

Module Continentie Hulpmiddelen

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
2 Uitgangspunten	5
3 Cliënten	6
4 Opbouw Module CH	6
5 Professionals en de stappen waarbij ze betrokken zijn.....	7
6 Nadering uitwerking stappen voor de twee routes - eerste lijn en tweede lijn	11
6.1 Beschrijving cliënt in de eerste lijn - absorberend en afvoerend materiaal.....	11
6.2 Beschrijving cliënt in de tweede lijn – absorberend & afvoerend materiaal	17
7 Indicatoren	23
8 Implementatie en doorontwikkeling	23
Bijlage 1 Gebruikte literatuur	27
Bijlage 2 Betrokkenen bij de ontwikkeling Module CH.....	28
Bijlage 3 Wijze waarop de module tot stand is gekomen.....	30
Bijlage 4 Afkortingen.....	31
Bijlage 5 Door de werkgroep continëntie hulpmiddelen genoemde knelpunten	32
Bijlage 6 PES formulier	33
Bijlage 7 Competenties	36
Bijlage 8 Gebruikte terminologie	49
Bijlage 9 Schema's HRIU – PRIU voor afvoerende en absorberende continëntie hulpmiddelen ...	52

Samenvatting

De Module Continentie Hulpmiddelen valt onder het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. In het kwaliteitskader wordt in generieke 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 Kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld. De Module Continentie Hulpmiddelen is zo'n Kwaliteitsstandaard.

De Module Continentie Hulpmiddelen richt zich op cliënten die gebruik (gaan) maken van continenthulpmiddelen (opgedeeld in drie groepen: zelfzorg, eerste lijn en tweede lijn). Het gaat daarbij om mensen die last hebben van urine of fecale continentieproblemen, neurologische aandoeningen en om (fragiele) ouderen, cognitief 'kwetsbare' cliënten en cliënten die terminaal zijn. De module geeft een beschrijving van het proces van hulpmiddelenzorg zoals dat er in 2018 uit moet zien. Bij de beschrijving wordt gebruik gemaakt van de Basisrichtlijn voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen (RiFA). Apart voor de 1^e en de 2^e lijn worden de activiteiten van de professionals beschreven en de stappen waarbij ze betrokken zijn.

Voor algemene informatie en voor een uitleg van relevante begrippen wordt verwezen naar het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen.

Het implementatieplan en de wijze waarop deze module moet worden doorontwikkeld staan beschreven in het implementatieplan.

De Module Continentie Hulpmiddelenzorg is in juli 2017 vastgesteld en ingeschreven in het Register van het Zorginstituut.

In augustus 2018 zijn twee nadere uitwerkingen aan de Module toegevoegd:

De beschrijving van de competenties per 1-1-2022 (bijlage 7);

Het HRIU-PRIU schema voor darmcontinentie (bijlage 9).

1 Inleiding

De Module Continentie Hulpmiddelen (verder aangeduid als Module CH) beschrijft het proces van hulpmiddelenzorg voor mensen met continentiestoornissen¹ in de thuissituatie, zoals opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw).² Het gaat daarbij zowel om absorberende materialen³ als afvoerende materialen.

De module sluit aan bij het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (Werkgroepen continentie, diabetes en stoma hulpmiddelen VWS, 2017) en bij de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz, 2009) en de Basisrichtlijn voor Functiegericht Aanspraak hulpmiddelen (RiFA) (CG-Raad, 2010)⁴ waarop het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is gebaseerd.

In de Module CH wordt uitgegaan van het functioneringsgericht voorschrijven⁵ van hulpmiddelen; daarmee wordt bedoeld dat er in het proces van voorschrijven het functioneren van de cliënt centraal staat. Daarbij moet de hulpmiddelenzorg cliëntgericht, doeltreffend, doelmatig en transparant zijn. Dat laatste betekent dat inzichtelijk moet zijn waarom gekozen is voor dat specifieke hulpmiddel. Voor een verdere toelichting op het functioneringsgericht voorschrijven van hulpmiddelen wordt verwezen naar het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. Voor inzicht in het aantal gebruikers van continentiehulpmiddelen en de kosten van continentiehulpmiddelen betaald vanuit de Zorgverzekeringswet wordt verwezen naar de GIP⁶ databank (<http://www.gipdatabank.nl>).

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). 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) en het niveau van de samenleving (participatie(problemen)). Daarnaast kan de ICF worden gebruikt voor het beschrijven van externe factoren (zie Bijlage 8).⁷

¹ Met continentiestoornissen worden bedoeld stoornissen in de functies gerelateerd aan urinelozing en defecatie (zie Regeling Zorgverzekeringen). In ICF-termen gaat het dan met name om stoornissen in de urinelozing (het legen van de blaas), stoornissen in urinecontinentie (controle over urinelozing) en stoornissen in fecale continentie (willekeurige controle over de uitscheiding).

² Conform het Generiek Kwaliteitskader gaat het om de keuze van continentie hulpmiddelen in de thuissituatie, zoals opgenomen in de Zvw (Zorgverzekeringswet). Continentie hulpmiddelen die onder de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) vallen en hulpmiddelen die worden verstrekt aan klinische patiënten, mensen verblijvend in revalidatiecentra en mensen verblijvend in verpleeghuizen vallen buiten het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en dus ook buiten de Module CH. Continentie hulpmiddelen verstrekt aan klinische patiënten en mensen verblijvend in revalidatiecentra worden betaald via DBC's; de hulpmiddelen die worden gebruikt in verpleeghuizen vallen onder de AWBZ. Wel kan het zo zijn dat de continentie hulpmiddelen die in de thuissituatie worden gebruikt, zijn voorgeschreven vanuit de 2^e lijn en dus worden betaald vanuit de Zvw; die continentie hulpmiddelen worden wel meegenomen. Ook continentie hulpmiddelen van mensen verblijvend in verzorgingshuizen worden betaald vanuit de Zvw en vallen dus wel onder deze module.

