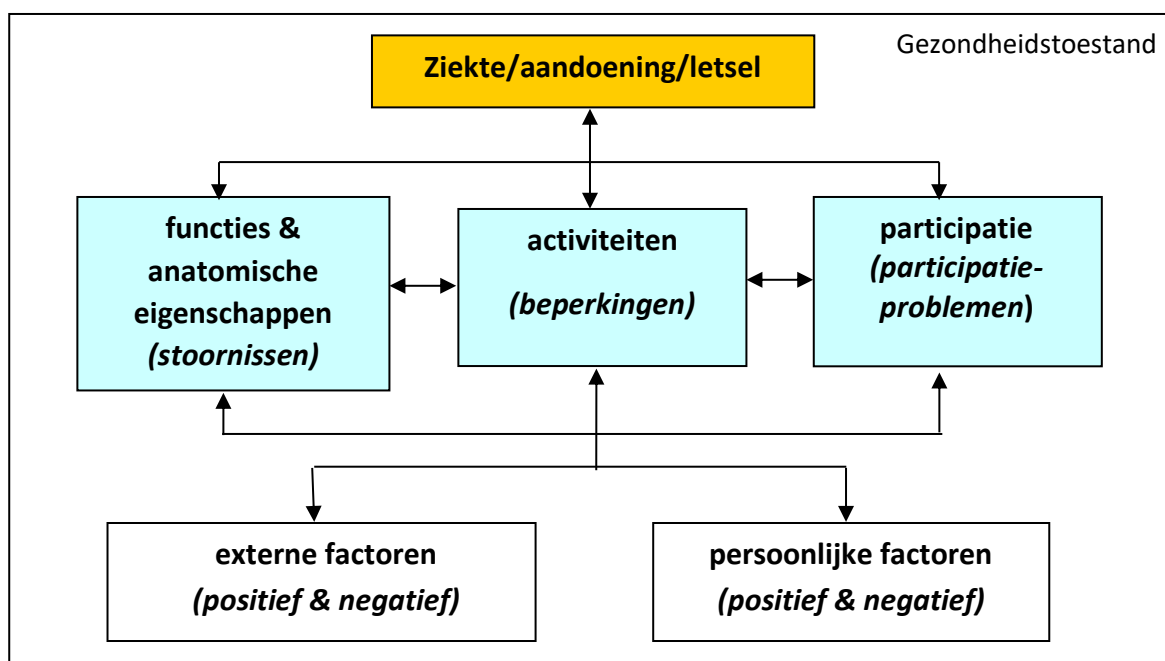
Het functioneren van mensen kan worden beschreven met behulp van terminologie ontleend aan de ICF, de International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001; RIVM 2002, 2008, 2018) en de ICF-CY (de kinder- en jeugdversie van de ICF) (WHO, 2007; RIVM, 2008, 2018).

ICF

De ICF kent drie perspectieven om het menselijk functioneren te beschrijven:

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

De overkoepelende term is 'functioneren' met als negatieve pendant 'functioneringsproblemen' of 'problemen met het functioneren'. Naast een lijst van fysiologische en mentale functies, een lijst met anatomische eigenschappen en een gecombineerde lijst voor activiteiten en participatie, bevat de ICF een lijst met 'externe factoren', waarmee het mogelijk is de positieve of negatieve invloed van de omgeving te beschrijven op elk niveau van functioneren. Ook persoonlijke factoren zijn van invloed op iemands functioneren, maar in de ICF is nog geen lijst met 'persoonlijke factoren' beschikbaar.⁷³



Figuur B7.1 ICF-schema.

De ICF is een classificatie waarmee het mogelijk is om een aantal gegevens in het kader van (het voorschrijven van) hulpmiddelen te klasseren (zie de figuur op de volgende bladzijde):

- de problemen met functioneren die de cliënt ondervindt op basis van zijn/haar medische situatie (ziekte, aandoening, medische verrichting, medicatie).

⁷³ Wel zijn er in de literatuur indelingen van persoonlijke factoren beschikbaar; o.a. Badley, 2006; Geyh et al., 2011; Grotkamp et al., 2012; Heerkens et al., 2017).

- het door de voorschrijver en door de cliënt zelf ingeschatte huidige en toekomstige c.q. mogelijk niveau van functioneren van de cliënt.
- het door de cliënt zelf gewenste niveau van functioneren.
- het beoogd gebruik van een hulpmiddel (human related intended use).
- het gerealiseerde niveau van functioneren na verstrekking van het hulpmiddel (resultaat / behaalde doelen).

Terminologie rond hulpmiddelen

Er wordt gebruik gemaakt van twee indelingen van hulpmiddelen: de ISO 9999 en de GPH-codering.

ISO 9999

De ISO 9999 is een internationale 'norm' voor hulpmiddelen (assistive products) en is ontwikkeld door ISO (International Standardization Organization). De ISO 9999 is bedoeld voor gebruikers, verstrekkers, leveranciers, verzekeraars en biedt een gestructureerd overzicht van hulpmiddelen voor personen met functioneringsproblemen. Deze classificatie is een 'related member' van de 'Family of International Classifications' (FIC) van de WHO. In de ISO 9999 zijn hulpmiddelen ingedeeld op basis van hun functie. De classificatie bestaat uit drie niveaus (hoofdgroepen, groepen en subgroepen) met voor ieder niveau codes, titels, toelichtingen, inclusies, exclusies en referenties.

*"ISO 9999 is bedoeld om onderlinge communicatie te bevorderen over ge- en verbruik van hulpmiddelen voor gehandicapten en ouderen. Het gaat hierbij vooral om het toepassen van de classificatie binnen informatiesystemen over hulpmiddelen, in het kader van het verstrekken van hulpmiddelen vanuit sociale en gezondheidsregelingen, voor de registratie en administratie van hulpmiddelen en vele andere aspecten van hulpmiddelen voor mensen met een handicap."*⁷⁴

De ISO 9999 bestaat uit drie niveaus van ieder 2 cijfers: de eerste twee cijfers geven een hoofdgroep aan, het derde en vierde cijfer een groep en het vijfde en zesde cijfer een subgroep.

Prothesen maken onderdeel uit van hoofdgroep 06 *Assistive products attached to the body for supporting neuromusculoskeletal or movement related functions (orthoses) and replacing anatomical structures (prostheses)*. Zie voor de indeling van arm- en beenprothesen Bijlage 6.