³ Binnen de reikwijdte van de Zvw – en daarmee voor vergoeding in aanmerking komend – is het toepassen van absorberende materialen bij ongewild verlies van urine wat langer duurt dan twee maanden en/of ongewild verlies van ontlasting wat langer duurt dan twee weken, waardoor het dagelijks leven ernstig wordt verstoord en waarbij langdurig gebruik van continentie hulpmiddelen noodzakelijk is (vanaf 4 jaar). Ook het gebruik van absorberende materialen in de terminale fase valt onder de reikwijdte van de Zvw. Zie voor nadere details: CVZ, 2011.

⁴ Beide bestaan uit zeven stappen die vermeld staan in Figuur 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, uitproberen en beslissen; 5) Leveren en instrueren; 6) Gebruiken; 7) Evalueren.

⁵ Hoewel strikt genomen de term 'voorschrijven' in het kader van hulpmiddelenzorg niet correct is - in tegenstelling tot medicijnen worden hulpmiddelen niet 'voorgeschreven', maar geïndiceerd; dit komt omdat hulpmiddelen, in tegenstelling tot medicijnen, vrij verhandelbaar zijn – is in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen besloten om de term 'voorschrijven' te gebruiken omdat deze gangbaar is in de dagelijkse praktijk.

⁶ GIP staat voor Genees- en Hulpmiddelen Informatie Project.

⁷ De ICF bevat geen lijst persoonlijke factoren (zie voor een toelichting op de ICF bijlage 8). Wel staat er in de toelichting een aantal voorbeelden genoemd en hier en der zijn lijstjes met persoonlijke factoren in gebruik. In het project is

Hoewel in de Module CH wordt uitgegaan van de situatie dat continëntie hulpmiddelen voor de betrokken cliënt relevant zijn, is het belangrijk om te benadrukken dat continëntiehulpmiddelen niet altijd de meest geëigende oplossing zijn voor mensen met continëntieproblemen. Zo kan het zijn dat – op de langere termijn – het beter is dat mensen bijvoorbeeld worden verwezen voor bekkenfysiotherapie of dat ze beter geopereerd kunnen worden. De beslissing over het al dan niet gebruiken van hulpmiddelen – al dan niet in combinatie met een andere zorgvorm - valt voor ieder individu ‘op maat’ in stap 3a (bepalen oplossingsrichting) van de Module CH. Als een hulpmiddel niet (of nu/nog niet) de aangewezen zorgvorm is, eindigt het proces zoals beschreven in de Module CH (of wordt dit proces opgeschort). Voor de omschrijving van de andere zorgvormen voor mensen met continëntiestoornissen wordt verwezen naar de beschikbare richtlijnen en standaarden op dit gebied. Voorbeelden:

<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-incontinentie-voor-urine-bij-vrouwen>
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-mictieklachten-bij-mannen>
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/incontinentie_voor_urine.pdf
<http://nvfb.fysionet.nl/2013-fysiocongres/richtlijn-urine-incontinentie-bij-kwetsbare-ouderen.pdf>
<http://nvfb.fysionet.nl/v-02-2011-stress-urine-krt.pdf>
[http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/Definitieve%20richtlijn%20Prolaps%202014%20\(1\).pdf](http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/Definitieve%20richtlijn%20Prolaps%202014%20(1).pdf)

2 Uitgangspunten

Het meest belangrijke uitgangspunt is dat de hulpmiddelenzorg, ook de zorg rond continëntie hulpmiddelen, merkbaar beter moet. Daarvoor is het noodzakelijk om richtlijnen / protocollen op te stellen en te implementeren, waarbij sprake is van een balans tussen doeltreffendheid en doelmatigheid en die bij de zorginkoop 2018 een rol spelen.

Met andere woorden, bij de ontwikkeling van de Module CH is gestreefd om ten behoeve van de inkoop 2018 te komen tot een beschrijving van een kwalitatief merkbaar beter proces van zorg rond continëntie hulpmiddelen, waarbij rekening gehouden is met de haalbaarheid. In de paragraaf over doorontwikkeling wordt aangegeven welke stappen er nog gezet moeten worden om het proces van continëntie hulpmiddelenzorg – op een termijn van vijf jaar – verder te verbeteren.

In het begin van het ontwikkelproces van de Module CH⁸ heeft de werkgroep een aantal knelpunten benoemd (bijlage 5) rond indicatie, selectie, levering, instructies en systematische monitoring en evaluatie die hebben geleid tot de keuze van nog een aantal extra uitgangspunten rond onderdelen van het proces:

1. Een programma van eisen (PvE), ook vaak voorschrift genoemd, dat transparant is en dat is opgesteld door een competente zorgprofessional conform de daarvoor bestaande richtlijnen en standaarden (naar analogie van dat wat staat beschreven onder functioneringsgericht voorschrijven van hulpmiddelen).
2. Een verstrekking die past bij het voorschrift (dus conform de principes van functioneringsgericht voorschrijven).
3. Helderheid wie wat doet en welke competenties nodig zijn om (delen van) hulpmiddelenzorg uit te voeren.
4. Een procesgang voor als er geen passende oplossing wordt ervaren (stel dat tijdens het proces blijkt dat er geen geschikt hulpmiddel voorhanden is, het geschikte hulpmiddel bij nader inzien niet voldoet of de gezondheidsproblemen van de cliënt zodanig veranderen dat teruggegaan moet worden in het proces).

gekeken welke persoonlijke factoren van invloed kunnen zijn op het proces van hulpmiddelenzorg voor mensen met continëntieproblemen.

⁸ De wijze waarop de Module CH tot stand is gekomen staat beschreven in bijlage 3.

3 Cliënten

Cliëntengroep

Er zijn drie groepen cliënten die gebruik (gaan) maken van continenthulpmiddelen:

- 1 **Zelfzorg:** cliënten die het gebruik van continenthulpmiddelen starten op eigen initiatief en onder eigen regie; voor deze cliënten moet er voldoende informatie (folder, website, etc.) beschikbaar zijn zodat zij kunnen bepalen of contact met een zorgprofessional nodig / gewenst is (zij worden dan in de folder of op de website geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts; en gaan over naar categorie 2). De activiteiten van de categorie zelfzorg worden in de Module CH niet verder uitgewerkt. Op termijn zal op basis van de in de Module Continentie Hulpmiddelen opgenomen informatie een vereenvoudigd protocol (of handreiking / leidraad) voor cliënten worden ontwikkeld rond de aanschaf van absorberende continentie hulpmiddelen⁹ (zie doorontwikkeling).
- 2 **Eerste lijn:** cliënten waarbij de zorg start vanuit de eerste lijn, vaak de huisarts, die de medische indicatie stelt, nagaat of er onderliggend lijden is dat behandeld moet worden, die besluit of hulpmiddelen nodig zijn en die vervolgens het voorschrijven van het hulpmiddel en de periodieke evaluatie van de benodigde continenthulpmiddelen elders in de keten laat verzorgen.
- 3 **Tweede lijn:** cliënten waarbij het voorschrift en de periodieke evaluatie van benodigde continentie hulpmiddelen gedaan wordt door professionals in de tweede lijn in het kader van een klinische of poliklinische behandeling / revalidatie. Een deel van deze cliënten gaat over naar de eerste lijn. Periodieke evaluatie vindt voor deze cliënten plaats in de eerste lijn.

Aandoeningen / gezondheidsproblemen

In het kader van de module CH is qua aandoening gekozen voor de volgende hoofdgroepen¹⁰:

- a. cliënten die aangeven last te hebben van urine of fecale continentieproblemen
- b. cliënten met fecale continentieklachtenproblemen¹¹
- c. cliënten met neurologische aandoeningen
- d. (fragiele) ouderen
- e. cognitief 'kwetsbare' cliënten
- f. cliënten die terminaal zijn.

Er kan ook sprake zijn van een combinatie.

4 Opbouw Module CH

Hoewel de Basisrichtlijn RiFA start met de cliënt die een probleem ervaart in zijn functioneren en die vervolgens een beslissing neemt over wat hij¹² gaat doen (stap 1), start de Module CH feitelijk pas als de keuze voor een hulpmiddel al is gemaakt (halverwege stap 3a); daarom worden in de module de stappen 1 en 2 alleen in globale termen beschreven. Net als in RiFA worden de activiteiten beschreven passend bij zowel de rol als cliënt als bij de rol als zorgprofessional of leverancier¹³.

⁹ Een mooi voorbeeld is de folder 'Zuurstof thuis; wat moet ik weten' van het Longfonds.

¹⁰ Daarbij is gebruik gemaakt van de in het rapport Optimum Continence Service Specification (OCSS), genoemde vier 'patient profiles': Stress and urgency; Faecal continence; Neurological; Elderly / cognitively impaired (Wagg et al. 2014).

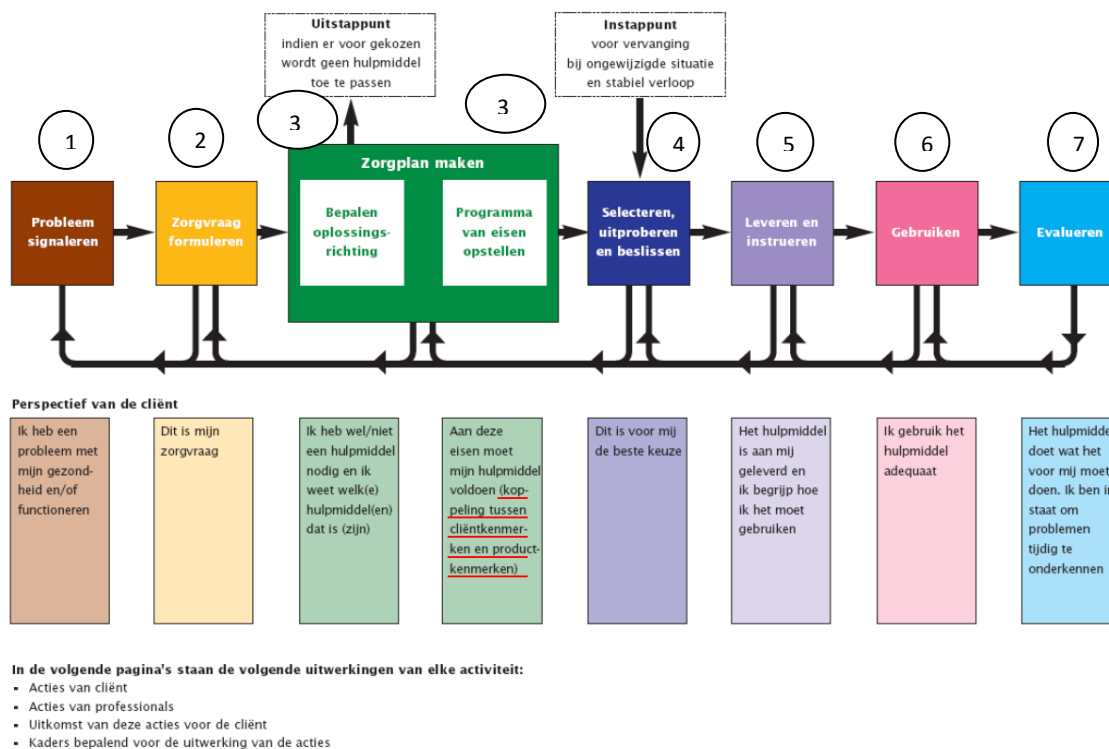
¹¹ Bij een neurogene darm is er onvoldoende controle over de darmactiviteit. De oorzaak is een beschadiging van het zenuwstelsel, waardoor de zenuwprikkels naar de darm verstoord zijn. Bij een neurogene darm heeft iemand geen controle over het ophouden en krijgen van ontlasting.
Het niet kunnen ophouden van ontlasting (fecale incontinentie) is een belangrijk verschijnsel. Daarnaast is er meestal sprake van een trage darmwerking, wat leidt tot chronische obstipatie. De behandeling is gericht op het voorkomen van incontinentie en daarnaast op het bevorderen van een goede stoelgang. Bij incontinentie voor ontlasting zijn hulpmiddelen (zoals anale tampons of speciale luiers) vaak noodzakelijk. Ter bevordering van een goede stoelgang is het belangrijk veel te drinken en vezelrijk voedsel te eten. Daarnaast zijn vaak laxeremiddelen nodig. Ook toucheren en darmspoelingen kunnen noodzakelijke behandelingen zijn.