<https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/verwante-classificaties/iso-9999>

Generieke Productcode Hulpmiddelen (GPH)

De Generieke Productcode Hulpmiddelen (GPH-code) van VEKTIS is een indeling voor hulpmiddelen in Nederland en is gebaseerd op de internationale classificatie van technische hulpmiddelen ISO 9999. Naast de drie niveaus van de ISO 9999 wordt in de GPH her en der gebruik gemaakt van een vierde niveau.

Terminologie rond ziekten / aandoeningen

Er zijn verschillende classificaties voor het klasseren van ziekten / aandoeningen, zoals de ICD-10, die vooral in ziekenhuizen wordt gebruikt, de DSM-5 (psychiatrie) en de ICPC (huisartsen).

ICD-10/11

Hoewel de aandoening van de cliënt niet heel erg bepalend is in het soort hulpmiddel dat wordt verstrekt, zijn de medische diagnose en de eventuele nevenpathologie wel relevant. Voor het klasseren hiervan kan gebruik worden gemaakt van de ICD-10, Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen, Tiende Revisie (CSIZ, 1997), vertaling van de International Classification of

⁷⁴ <http://www.nen.nl>

Diseases and Related Health Problems (ICD-10) van de WHO (CSIZ, 1997; WHO, 1992) en zijn opvolger de ICD-11 (is nog niet in gebruik in de Nederlandse ziekenhuizen).

De ICD is de internationale standaardclassificatie van diagnostische termen voor de epidemiologie en voor vele doeleinden van gezondheidsmanagement. Deze omvatten de analyse van de algemene gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen en het monitoren van de incidentie en prevalentie van ziekten en andere gezondheidsproblemen in relatie tot andere variabelen, zoals de kenmerken en omstandigheden van de individuen die zijn aangedaan.

<https://www.whofig.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icd-10>

DSM-5

De DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), een classificatie voor psychische stoornissen, is ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association (APA). In 2013 verscheen de vijfde editie (DSM-5). Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen, wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder. De Nederlandse vertaling is gepubliceerd als het Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5) (APA 2014) en is tot stand gekomen in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

ICPC-2-nl

De International Classification of Primary Care (ICPC) is bedoeld om het domein van de huisartsengeneeskunde te ordenen. Deze classificatie maakt het mogelijk de meest voorkomende symptomen en klachten, diagnoses en interventies in de huisartsenpraktijk te benoemen en te coderen. De ICPC is een twee-assig classificatiesysteem: de ene as wordt gevormd door 17 hoofdstukken, elk met een lettercode, de andere as bestaat uit zeven componenten met een tweecijferige code.

<https://www.whofig.nl/familie-van-internationale-classificaties/verwante-classificaties/icpc-2>

Naast deze classificaties wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van de Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms. SNOMED CT. SNOMED CT is een medisch terminologiestelsel en bestaat uit een verzameling standaard termen met hun synoniemen, die in de directe patiëntenzorg gebruikt wordt voor de vastlegging van klachten, symptomen, omstandigheden, ziekteprocessen, interventies, diagnoses, resultaten en de besluitvorming. SNOMED CT wordt wereldwijd beschouwd als de meest veelomvattende, meertalige klinische terminologie voor de gezondheidszorg. Delen van SNOMED CT zijn vertaald in andere talen en grote delen van SNOMED CT zijn nu ook in het Nederlands beschikbaar; zie voor meer informatie:

<https://www.nictiz.nl/standaarden/snomed-ct/>.

Terminologie rond verrichtingen

Er wordt in veel Nederlandse ziekenhuizen gebruikgemaakt van de Verrichtingenthesaurus van de Dutch Hospital Data (DHD) en daarnaast wordt er internationaal gewerkt aan een nieuwe classificatie, de ICHI, de International Classification of Health Interventions.

Verrichtingenthesaurus van DHD

De Verrichtingenthesaurus van de DHD⁷⁵ is de landelijke standaard voor het registreren van medische verrichtingen in het elektronisch patiënten dossier (EPD). Dit gebeurt volgens het principe *eenheid van taal*, waarbij de vastgelegde gegevens voor meerdere doeleinden kunnen worden gebruikt. Elke twee maanden wordt een geactualiseerde versie van de Verrichtingenthesaurus uitgeleverd. Niet alle ziekenhuizen maken gebruik van deze thesaurus.

⁷⁵ <https://www.dhd.nl/producten-diensten/verrichtingenthesaurus/Paginas/Verrichtingenthesaurus.aspx>

ICHI

Op dit moment wordt internationaal gewerkt aan de ICHI, de International Classification of Health Interventions⁷⁶, is een nieuwe referentieclassificatie van de WHO-FIC. Hoewel er in de vorige eeuw al een classificatie verrichtingen van de WHO was, is deze langzaam uit beeld geraakt. Nu is er opnieuw belangstelling voor een internationale classificatie verrichtingen, met als resultaat de ICHI. De ICHI bevat zowel curatieve als preventieve (be)handelingen verricht in de (para)medische zorg. Het doel van de ICHI is de lidstaten van de WHO, zorgverleners, managers en onderzoekers een gemeenschappelijk instrument te bieden voor de statistische verslaglegging en analyse van de verdeling en ontwikkeling van verrichtingen in de gezondheidszorg.

⁷⁶ Ontleend aan: http://www.who-fic.nl/Familie_van_Internationale_Classificaties/Referentie_classificaties/ICHI_International_Classification_of_Health_Interventions

Bijlage 8 Omschrijving van gebruikte begrippen

In deze bijlage staat een omschrijving van de in de Module Prothesezorg gebruikte begrippen.

Deels zijn deze omschrijvingen ontleend aan het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg, deels zijn ze specifiek voor de Module Prothesezorg.