¹² Overall waar staat hij/hem kan ook zij/haar gelezen worden.

¹³ In RiFA worden beide groepen tezamen aangeduid als zorgdeskundigen omdat er veel groepen van hulpmiddelen zijn waarbij de zorgprofessional ook de leverancier is, denk bijvoorbeeld aan orthopedisch schoentechnici. Bij continentie

De Module CH bestaat, naar analogie van de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz, 2009) en RiFA (CG-Raad, 2010), uit zeven stappen (Figuur 1), die hieronder beschreven staan.

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg



Figuur 1 Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (Nictiz, 2009)
De nummers van de stappen zijn toegevoegd.

5 Professionals en de stappen waar ze bij betrokken zijn

In de eerste lijn gaat het om professionals werkzaam in de huisartspraktijk, fysiotherapiepraktijk, verzorgingshuis, wijkzorg, medisch speciaalzaak en apotheek. In de tweede lijn om professionals werkzaam in ziekenhuis en revalidatiecentrum.

Professionals werkzaam in een verpleeghuis vallen buiten deze module omdat het alleen gaat om hulpmiddelen betaald vanuit de Zvw.

De uitwerking van de rollen van de verschillende professionals vindt plaats in de beschrijving van de hulpmiddelenzorg in de eerste en de tweede lijn.

In de tabellen 1 en 2 staan de professionals vermeld en de stappen waarbij ze betrokken zijn. In bijlage 7 staan de competenties van de professionals per stap beschreven.

materialen, die grotendeels geprefabriceerd zijn en geen aanpassing behoeven, is de taakverdeling tussen zorgprofessionals en leveranciers eenduidiger, vandaar dat ze apart worden genoemd. Overigens kunnen professionals werkzaam bij apotheken en medisch speciaalzaken zowel de rol van zorgverlener hebben als de rol van leverancier.

Professionals eerste lijn

Voor professionals betrokken bij hulpmiddelenzorg aan cliënten in de **eerste lijn** geldt als regel:

Uitgangspunt is dat functioneringsgericht wordt voorgeschreven op basis van functionele eisen aan het hulpmiddel (eisen waaraan het hulpmiddel moet voldoen qua uitvoering en mogelijkheden) en dat wordt gezocht naar hulpmiddelen die kenmerken beschikken die het best bij deze functionele eisen passen.

Er zijn twee uitzonderingen waarbij er geen keuze uit vooraf bepaald aanbod geboden kan worden (en men derhalve op één merk en type uitkomt), namelijk:

- a) Indien er slechts één hulpmiddel aan de functionele eisen voldoet c.q. over de vereiste functionele kenmerken beschikt (er is maar aanbod uit één);
- b) Indien op zorginhoudelijke gronden voor de cliënt een noodzaak bestaat voor één bepaald merk en type.

Deze afwijking van de hoofdregel moet in het programma van eisen (PvE) / voorschrift onderbouwd worden weergegeven. Als het Programma van Eisen compleet, onderbouwd en toetsbaar is, met inachtneming van de doelmatigheid, wordt de productkeuze opgevolgd door de leverancier. In het contract tussen leverancier en zorgverzekeraar is daarin voorzien.

Professionals tweede lijn

Voor professionals betrokken bij hulpmiddelenzorg aan cliënten in de **tweede lijn** geldt als regel:

- Indicatiestelling en periodieke controle in de instelling (tenzij de cliënt niet meer in behandeling is bij de tweede lijn, de periodieke controle vindt dan plaats in de eerste lijn);
- Oordeel van de gespecialiseerde continëntieverpleegkundige in de instelling is bepalend, zowel voor leverancier als zorgverzekeraar;
- Als er sprake is van én afvoerend én absorberend continëntiehulpmiddelen, dan:
 - indicatie en evaluatie in één hand (gespecialiseerd continëntieverpleegkundige)
 - hulpmaterialen bij voorkeur bij één leverancier bestellen.

De productkeuze die wordt uitgetest en bepaald door de gespecialiseerd continëntieverpleegkundige in gedeelde besluitvorming met de cliënt, wordt vastgelegd in het PvE, met in achtneming van de doelmatigheid. Het gecontracteerde assortiment moet voldoende transparant zijn. Dat betekent dat in de samenwerking tussen voorschrijver en leverancier bekend is met welk assortiment en/of voorkeursmaterialen de leverancier werkt.

Als het PvE compleet, onderbouwd en toetsbaar is, wordt de productkeuze opgevolgd door de leverancier. In het contract tussen leverancier en zorgverzekeraar is daarin voorzien.

Tabel 1 Professionals betrokken bij de hulpmiddelenzorg aan cliënten in de **eerste lijn** & stappen waarbij ze betrokken zijn

- X^A voert deze stap alleen uit in bijzondere situaties (hoofregel is: functioneringsgericht voorschrijven op basis van functionele kenmerken van het product tenzij.... Deze 'tenzij' is verder beschreven bij stap 3C in paragraaf 6.1)
- X^B mag deze stap alleen uitvoeren in een 'verlengde arm' constructie
- X^C mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Werkzaam bij/in	Stap 3a Oplossings- richting ***	Stap 3b PvE	Stap 3c Aanvullen PvE (maat, vorm, materiaal)	Stap 4 Merk & type + proberen	Stap 5 Leveren & instrueren	Stap 6 Gebruik = cliënt	Stap 7 Evalueren **
Betrokkenen eerste lijn overig							
Huisarts (met ondersteuning POH)	X						X
Physician assistant	X						X
Verpleegkundig specialist (master opleiding; niveau 6)	X	X	X	X ^A			X
UCS-verpleegkundige (HBO; niveau 5)	X ^C	X	X	X ^A			X
Continentieverpleegkundige (MBO; niveau 4)****	X ^C	X	X	X ^A			X
Vp met aandachtsgebied continentie****			X	X ^A			X
Vz met aandachtsgebied continentie****			X	X ^A			X
Betrokkenen werkend in MS/apotheek							
Continentieverpleegkundige (MBO; niveau 4)****		X	X	X	X		X
Apotheker/-sistent met specialisatie continentie		X	X	X	X		X
Vp met aandachtsgebied continentie****			X	X	X		X
Vz met aandachtsgebied continentie****			X	X	X		X
Medewerker medisch speciaalzaak / niet-verpleegkundige				X ^B	X		X
Apothekersassistent				X ^B	X		X

* hoewel de bekkenfysiotherapeut en de verloskundige een signalerende rol kunnen spelen zijn ze niet in het schema opgenomen (zie beschrijving stappen)

** op basis van de evaluatie kan de cliënt zo nodig terug worden gestuurd naar een eerdere stap / professional

*** in stap 2 mogen de eerste vier groepen professionals de medische diagnose vaststellen en op basis daarvan wordt in stap 3a bepaald of er een medische noodzaak is voor hulpmiddelen en of een cliënt naar de tweede lijn moet worden verwezen

**** afhankelijk van waar de betrokkene werkzaam is, zijn de taken anders, vandaar gesplitst

MS = medisch speciaalzaak; Vp = verpleegkundige; Vz = verzorgende

Tabel 2 Professionals betrokken bij de zorg aan cliënten waarbij het voorschrift en de periodieke evaluatie van benodigde continëntie hulpmiddelen gedaan wordt door professionals in de **tweede lijn** in het kader van een klinische of poliklinische behandeling / revalidatie en de stappen waarbij ze betrokken zijn

- X^A voert deze stap alleen uit als de cliënt rechtstreeks door de medisch specialist / physician assistant wordt doorgestuurd. Voor afvoerend materiaal is dit op langere termijn niet de gewenste situatie, tenzij de patiënt uitstroomt uit de tweede lijn en verder gaat in het eerstelijnschema (pag. 8)
- X^B stap 4 wordt door de medisch speciaalzaak / apotheek gedaan als het om absorberend materiaal gaat
- X^C mag niet de aard van de behandeling bepalen.

Werkzaam bij/in	Stap 3a Oplossings- richting	Stap 3b PvE	Stap 3c Aanvullen PvE (maat, vorm, materiaal)	Stap 4 Merk & type + proberen	Stap 5 Leveren en instrueren	Stap 6 Gebruik = cliënt	Stap 7 Evalueren
Betrokkenen tweede lijn							
Medisch specialist	X	X					
Physician assistant	X	X					
Verpleegkundig specialist (master opleiding; niveau 6)	X	X	X	X			X
UCS-verpleegkundige (HBO; niveau 5)	X ^C	X	X	X			X
Continentieverpleegkundige (MBO; niveau 4)**	X ^C	X	X	X			X
Betrokkenen werkend in MS/apotheek							
Continentieverpleegkundige (MBO; niveau 4)**		X ^A	X ^A	X ^B	X		X
Apotheker/-sistent met specialisatie continëntie		X ^A	X ^A	X ^B	X		X
Vp met aandachtsgebied continëntie****			X ^A	X ^B	X		X
Vz met aandachtsgebied continëntie****			X ^A	X ^B	X		X
Medewerker medisch speciaalzaak / niet-verpleegkundige					X		X
Apothekersassistent					X		X

* tweede lijn: ziekenhuis, revalidatiecentrum

** afhankelijk van waar de betrokkene werkzaam is, zijn de taken anders, vandaar gesplitst

MS = medisch speciaalzaak; Vp = verpleegkundige; Vz = verzorgende

6 Nadere uitwerking stappen voor de twee routes - eerste lijn en tweede lijn

Deze Module bevat een beschrijving van de situaties voor de gebruikers vanuit de eerste lijn en gebruikers vanuit de tweede lijn (zie omschrijving cliënten).

Afgezien is van een beschrijving op basis van de aandoening (bijvoorbeeld cliënten met een dwarslaesie of cliënten met bekkenbodempromblematiek) omdat deze categorieën over het algemeen zeer heterogeen zijn en de aandoening weinig zegt over aard en ernst van de continentieproblemen. Ook is er voor gekozen om geen beschrijving te doen op basis van het type materiaal (afvoerend en absorberend). Wel wordt – waar relevant – in de beschrijving per situatie aangegeven om welk materiaal het gaat.

6.1 Beschrijving cliënt in de eerste lijn - absorberend en afvoerend materiaal

Stap 1 Probleem signaleren	<i>Deze stap is voor de Module CH niet relevant; de module is geschreven voor de professional die start nadat de cliënt contact heeft opgenomen c.q. zich bij de professional heeft gemeld! Daarom wordt volstaan met een korte omschrijving.</i> In deze stap onderkent de cliënt dat hij een probleem heeft, waarop hij al dan niet contact opneemt met een zorgprofessional in de eerste lijn (inclusief een medisch speciaalzaak of apotheek).
Stap 2 Zorgvraag formuleren	<i>Hoewel deze stap gegevens oplevert die van belang zijn voor het maken van het programma van eisen (PvE) voor het te selecteren hulpmiddel, hoort deze stap strikt genomen niet tot de Module CH. Daarom wordt volstaan met een korte omschrijving.</i> De cliënt heeft zich gemeld met continentieklachten bij een zorgprofessional in de eerste lijn of meldt de klachten bij een zorgprofessional waar hij al onder behandeling is. Het gaat daarbij om de volgende professionals: 1 een verloskundige, een bekkenfysiotherapeut, een verpleegkundige / verzorgende, een medewerker van een medisch speciaalzaak of een apotheker / apothekersassistent; aan te duiden als ‘signaleerders in de eerste lijn’ 2 huisarts / physician assistant. <u>Als 1</u> De signaleerder in de eerste lijn vraagt naar de aard van de continentieproblemen en als hulpmiddelenzorg aan de orde is / kan zijn, adviseert de signaleerder de cliënt om contact op te nemen met de huisarts / physician assistant (zie 2). <u>Als 2</u> Als de cliënt zich meldt bij de huisarts of physician assistant – ofwel direct ofwel op advies van een signaleerder in de eerste lijn - dan neemt deze een anamnese af en doet een onderzoek en formuleert de medische diagnose¹⁴ / indicatie (zie de indeling in aandoeningen / gezondheidsproblemen op blz. 6). <u>PES</u> In aanvulling daarop wordt gestart met het invullen van de PES structuur: Probleem,