Begrip	Omschrijving	Bron
Aanvullend hulpmiddel	Zie hulpmiddel, aanvullend	
Activiteiten	Onderdelen van iemands handelen. De term verwijst naar het functioneren vanuit individueel perspectief.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Adequaat hulpmiddel	Zie hulpmiddel, adequaat	
Anatomische eigenschappen	Anatomische eigenschappen betreffen de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam. Tot de onderdelen van het menselijk organisme worden gerekend lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Armprothese	Een armprothese is een uitwendig hulpmiddel dat een afwezige of deficiënte arm ⁷⁷ geheel of gedeeltelijk vervangt. Een armprothese is een geïntegreerde constructie die opgebouwd is uit componenten.	Naar analogie van beenprothese (Bougie, 2019)
Basisrichtlijn	Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg is het resultaat van Fase 1 van het project 'Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen (RIFA). Fase 1 = opstellen van een basisrichtlijn als generieke Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg. Het is een uitgewerkte versie van de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg die gebruikt kan worden bij de ontwikkeling van meer specifieke richtlijnen. De term 'basis' geeft aan dat het gaat om een raamwerk dat later voor specifieke doelgroepen of hulpmiddelenklassen kan worden ingevuld; de term 'generiek' wordt gebruikt om aan te geven dat het gaat om een richtlijn die is te gebruiken voor alle soorten hulpmiddelen ongeacht de wijze van financiering. De Basisrichtlijn (BRL) is in die zin dus een Multiprofessionele, procesmatige richtlijn.	RIFA (CG-Raad,2010)
Beenprothese	Een beenprothese is een uitwendig hulpmiddel dat een afwezig of deficiënt been ⁷⁸ geheel of gedeeltelijk vervangt. Een beenprothese is een geïntegreerde constructie die opgebouwd is uit componenten.	Bougie, 2019

⁷⁷ Het gaat om de bovenste extremiteit; ook een hand- of vingerprothese valt daarmee onder de armprothesen.

⁷⁸ Het gaat om de onderste extremiteit; ook een voet-, teenprothese of enkel niveau valt daarmee onder de beenprothesen.

Behandelkader	Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep. Een behandelkader geeft aan wat de benodigde inhoudelijke deskundigheid en welke professionals betrokken moeten zijn. Het behandelkader dient inhoudelijk te worden afgestemd met de landelijke richtlijn. Op basis van een behandelkader kunnen behandelprogramma's op lokaal niveau worden ontwikkeld.	https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders
Beoogd functioneren	Functies, activiteiten en participatie die de cliënt wil, kan en mag uitvoeren. Daarbij dient rekening gehouden te worden met wat haalbaar is (bijvoorbeeld gezien de ernst van de aandoening en de aanwezige stoornissen), de wensen van de cliënt zelf en externe en persoonlijke factoren (bijvoorbeeld beschikbaarheid hulp en hulpmiddelen, motivatie, financiële mogelijkheden, woonsituatie).	Generiek model VRA
Beperkingen	De moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van bepaalde activiteiten. Een beperking kan een lichte of ernstige afwijking in kwalitatieve of kwantitatieve zin betreffen bij het uitvoeren van de activiteit.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Botverankerde prothese	Een prothese waarbij de prothese componenten met behulp van een osseointegratie implantaat aan het lichaam van een persoon met een been/arm amputatie bevestigd zijn.	Leijendekkers et al., 2016
Chirurgisch team	Het team van professionals dat zorgdraagt voor de cliënt die een amputatie ondergaat of heeft ondergaan (gericht op behandeling). NB Voor samenstelling van het chirurgisch team: zie tabel 'betrokkenen'.	
Cliënt	De betrokkene zelf / patiënt / prothesegebruiker / verzekerde, maar ook ouder / verzorger / mantelzorger / partner / kind / wettelijk vertegenwoordiger.	Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg / aangepast
Classificatie- of codestelsel	Een stelsel van regels waarin is vastgelegd hoe zorggegevens worden gegenereerd, vertaald, verzonden en gedecodeerd ten behoeve van elektronische uitwisseling.	Zorginstituut
Componenten, prothese-	Onderdelen waaruit een arm- of beenprothese is opgebouwd. ⁷⁹ . Het gaat meestal om één of	Bougie, 2019

⁷⁹ Er zijn verschillende soorten componenten, waaronder interfacecomponenten, functionele componenten, uitlijncomponenten, dragende componenten en afwerkingscomponenten (cosmetische componenten). Deze termen worden (deels) ook in ISO 9999 gebruikt (zie Bijlage 6). Voor een beschrijving van deze componenten wordt verwezen naar Bougie, 2019.

	meerdere halffabricaten. Bijvoorbeeld knie-units, enkel-voet units, liners en prothesekokers.	
'Definitieve' prothese	De prothese die aan het einde van fase 4 is gemaakt / samengesteld.	
Doeltreffendheid en doelmatigheid	Zie effectiviteit en efficiëntie	
Effectiviteit (doeltreffendheid) en efficiëntie (doelmatigheid of kosteneffectiviteit) Dit zijn twee gerelateerde begrippen met een delicaat maar niettemin belangrijk verschil in de betekenis.	<p>Doeltreffendheid of effectiviteit geeft aan dat het doel van een activiteit gerealiseerd wordt.</p> <p>Doelmatigheid of efficiëntie of kosteneffectiviteit is het bereiken van een doel met gebruik van zo weinig mogelijk middelen. Een proces is doelmatig als het ten opzichte van een norm weinig middelen gebruikt. Deze middelen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op tijd, inspanning, arbeidsuren, grondstoffen of geld. Het voorkomen van verspilling is vaak een goede manier om de doelmatigheid te vergroten.</p> <p>NB1 als je het over zorg hebt is het beter over doeltreffend en doelmatig te hebben (i.p.v. over doelmatig en doeltreffend) omdat onderzoek naar doelmatigheid geen zin heeft als een interventie niet effectief is. De eerste stap is dus altijd kijken naar de doeltreffendheid en als die op orde is, kan onderzoek worden gedaan naar de doelmatigheid.</p> <p>NB2 bij vragen rond 'doelmatigheid vanuit cliëntenperspectief' gaat het eigenlijk altijd over doeltreffendheid in het kader van een prothese: doet de prothese dat wat de cliënt ervan verwacht. Bij vragen rond 'doelmatigheid vanuit zorgverzekeraarsperspectief' gaat het meestal om 'echte' doelmatigheid. De prothese moet doen waarvoor het is bedoeld maar tegen zo min mogelijk kosten.</p>	Oproep Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg – open ronde 3; https://www.zonmw.nl/f/ileadmin/user_upload/Open_ronde_3.pdf
Eigen regie	Vermogen van een persoon om zelf te bepalen op welke wijze hij het eigen leven inricht (wonen, werken, sociale contacten) en hoe de zorg en/of begeleiding bij eventuele ziekte daarbij wordt ingevuld.	Glossarium Zorginstituut
Externe factoren	Deze verwijzen naar alle aspecten van de externe of extrinsieke wereld die de achtergrond van iemands leven vormen en als zodanig iemands functioneren beïnvloeden. Externe factoren omvatten de al dan niet door mensen gemaakte, fysieke wereld en zijn verschijnselen, andere mensen in verschillende relaties en rollen, attitudes en waarden, sociale systemen en dienstverlening, beleid, regels en wetten.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Functiegerichte aanspraak	De verzekeringsrechten in de zorgverzekeringswet zijn functiegericht omschreven. Dat betekent dat in	Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet

	de Zvw bepaald is welke zorg verzekerd is (het wat), maar dat niet bepaald wordt welke persoon of instelling deze zorg moet verlenen (het wie en hoe).	
Functionies	Functionies zijn de fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Functionaliteitsdiagnose	Een beroepsspecifiek oordeel van de zorgverlener over het gezondheidsprofiel van de cliënt als basis voor het – in samenspraak met de cliënt – op te stellen behandelplan.	Naar: Heerkens et al., 1997
Functionele eisen	De functionele eisen geven weer aan welke eisen het in te zetten product moet voldoen qua uitvoering en mogelijkheden. Deze eisen zijn merkonafhankelijk wat betekent dat er geen type / merk product aan is gekoppeld.	Nictiz/ kopgroep EvT
Functioneren	Functioneren is de paraplueterm voor functies, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Het functioneren van een persoon kan worden beschreven met behulp van een (combinatie van) functie(s) en/of anatomische eigenschap(en) en/of activiteit(en) en/of participatie.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Functionerend hulpmiddel	Zie hulpmiddel, functionerend	
Functioneringsgericht voorschrijven	In de Zvw verzekerde hulpmiddelenzorg betekent functioneringsgericht voorschrijven dat bij de keuze van een adequaat hulpmiddel rekening gehouden wordt met de functioneringsproblemen van de individuele verzekerde.	PH (Nictiz, 2009)
Functioneringsproblemen en daaruit voortkomende behoeften	Bij functioneringsproblemen is er sprake van een (combinatie van) stoornis(sen) en/of beperking(en) en/of participatieproble(m)en. Voortkomend uit de aandoening ontstaan stoornissen en beperkingen die het functioneren van verzekerde in zekere mate belemmeren. Gekoppeld aan die stoornissen en beperkingen bestaan er behoeften bij verzekerde om deze problemen op enigerlei wijze te compenseren dan wel op te heffen.	PH (Nictiz, 2009) / ICF (RIVM, 2002, 2018)
Generieke module	Zie zorgmodule.	
Hulpmiddel	Any product (including devices, equipment, instruments and software), especially produced or generally available, used by or for persons with disability <ul style="list-style-type: none"> • for participation • to protect, support, train, measure or substitute for body functions/structures and activities; or 	ISO 9999, 2016

	<ul style="list-style-type: none"> to prevent impairments, activity limitations or participation restrictions <p>NB1 er is nog geen Nederlandse vertaling beschikbaar van de ISO 9999, 2016</p> <p>NB2 niet alle hulpmiddelen zijn ook 'medische' hulpmiddelen, maar prothesen zijn dat wel!</p>	
Hulpmiddel, aanpasbaar	<p>Een hulpmiddel dat ontworpen en gemaakt is om te voldoen aan bepaalde functionele behoeften. Is normaliter beschikbaar in een aantal maatvoeringen. Het hulpmiddel heeft aanpassing door de leverancier om het geschikt te maken voor gebruik door een bepaalde cliënt. Een geprefabriceerd hulpmiddel wordt industrieel seriematig vervaardigd op basis van standaard maten en modellen.</p> <p>Voor het geprefabriceerd hulpmiddel op de markt gebracht wordt moet het voldoen aan de Richtlijn Medische Hulpmiddelen en voorzien zijn van de CE-conformiteitsmarkering.</p>	
Hulpmiddel, aanvullend	<p>Een hulpmiddel dat naast de prothese wordt gebruikt om het beoogd functioneren te realiseren (bijv. een kruk of een rolstoel).</p>	
Hulpmiddel, adequaat	<p>Een hulpmiddel is adequaat (passend / geschikt) als het doet wat het moet doen rekening houdend met de omstandigheden die het functioneringsprobleem van de cliënt bepalen (doeltreffend en cliëntgericht), maar als het niet ingewikkelder is dan nodig (doelmatig).</p>	
Hulpmiddel, functionerend	<p>Het hulpmiddel is gebruiksklaar (het hulpmiddel werkt en de verzekerde weet hoe hij met het hulpmiddel om moet gaan). Het hulpmiddel is te allen tijde adequaat (gepast of geschikt voor de omstandigheden van de verzekerde).</p>	Rijksoverheid
Hulpmiddel, medisch	<p>Medisch hulpmiddel is elk instrument, toestel of apparaat, software, implantaat, reagens of materiaal, dat door de fabrikant is bestemd om alleen of in combinatie te worden gebruikt bij de mens voor een of meer van de volgende specifieke medische doeleinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> diagnose, preventie, monitoring, voorspelling, prognose, behandeling of verlichting van ziekte; diagnose, monitoring, behandeling, verlichting of compensatie van een letsel of beperking; onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologische of pathologische toestand; Informatieverstrekking via in vitro-onderzoek van specimen afkomstig van 	MDR (EU) 2017/745 art. 2, lid 2

	<p>het menselijk lichaam, waaronder orgaan-, bloed- en weefseldonaties; waarbij de belangrijkste werking in of op het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.</p>	
Hulpmiddelenzorg	<p>Het geheel van op elkaar afgestemde zorg rond hulpmiddelen. Het proces start bij het signaleren van het probleem en eindigt bij de evaluatie of het hulpmiddel beantwoordt aan het beoogde doel. Tussentijdse beëindiging van het proces is aan de orde als blijkt dat het hulpmiddel geen geschikte oplossing is. Tussentijds instappen is aan de orde als het gaat om vervanging van het hulpmiddel bij een ongewijzigde situatie en een stabiel verloop.</p> <p>Het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg beschrijft wat goede hulpmiddelenzorg voor thuiswonende cliënten inhoudt. Uitgangspunt: iedere verzekerde die daar recht op heeft, moet – binnen de reikwijdte van de zorgplicht – een hulpmiddel krijgen dat het beste past bij zijn of haar persoonlijke situatie. Het Kwaliteitskader beschrijft hoe dat proces hoort te verlopen. De zorgvraag van de cliënt weegt daarbij zwaar.</p>	<p>PH (Nictiz, 2009)</p> <p>https://www.hulpmiddelenzorg.nl/goede-hulpmiddelenzorg/</p>
Hulpvraag	<p>Motief en doel van de patiënt om bij een zorgverlener te komen, bepaald door eigen opvattingen en belevingen. Daartoe behoren ook de verwachtingen van de hulp van de zorgverlener.</p>	
Human Related Intended use (HRIU)	<p>Dat wat het hulpmiddel, beredeneerd vanuit beoogd functioneren, mogelijk moet maken in de ogen van de cliënt. Activiteiten die de cliënt met het hulpmiddel wil doen (bijvoorbeeld boodschappen kunnen doen, kunnen sporten), dan wel die door het hulpmiddel worden overgenomen (bijvoorbeeld traplopen) en functies / anatomische eigenschappen die door het hulpmiddel worden ondersteund (bijvoorbeeld ademhaling) of vervangen/overgenomen (bijvoorbeeld bij iemand die een ledemaat mist).</p>	PH (Nictiz, 2009)
Indicator	<p>Een meetinstrument als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder aa van de Zorgverzekeringswet. Meetbaar aspect, uitgedrukt in een getal of percentage, dat iets zegt over de kwaliteit van zorg; gewoonlijk wordt een norm gesteld waaraan voldaan moet worden.</p>	Zorginstituut
Informatiestandaard	<p>Een informatiestandaard is een verzameling afspraken die er voor moeten zorgen dat partijen in de zorg informatie over de verleende zorg met de juiste kwaliteit betrouwbaar en tijdig kunnen vastleggen, opvragen, uitwisselen en overdragen.</p>	Zorginstituut