¹⁴ In de medische diagnose, geformuleerd door een arts, staat de ziekte / aandoening van de cliënt en/of de medische verrichting die heeft plaatsgevonden of gaat plaatsvinden centraal. Voor de verstrekking van hulpmiddelen is vooral relevant het stadium van de ziekte en de mate van progressie. Zeker bij snel progressieve ziekten, zoals ALS, is het tijdig voorzien in hulpmiddelen van groot belang. Voor het vastleggen van de ziekte / aandoening zijn classificaties beschikbaar zoals de ICD-10, de DSM-5 en de ICPC-2-nl (zie bijlage 8). De medische diagnose is van belang voor zover de aard, de ernst en het beloop van de ziekte / aandoening van invloed zijn op het functioneren en grenzen stellen aan het functioneren.

	Etiologie, Symptomen. Bij probleem gaat het om het probleem zoals de cliënt dat beschrijft of de zorgprofessional dat constateert. Onder etiologie wordt verstaan de onderliggende medische oorzaak of andere oorzaak van het geconstateerde probleem (bijvoorbeeld als al een hulpmiddel/materiaal wordt gebruikt, een allergische reactie op het hulpmiddel/ materiaal). Bij symptomen gaat het om de verschijnselen zoals de cliënt die beschrijft (bijvoorbeeld pijnlijke plekken in de liezen). In aanvulling op PES wordt het functioneren van de cliënt in beeld gebracht ten behoeve van de hulpmiddelenzorg. In het kader van deze module wordt daarom gesproken van PES+; waarbij de + duidt op het functioneren van de cliënt uitgedrukt in ICF-termen: de functionaliteitsdiagnose. De functionaliteitsdiagnose, is een omschrijving van het functioneren van de cliënt en van de (medische, externe en persoonlijke) factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Bij externe factoren kan gedacht worden aan gezins-, werk- en schoolsituatie en bij persoonlijke factoren aan leefstijl, coping, self-efficacy (zelf-effectiviteit of eigen-effectiviteit)¹⁵ en mate van eigen regie. In het kader van de gezinssituatie is het relevant om niet alleen de cliënt te bevragen (welke activiteiten en externe factoren zijn voor hem relevant) maar desgewenst ook de (mantel)zorger c.q. andere gezinsleden. Voor een overzicht van voor de cliënt relevante functies / anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren wordt verwezen naar Figuur 2, pagina 21. <i>Invullen PES</i> Als de cliënt zich bij de huisarts / physician assistant heeft gemeld, is het aan de huisarts / physician assistant om te bepalen in welke mate hij de PES-gegevens invult, dan wel dat hij dit overlaat aan de volgende professional in de keten (zie stap 3a). <i>Zorgvraag</i> Aan het eind van stap 2 moet het voor de cliënt helder zijn wat zijn zorgvraag is, welke functioneringsproblemen een rol spelen bij de eventuele keuze van hulpmiddelen en bij welke cliëntenorganisaties hij desgewenst terecht kan voor informatie en ondersteuning.
Stap 3a Zorgplan maken: oplossings-richting bepalen	<i>De Module CH is strikt gesproken geschreven voor situaties waarbij het duidelijk is dat op basis van de zorgvraag van de cliënt, een hulpmiddel nodig is. Andere oplossingen kunnen parallel aan dit hulpmiddelentraject lopen en kunnen invloed hebben op de keuze van het hulpmiddel. Omdat al is gekozen voor een hulpmiddel valt een deel van stap 3a buiten de Module CH. Omdat deze stap wel gegevens oplevert die voor het maken van het programma van eisen (PvE) (stap 3b) relevant zijn, wordt hij hier kort omschreven.</i> In stap 3a bepaalt de huisarts of de physician assistant samen met de cliënt of een continuentie hulpmiddel al dan niet de meest aangewezen behandeling is dan wel dat de cliënt • gezien moet worden door een medisch specialist vanwege complexe problematiek dan wel een (mogelijk) gewenste medische verrichting (diagnostiek of operatie); de cliënt wordt dan doorgestuurd naar een medisch specialist; • (ook) behandeld kan worden door de bekkenfysiotherapeut (via training van de bekkenbodemspieren); • doorgestuurd moet worden naar een verpleegkundige niveau 4/5/6¹⁶ in de eerste lijn.

¹⁵ Het vertrouwen van een persoon in de eigen mogelijkheden om met succes invloed uit te oefenen op zijn omgeving c.q. bepaald gedrag te vertonen.

¹⁶ Hoewel ook een physician assistant niveau 6 heeft, wordt met niveau 6 bedoeld de verpleegkundig specialist. De rol van de physician assistant in de eerste lijn is ten aanzien van continuentiehulpmiddelen gelijk aan die van de huisarts.

Complexiteit

Bij complexiteit gaat het onder meer om de volgende factoren (Lambregts & Grotendorst, 2012):

- complexiteit van medische (en verpleegkundige) problemen;
- complexiteit van patiëntkenmerken en de factoren uit de omgeving van de patiënt;
- complexiteit van de populatie waartoe de patiënt behoort;
- al dan niet laag-geletterdheid van de patiënt of andere factoren die de communicatie beïnvloeden;
- het al dan niet gelijktijdig optreden van problemen uit verschillende domeinen;
- problemen die elkaar nadelig beïnvloeden;
- wankel evenwicht, kwetsbaarheid;
- onvoorspelbaarheid, onzekerheid van het continentie probleem;
- tempo waarin veranderingen optreden;
- het al dan niet toepassen van routines en richtlijnen;
- omvang van de zorgvraag en aantal betrokken hulpverleners.

Wanneer er behandeling of operatie geïndiceerd is waarbij de cliënt toch continentieproblemen blijft behouden, is de Module CH van kracht naast een behandeltraject. De Module CH en een behandeling kunnen dus parallel lopen.¹⁷

PES

Als de PES gegevens (vanuit stap 2) nog niet volledig zijn ingevuld, vindt dat plaats in deze stap.

Beoogd functioneren, doelstellingen en human related intended use (HRIU)

Op basis van functioneringsproblemen, prognose, gewenst activiteitenpatroon en gebruiksomstandigheden (gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van continentie hulpmiddelen) wordt het **beoogd functioneren** beschreven: dat wat de cliënt wil, kan en mag (vanuit het zorginhoudelijk perspectief van de verpleegkundige niveau 4/5/6) rekening houdend met de externe en persoonlijke factoren.

De (globale) **doelstellingen** - in termen van ICF - worden met de cliënt uitgewerkt tot specifieke doelstellingen die met het gebruik van het continentie hulpmiddel worden beoogd (**human related intended use**). Aangeraden wordt om de doelstellingen zo concreet mogelijk - SMART¹⁸ - vast te leggen, inclusief de aard van de doelstelling, de mate waarin en de periode waarbinnen de doelstelling moet zijn behaald. Deze stap levert belangrijke informatie voor de evaluatie van het gebruik van het hulpmiddel (zie stap 7).

Cliënt en huisarts / physician assistant / verpleegkundige niveau 4/5/6 overleggen of een continentie hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing wenselijk is. Wanneer de verpleegkundige niveau 4/5/6 tot de conclusie komt dat dit niet het geval is of ontoereikend dan gaat de cliënt (terug) naar de huisarts of physician assistant. Afhankelijk van de bevindingen van de huisarts / physician assistant komt de cliënt al dan niet terug bij de verpleegkundige niveau 4/5/6. Zo niet, dan stopt de Module CH.

Als een continentie hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing wenselijk is, wordt vervolgens bepaald welk soort continentie hulpmiddel (absorberend of afvoerend)¹⁹ een adequate (doeltreffende en doelmatige) oplossing biedt.

De cliënt wordt door de huisarts / physician assistant / verpleegkundige niveau 4/5/6

¹⁷ Wanneer een behandeltraject een verbetering van de stoornissen tot gevolg heeft waarbij de patiënt niet meer incontinent is, als de continentieproblemen ernstiger worden of als het ziektebeeld verandert, gaat de cliënt (terug) naar de (huis)arts.

¹⁸ SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

¹⁹ dan wel een aanvullend hulpmiddel; wordt verder niet aangegeven.

	geïnformeerd over de voor- en nadelen van de hulpmiddelen. Tot slot van deze stap wordt aanvullende (schriftelijke) informatie gegeven en wordt toestemming verkregen van de cliënt voor het zorgplan. Aan het einde van stap 3a eindigt de rol van de huisarts / physician assistant (tenzij er complicaties optreden) (huisarts / physician assistant kan ook al eerder tijdens stap 3a zijn gestopt). De huisarts / physician assistant beslist of hij de cliënt: 1 (alsnog) doorstuurt naar verpleegkundige niveau 4/5/6; 2 direct verwijst naar de medisch speciaalzaak of de apotheek.
Stap 3b Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<i>In stap 3b stelt de verpleegkundige niveau 4/5/6 werkzaam in de eerste lijn, dan wel de verpleegkundige niveau 4 of de apotheker of apothekersassistent met specialisatie continëntie, het programma van eisen (PvE) op (vaak voorschrift genoemd).</i> In het PvE / voorschrift wordt omschreven aan welke eisen het te kiezen hulpmiddel moet voldoen volgens de cliënt en de zorgprofessional om (onderdeel van) de oplossing te zijn.²⁰ In het PvE / voorschrift wordt omschreven aan welke eisen de te kiezen hulpmiddelen moeten voldoen volgens de cliënt en de betrokken professional. <i>Product related intended use (PRIU)</i> Een heel belangrijk onderdeel van stap 3b is het vertalen van cliëntkenmerken die samenhangen met de functionaliteitsdiagnose, het behandeldoel (indien voorhanden), het beoogd functioneren en verwachtingen ten aanzien van het hulpmiddel (human related intended use) naar benodigde producteigenschappen (product related intended use / productkenmerk van het hulpmiddel waarmee de fabrikant aangeeft wat de gebruiker van de hulpmiddelen kan en mag verwachten) in samenspraak met de cliënt. Het gaat om het specificeren van de eigenschappen waaraan het hulpmiddel moet voldoen om de in het voorschrift vermelde stoornissen en beperkingen op te heffen of zoveel mogelijk te verminderen dan wel de resterende functies, activiteiten en participatiemogelijkheden te ondersteunen rekening houdend met de externe en persoonlijke factoren van de betreffende cliënt. Het oorspronkelijke voorschrift 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 / voorschrift. Zie schema HRIU / PRIU voor absorberende en afvoerende continëntie hulpmiddelen (Bijlage 9).
Stap 3c Aanvullen programma van eisen	<i>In stap 3c wordt het PvE verder aangevuld door de verpleegkundige niveau 4/5/6 of de desbetreffende professional in de medisch speciaalzaak of apotheek.</i> In stap 3c worden maatgegevens, materiaalgegevens en uitvoeringsvorm van het hulpmiddel (categorie²¹) bepaald en toegevoegd aan het PvE. Daarmee wordt de keuze verder geïndividualiseerd. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met het PvE voor het gekozen hulpmiddel. Zo niet, dan moet worden teruggegaan naar een eerdere stap. Ook weet de cliënt aan het einde van deze stap wat dit betekent voor de financiering van de hulpmiddelen.²² Over het algemeen gaat de cliënt – voor zover die nu nog niet bij een apotheek of medisch speciaalzaak zit – aan het einde van fase 3c met het door de verpleegkundige

²⁰ Belangrijk is wel dat het PvE niet alleen technische gegevens omvat maar ook gegevens over de *intended use* van het hulpmiddel / *product related intended use*.

²¹ Functioneel gelijkwaardige alternatieven.