Kokerprothese	Een prothese waarbij de prothese componenten met behulp van een prothesekoker aan het lichaam van een persoon met een been/arm amputatie bevestigd zijn.	Paterno et al., 2018
Kwaliteitskader	Een document met landelijke normen voor de organisatie van zorg en het kwaliteitsbeleid binnen een bepaalde sector, discipline of onderdeel van de zorg en de (rand)voorwaarden die daarvoor nodig zijn. Dit vormt de basis voor het nemen van bestuurlijke verantwoordelijkheid en afleggen van verantwoording, en voor toezicht en bekostiging. Het kwaliteitskader is leidend voor nadere beschrijving van de zorg in richtlijnen en zorgstandaarden.	ZIN, 2014 / 2019
Kwaliteitsstandaard	Richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die: <ul style="list-style-type: none"> a. betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces; b. vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen; en c. overeenkomstig artikel 11a in het openbaar register is opgenomen. 	ZIN, 2014/2019
Liner ⁸⁰	Een interface die wordt toegepast als tussenlaag tussen de huid en de binnenwand van de prothese koker. NB Liners worden gebruikt om de prothesekoker te verbinden aan de stomp. Daarbij draagt de liner ook bij aan het optimaliseren van het krachtenspel op de stomp en krachten die overgebracht moeten worden naar de prothesekoker en de prothese als geheel.	Bougie, 2019
Machtiging	Voor sommige behandelingen, waaronder hulpmiddelen, moet de cliënt vooraf toestemming (machtiging) aanvragen bij zijn zorgverzekeraar. Pas als de cliënt die toestemming heeft, krijgt hij de kosten vergoed. Wordt vooraf geen toestemming (machtiging) aangevraagd, dan is het mogelijk dat de cliënt geen vergoeding krijgt. Meestal is het zo dat als een zorgverlener een contract heeft met deze zorgverzekeraar, de zorgverlener de machtiging voor de cliënt aanvraagt. Bij een zorgverlener zonder contract dient de cliënt zelf een toestemmingsformulier in te vullen samen met de zorgverlener.	
Medical Device Regulation (MDR)	De Medical Device Regulation (2017/745/EU) is op 25 mei 2017 van kracht geworden. Na een overgangperiode gelden vanaf 26 mei 2020 in de	

⁸⁰ Er zijn ook liners die een compressietherapie functie hebben en geen onderdeel zijn van de prothese; deze kunnen worden gebruikt bij oedeembehandeling.

	Europese Unie deze nieuwe strengere regels voor medische hulpmiddelen. ⁸¹	
Meetinstrument	Een middel (vragenlijst of indicator) waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg.	Zvw, Art. 1 eerste lid onder aa
Module	Zie zorgmodule	
Oefenopstelling	Een tijdelijke opstelling die toetst of de voorgestelde oplossing tegemoet komt aan de gestelde functionele eisen en of de cliënt in staat is de voorgestelde armprothese aan te sturen/ te bedienen / adequaat te gebruiken en te ervaren. De oefenopstelling is onderdeel van het selectieproces en met name bedoeld om de match tussen het programma van eisen en de te koppelen producteigenschappen te maken.	
Oefenprothese	Van een oefenprothese wordt gebruik gemaakt om de kijken of het voorgesteld ontwerp geschikt is met betrekking tot de huidbelastbaarheid in relatie tot (overbrengen van) gewicht. De oefenprothese heeft een universele pasvorm is eigendom van de zorginstelling.	
Onderhoudsplan	Plan waarin staat aangegeven wie de eigenaar is van de module en hoe deze wordt onderhouden.	
Oplossingsrichting	In het kader van hulpmiddelenzorg wordt hiermee bedoeld dat een keuze wordt gemaakt tussen het al dan niet inzetten van het binnen het betreffende Kwaliteitskader centraal staande hulpmiddel (hier een prothese), een andere zorgvorm (bijv. een operatie of medicatie) of een ander hulpmiddel (bijv. een rolstoel) dan wel een combinatie van het betreffende hulpmiddel (hier prothese) met een andere zorgvorm of een ander hulpmiddel. NB Als niet gekozen wordt voor een prothese eindigt het proces van prothesehulpmiddelenzorg.	
Osseointegratie implantaat	Een implantaat wat met zijn proximale uiteinde chirurgisch geïmplantéerd wordt in de intramedullaire holte van een bot en met het distale uiteinde percutaan uit de stomp steekt. De verankering van het implantaat in het bot vindt primair chirurgisch plaats en secundair door 'osseointegratie' (een mechanische verbinding tussen het botweefsel en het metalen implantaat).	Thesleff et al., 2018
Participatie	Iemands deelname aan het maatschappelijk leven.	ICF (RIVM, 2002, 2018)

⁸¹ Vanwege de coronacrisis is besloten om de invoering van de MDR met een jaar uit te stellen:
https://www.ccmo.nl/actueel/nieuws/2020/04/24/mdr-met-een-jaar-uitgesteld-naar-26-mei-2021?utm_medium=email.

Participatieproblemen	Participatieproblemen zijn de problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Paskoker	De paskoker is bedoeld als tussentijdse toets op de juiste pasvorm (contour en volume). De paskoker is daarmee onderdeel van het productieproces van een prothese.	
Probeerfase	De fase waarin de prothese – met eventuele wisseling van componenten - wordt geprobeerd voor zover het gekozen ontwerp uitproberen toelaat.	
Product Related Intended Use (PRIU)	<p>Een productkenmerk waarmee de fabrikant aangeeft wat de cliënt van het product kan en mag verwachten. Het is dus een kenmerk met een wettelijke status. Uitgeschreven gaat het om de volgende soorten producteigenschappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De functionaliteit van het hulpmiddel: Activiteiten waarbij het hulpmiddel kan worden gebruikt (bijvoorbeeld traplopen) en de stoornissen die door het hulpmiddel worden gecompenseerd (bijvoorbeeld afwijkende stand of verminderde belastbaarheid van een gewricht) • De technische capaciteiten van het hulpmiddel: deze eigenschappen bepalen in welke mate de functionaliteit haalbaar is: bijvoorbeeld hoe goed absorbeert het incontinentiemateriaal, hoe stijf is het materiaal, welke krachten kunnen worden opgevangen; • De gebruiksvriendelijkheid en het comfort van het hulpmiddel: wat zijn de materiaaleigenschappen (hypo allergeen), draaggemak, transporteerbaarheid, bevestiging, gemak van aan- en uit/afdoen. De ergonomische kant in traditionele zin; de handzaamheid, de hanteerbaarheid, generieke operationele aspecten; • De uiterlijke kenmerken van het hulpmiddel: de eigenschappen die bepalen hoe het hulpmiddel eruit ziet zonder dat ze van invloed zijn op de functionaliteit (kleur, (on)zichtbaarheid, etc.); • Overige eigenschappen die van invloed kunnen zijn op de keuze van het hulpmiddel (bijvoorbeeld onderhoud, materiaal, instelbaarheid). 	RIFA (CG-Raad, 2010)
Proefprothese	Dit is de voorfase van de 'definitieve' prothese en kan zowel in een therapeutische setting als in de thuissituatie ingezet worden. De proefprothese	

	sluit nauw aan op de behoeften vanuit het PvE en heeft een individuele pasvorm. In technische zin wordt de proefprothese zo geconstrueerd dat de beoogde pasvorm en fitting eventueel goed aanpasbaar zijn en dat de uitlijning van de prothese eenvoudig verstelbaar is.	
Programma van eisen	Een specificatie van de vereiste productkenmerken voor een hulpmiddel. Het programma van eisen komt tot stand door de verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel (weergegeven in human related intended use {HRIU}) te matchen met algemene productkenmerken (weergegeven in product related intended use [PRIU]).	RiFA (CG-Raad, 2010)
Prothese, arm	Zie armprothese	
Prothese, been-	Zie beenprothese	
Prothese, botverankerde	Zie botverankerde prothese	
Prothese, 'definitieve'	Zie 'definitieve' prothese	
Prothese, koker-	Zie kokerprothese	
Prothese, oefen-	Zie oefenprothese	
Prothese, proef-	Zie proefprothese	
Prothese, soort	Qua ledemaat: arm- en beenprothese. Qua bevestiging: kokerprothesen en botverankerde prothesen.	
Prothesecomponent	Zie component	
Prothesekoker	Het component van de prothese die de stomp omvat en beschermt en tevens krachten overbrengt van het lichaam naar de rest van de prothese. Aan de koker worden de overige componenten bevestigd.	
Prothesezorg	Zie hulpmiddelenzorg	
Protocol	Aanpassing op maat van een zorginhoudelijke richtlijn voor gebruik in een bepaalde omgeving.	RiFA (CG-Raad, 2010)
Register	Openbaar Register als bedoeld in artikel 66b, eerste lid van de Zorgverzekeringswet, waarin kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten worden opgenomen die getoetst zijn aan de criteria uit het Toetsingskader. Het Register is bedoeld om transparantie te bevorderen en kwaliteit van zorg voor iedereen zichtbaar te maken, zowel voor professionals als voor burgers.	Zorginstituut

Revalidatie	'Het (weer) valide worden' is een overkoepelende term die in grote lijnen onderverdeeld kan worden in Medisch Specialistische Revalidatie, Revalidatiegeneeskunde, eerstelijnsrevalidatie en geriatrische revalidatiezorg (GRZ).	Position Paper Revalidatiegeneeskunde
Revalidatie, medisch specialistische	Medisch specialistische revalidatie is toegerust voor diagnostiek en behandeling van kinderen en volwassenen met complexe, vaak blijvende en met elkaar samenhangende problemen van (de ontwikkeling van) functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag. Bovengenoemde problemen kunnen worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen (beschadigingen) van het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, de cardiovasculaire of pulmonale systemen of van een combinatie hiervan. Niet in alle gevallen (bijvoorbeeld bij jonge kinderen) is zo'n oorzaak (al) vast te stellen. Bovengenoemde problemen hebben gevolgen voor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren, met mogelijk ernstige consequenties voor de participatie in interpersoonlijke relaties, de rol in gezin, het huishouden, school of werk en vrijetijdsbesteding en voor sociaal-maatschappelijke functioneren.	VRA/RN. Nota indicatiestelling. 2016
Revalidatieteam	Het team van professionals dat er voor zorgt dat de cliënt een adequate, functionerende prothese krijgt. NB Voor samenstelling van het revalidatieteam: zie tabel 6.1.	
Richtlijn	Document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.	ZIN, 2014 / 2019
Samen beslissen	Samen beslissen (gedeelde besluitvorming, shared decision making) gaat uit van het principe dat als cliënten goed geïnformeerd worden door zorgverleners, en zelf actief betrokken worden bij de besluitvorming rond hun behandeling / zorg ze samen de best passende behandeloptie / zorgoptie kiezen. Het gaat uit van de gedachte dat zorgverleners en cliënten verschillende, maar even belangrijke, expertise in te brengen hebben bij het maken van beslissingen rond de zorg. Samen	FMS, 2019 iets aangepast; het gaat niet alleen om artsen, maar om alle zorgverleners.

	<p>beslissen betekent voor zorgverleners dat ze beter kunnen inspelen op de behoeften en voorkeuren van de cliënt. Voor de cliënt betekent samen beslissen dat er een keuze wordt gemaakt die het beste aansluit bij de eigen situatie en diens persoonlijke voorkeuren.</p> <p>In het proces van samen beslissen worden de volgende stappen doorlopen om ervoor te zorgen dat de beslissingen corresponderen met wat passend is voor de cliënt.</p> <p>Stap 1: Aangeven dat de cliënt meer dan één optie heeft en dat hij daar een stem in heeft.</p> <p>Stap 2: Bespreken van de verschillende opties met de cliënt waarin de volgende punten worden meegenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • voor- en nadelen en risico's van de opties; • verwachte uitkomsten van de opties; • de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de cliënt; • de mogelijke invloed van de opties op diens persoonlijke situatie. <p>Stap 3: Het samen komen tot een beslissing over het te volgen beleid.</p> <p>Aandachtspunten voor het proces van samen beslissen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er zijn meer opties waarbij 'niets doen' of 'afwachten' ook opties kunnen zijn. 2. De zorgverlener is bereid en gemotiveerd om de cliënt mee te laten beslissen. 3. De zorgverlener laat de voorkeuren, behoeften en omstandigheden van de cliënt meewegen in beleidsbeslissingen. 4. De cliënt moet de tijd hebben om over de beslissing na te denken (waarbij de benodigde tijd [Time out] o.a. afhangt van de behoefte van de cliënt en de medische urgentie om tot een besluit te komen). 5. De informatie aan de cliënt is afgestemd op diens gezondheidsvaardigheden. 	
Selecteren	Uitzoeken van de hulpmiddelen die voldoen aan het programma van eisen.	Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz-CVZ)
Stepped care	<p>Het principe van stepped care is: de patiënt wordt niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk is. Er wordt dus gestart met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan.</p> <p>In het kader van prothesezorg betekent stepped care, dat de eenvoudigste prothese wordt</p>	<p>Bijlage bij Protocolair GGZ, editie 2014 / Nederlands Huisartsen Genootschap: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf</p>

	geselecteerd die lijkt te voldoen aan de eisen om te komen tot het beoogd functioneren. Als deze prothese niet aan de behoefte van de gebruiker voldoet, wordt gekozen voor een betere variant.	
Stoornissen	Stoornissen zijn afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.	ICF (RIVM, 2002, 2018)
Taakdelegatie	Taakdelegatie is het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional.	Nivel, 2017; https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kansen_taaddelegatie_bedrijfsartsen.pdf
Taakherschikking	Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen.	
Trainen	Het leren omgaan met het hulpmiddel. De training is in feite gericht op het verkrijgen van voldoende vaardigheden in het gebruik van het hulpmiddel ter compensatie van de functioneringsproblemen.	PH (Nictiz, 2009)
Zelfmanagement	Zelfmanagement is het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan leven met een chronische aandoening.	http://www.improvingchroniccare.org/
Zorgaanbieder	Een zorginstelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener.	
Zorgdossier	Het totaal van informatie met betrekking tot de gezondheid van een cliënt inclusief de voor de cliënt vastgelegde diagnostiek en behandeling en de behandelingsovereenkomst.	
Zorginhoudelijke richtlijn	Stelsel van systematisch ontwikkelde aanwijzingen ter ondersteuning van de besluitvorming van zorgpartijen omtrent te verlenen zorghandelingen met betrekking tot een gezondheidskwestie in gespecificeerde zorgsituaties.	NVN-EN 13940
Zorginstelling	Een organisatie waarvan het hoofddoel de verzorging of behandeling van patiënten, of de bevordering van de volksgezondheid is; toevoeging in overwegingen: waaronder ziekenhuizen en instellingen, zoals laboratoria en volksgezondheidsinstellingen Hieronder moet in ieder geval het begrip 'zorgaanbieder', zoals gedefinieerd in artikel 1 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, worden begrepen.	MDR (EU)2017/745 art. 2 lid 36, Wet medische hulpmiddelen (in concept bij Eerste Kamer)

Zorgmodule	Onderdeel van een zorgstandaard bestaande uit generieke componenten. Zorgmodules zijn ziekte-overschrijdend en werken verbindend tussen zorgstandaarden. In het kader van prothesezorg is gekozen voor de term module.	BOH, 2017
Zorgplan	Beschrijving van geplande, op één persoon toegesneden zorgpakketten waarin één of meer gezondheids-kwesties worden behandeld, en die alle door een zorgverlener aan een cliënt te verlenen zorghandelingen omvatten. In het zorgplan kunnen handelingen van meerdere zorgverleners staan.	Zorginstituut
Zorgplicht	<p>a. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.</p> <p>b. Het waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd. Het gaat er ook om dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen.</p> <p>c. Onder de zorgplicht van een zorgverzekeraar wordt verstaan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg.</p>	Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html
Zorgproces	Ontvangst en verwerking van informatie- en zorgvragen, vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg.	ZIN, 2015/2018
Zorgstandaard	Document dat de standaardisatie beschrijft van het zorgproces en de stappen die de zorggebruiker doorloopt, ter ondersteuning van zorggebruikers,	ZIN, 2014/2019

	zorgaanbieders, zorgprofessionals en financiers van de zorg.	
Zorgverlener	<p>Iedere arts, PA-prothesiologie, ergo-/fysiotherapeut en verpleegkundige die - in het kader van de prothesezorg - betrokken is bij keuzen over gebruik, aanschaf, selectie en dergelijke van een prothese (al dan niet in combinatie met andere vormen van zorg en/of een ander aanvullend hulpmiddel). De betrokkenheid van een zorgverlener bij deze keuzen geeft een verantwoordelijkheid om daarbij zorgvuldig en integer te opereren.</p> <p>NB1 Voor eenduidigheid in dit document zijn de verwante termen, zorgdeskundige, zorgprofessional en voorschrijver vervangen door de ruim te interpreteren term zorgverlener.</p> <p>NB2 In tabel 6.1 is aangegeven welke zorgverleners een rol spelen in het kader van de Module Prothesezorg.</p>	
Zorgvraag	De samen met de zorgverlener geformuleerde vraag naar door een zorgverlener te verlenen zorg en ondersteuning rond selectie, aanschaf en gebruik van hulpmiddelen (in het kader van de voorliggende module gaat het om de prothese zelf en eventuele aanvullende hulpmiddelen).	

Bijlage 9 Onderhoudsplan

In dit onderhoudsplan wordt omschreven hoe de Module Prothesezorg onderhouden wordt. In dit onderhoudsplan wordt omschreven wie voor het onderhoud verantwoordelijk is en op welke wijze het onderhoud plaatsvindt.

Onderhoud

Onder onderhoud wordt het actueel houden, doorontwikkelen, evalueren en bijstellen van de module verstaan.

Naam van de module

- Module Prothesezorg: arm- en beenprothesen (verder afgekort als Module Prothesezorg).

Geplande revisiedatum

De module zal, zolang de module opgenomen is in het Register, onderhouden worden door de betrokken partijen.

Minimaal jaarlijks zal bekeken worden of de module geactualiseerd/herzien moet worden (bijvoorbeeld op basis van nieuwe wetgeving en de publicatie van nieuwe richtlijnen).

Tevens is er een datum gepland waarop de revisie van de gehele module zal starten.

- Geplande revisiedatum: 1 oktober 2025

Betrokken partijen

De Module Prothesezorg is ontwikkeld door en ingediend namens de volgende partijen:

- KorterMaarKrachtig (KMK)
- Ergotherapie Nederland (EN)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Beroepsvereniging voor Orthopedisch Technologen (NBOT)
- NVOS Orthobanda
- Stichting Orthopedische Hulpmiddelenzorg Nederland (SOHN)
- Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Deze partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de gehele module. Voor de ontwikkeling van de module hebben deze partijen zich georganiseerd in het Platform Prothesezorg. Het Platform Prothesezorg is verantwoordelijk voor het onderhoud van de module en het ontwikkelen van de nog op te leveren onderdelen van de module zoals benoemd in het aanbiedingsformulier. De samenstelling van het platform kan in de loop van tijd wijzigen.

De deelnemers aan het platform zorgen ervoor dat er vanuit hun organisatie voldoende inzet is om de module, zolang deze in het Register is opgenomen, te onderhouden en de nog op te leveren onderdelen mee te ontwikkelen.

Aanspreekpunt

KMK is het aanspreekpunt van de module. Dit houdt in dat KMK:

- voor het Zorginstituut de contactpersoon is namens de betrokken partijen;
- de module namens betrokken partijen bij het Zorginstituut indient en wijzigingen/herzieningen van de module doorgeeft;
- alle betrokken partijen goed informeert.

Ondersteuning

De ontwikkeling en het onderhoud van een module vragen veel tijd van betrokken partijen. Het ministerie van VWS wil daarom betrokken partijen ondersteunen bij het ontwikkelen, onderhouden en implementeren van de module. Via een subsidie aan Vilans worden betrokken partijen door het ministerie op facilitaire, secretariële en bestuurlijke wijze ondersteund in de ontwikkelfase en in de onderhouds- en implementatiefase. Concreet houdt de ondersteuning in dat Vilans ten behoeve van de platformoverleggen een door partijen aangedragen externe voorzitter contracteert, een secretaris levert en voor de vergaderlocaties zorgt. Daarnaast beheert Vilans een budget dat het platform kan aanwenden tijdens de onderhouds- en implementatiefase. Dit budget kan onder meer ingezet worden om aanvullende expertise of ondersteuning in te huren, of om andere onkosten uit te betalen.

De subsidie loopt per kalenderjaar en wordt jaarlijks opnieuw bij het ministerie aangevraagd.

Indien er voor ontwikkeling, ondersteuning of implementatie meer budget gewenst is, zullen betrokken partijen zich moeten beraden welke gevolgen dit heeft en zal mogelijk gekeken moeten worden naar alternatieve oplossingen of cofinanciering.

Werkwijze

Platform Prothesen

Deze samenwerking van de partijen in het Platform Prothesezorg zal worden voortgezet om de module te onderhouden en om de nog op te leveren onderdelen te ontwikkelen. Daarnaast zal het platform een nog nader door het platform vast te stellen rol met betrekking tot de implementatie vervullen.

Het platform zal periodiek, ongeveer vier keer per jaar, voor dit doel bij elkaar komen. De platformoverleggen worden gecoördineerd door KMK, de voorzitter en de secretaris. Namens het platform nemen KMK, de voorzitter en de secretaris deel in de Kennisgemeenschap Hulpmiddelenzorg waar generieke knelpunten en oplossingen met andere platforms gedeeld kunnen worden.

Naast de platformoverleggen zal met name voor het ontwikkelen van de nog op te leveren onderdelen meer overleg en inzet van betrokken partijen nodig zijn. Hiervoor, of voor andere activiteiten die meer inzet vragen, kan het platform werkgroepen in het leven roepen.

Werkwijze tussentijdse herzieningen

Als aanspreekpunt van de module is KMK de organisatie waar men opmerkingen en ontwikkelingen over en wensen voor de module aan kan richten. Betrokken platformpartijen hebben een verantwoordelijkheid voor het signaleren en doorgeven van dit soort opmerkingen, ontwikkelingen en wensen.

Samen met de voorzitter en secretaris verzamelt en analyseert KMK de binnengekomen input. Deze input wordt gedeeld met het platform. Het platform bepaalt vervolgens of de module in aanmerking komt voor herziening. Indien nodig, zorgt het platform gezamenlijk voor het aanpassen van de module.

Nadat er binnen het platform consensus over de aanpassing is ontstaan en er autorisatie heeft plaatsgevonden, zal de aangepaste module opnieuw aan het Register van het Zorginstituut worden aangeboden.

Overigens hoeft niet bij iedere aanpassing of aanvulling van de module de procedure van onderschrijving en officiële indiening opnieuw doorlopen te worden. Als de inhoud van de module niet wezenlijk verandert, en betrokken partijen hebben afgesproken welke aanpassingen / aanvullingen gedaan kunnen worden zonder dat daarvoor nieuwe goedkeuring nodig is, dan kunnen tussentijds aanvullingen / aanpassingen door het aanspreekpunt worden doorgegeven aan het Zorginstituut.

Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg

De Module Prothesezorg is onderdeel van het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. De Patiëntenfederatie is verantwoordelijk voor dit Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. Naast de Module Prothesezorg zijn er binnen dit Kwaliteitskader de volgende andere modules: Continëntie Hulpmiddelen, Stoma Hulpmiddelen, Diabetes Hulpmiddelen en Compressiehulpmiddelenzorg.

Voor het onderhoud en de (door-)ontwikkeling van de module wordt regulier afgestemd en kennis gedeeld met de andere platforms in de Kennisgemeenschap Hulpmiddelenzorg. Deze afstemming en kennisdeling wordt gefaciliteerd door Vilans.

Het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en de bijbehorende modules vallen bestuurlijk onder het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen (BOH). Het Platform Prothesen stemt zijn plannen en vorderingen af met het BOH. Indien er bij de ontwikkeling of implementatie knelpunten naar voren komen die niet binnen het platform opgelost kunnen worden, dan kunnen deze geëscaleerd worden naar het BOH.