²² Over het algemeen worden de absorberende hulpmiddelen betaald vanuit de Zvw, maar vallen wel onder het eigen risico.

	niveau 4/5/6 (verder) ingevulde voorschrift over naar de medisch speciaalzaak of naar de apotheek.²³ <i>Tenzij</i> Uitgangspunt is dat wordt voorgeschreven op basis van functionele eisen aan het hulpmiddel en dat wordt gezocht naar hulpmiddelen die kenmerken bezitten die het best bij deze functionele eisen passen. Stap 4 wordt alleen gedaan door de verpleegkundige niveau 4/5/6 werkzaam in de eerste lijn: 1 indien er slechts één product aan de functionele eisen voldoet c.q. over de vereiste functionele kenmerken beschikt (er is maar aanbod van één geschikt product); 2 indien op zorginhoudelijke gronden voor de cliënt een noodzaak bestaat voor één bepaald merk en type. Deze afwijking van de hoofdregel moet in het voorschrift onderbouwd worden weergegeven.
Stap 4 Selecteren, proberen en beslissen	<i>In stap 4 wordt door de medisch speciaalzaak / apotheek (en voor de bijzondere gevallen door de verpleegkundige niveau 4/5/6 werkzaam in de eerste lijn [zie 'tenzij', stap 3c]) een match gemaakt tussen de gestelde eisen zoals geformuleerd in het PvE / voorschrift en de eigenschappen van het beschikbare aanbod aan hulpmiddelen.</i> Aan de hand van het PvE en in overleg met de cliënt: 1 wordt een keuze gemaakt voor een hulpmiddel op basis van het bestaande marktaanbod; in stap 4 wordt dus - binnen de betreffende categorie - gekozen voor een bepaalde fabrikant (merk) en voor een specifiek product (type) hulpmiddel, rekening houdend met de geldende randvoorwaarden / keuzemogelijkheden (samenhangend met de zorgverzekeraar die de cliënt heeft). Er kan ook besloten worden om eerst een proefpakket te bestellen / mee te geven met meerdere merken en typen materiaal; 2 worden de hulpmiddelen of het proefpakket – als niet voorradig – besteld; 3 worden de hulpmiddelen – na uitleg - uitgetest door de cliënt; 4 wordt – op basis van het 24-uurs ritme van de cliënt en op basis van (bijzondere) bezigheden / dagverhaal – een uitspraak gedaan over de benodigde aantallen. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met de aanschaf / bestelling van een specifiek merk en type (aanvullend) hulpmiddel, met de afgesproken aantallen en de leveringsfrequentie en met de eventuele eigen kosten²⁴. Zo niet, dan zal worden teruggegaan naar een eerdere stap.
Stap 5 Leveren en instrueren	<i>In stap 5 worden de hulpmiddelen aan de cliënt geleverd door de apotheek of de medisch speciaalzaak. Daarbij hoort het geven van informatie en instructie over het gebruik van het hulpmiddel.</i> Het moet voor de cliënt helder zijn dat hij te allen tijde met vragen over het hulpmiddel terecht kan bij de medisch speciaalzaak / apotheek.
Stap 6 Gebruiken	<i>In stap 6 gebruikt de cliënt het hulpmiddel in het dagelijks leven.</i> Als er problemen zijn, bijvoorbeeld veranderingen in de ernst van de stoornissen of vragen over (het gebruik van) de hulpmiddelen, kan contact worden opgenomen met ofwel de zorgprofessional (huisarts, physician assistant of verpleegkundige niveau 4/5/6

²³ Bij het eerste contact met de medisch speciaalzaak of de apotheek, zal door de betreffende verpleegkundige niveau 4, de verpleegkundige / verzorgende met aandachtsgebied continëntie of de apotheker of apothekersassistent met specialisatie continëntie een intake worden gedaan.

²⁴ Dit geldt voor bepaalde aanvullende hulpmiddelen; zo vallen uitwasbare onderleggers niet altijd in de vergoeding.

	bij 'medische' problemen) en/of de medisch speciaalzaak of apotheek (bij problemen met de hulpmiddelen). De professional gaat dan naar stap 7 Evalueren. Ook als er vragen zijn over gebruik van hulpmiddelen samenhangend met andere activiteiten (sport, werk, hobby's, vakantie) kan de cliënt terecht bij de medisch speciaalzaak of apotheek. Voor de cliënt geldt daarbij dat: • als zijn gezondheidssituatie zodanig is veranderd dat zijn zorgvraag of zorgplan moet worden aangepast, hij terug gaat naar de voorschrijver; • als hij niet een hulpmiddel heeft gekregen dat hij nodig heeft in zijn situatie, hij terug gaat naar de leverancier; • als hij er niet uit komt met zijn leverancier / voorschrijver hij voor een second opinion kan gaan naar een andere leverancier / voorschrijver;²⁵ • hij gebruik kan maken van een adequate, snelle klachtenprocedure.²⁶
Stap 7 Evalueren	<i>Bij stap 7, de evaluatie, wordt bepaald of de gebruikte hulpmiddelen voldoen aan het PvE zoals dat eerder is vastgesteld.</i> Voor de evaluatie zijn verschillende soorten meetinstrumenten nodig: meetinstrumenten om de tevredenheid en ervaringen van de cliënt en de zorgprofessional / leverancier vast te stellen, meetinstrumenten om het functioneren van cliënten te meten en meetinstrumenten waarmee kan worden bepaald of het continuentie hulpmiddel doet wat het moet doen.²⁷ De evaluatie vindt in principe plaats door de zorgprofessional die het hulpmiddel heeft voorgeschreven of heeft geleverd. Als de evaluatie negatief uitpakt kan besloten worden een ander hulpmiddel uit te proberen; in dit geval wordt teruggedaan naar stap 4 of naar stap 2 als de indruk bestaat dat men geen goed beeld heeft van de gezondheidstoestand of het functioneren van de cliënt dan wel dat de gezondheidstoestand of het functioneren is gewijzigd (voor zover de competenties van de professional dat toelaten; anders moet worden doorverwezen naar een wel bevoegde professional eerder in de keten). Bij de uiteindelijke beslissing die genomen wordt over het al dan niet terug- of doorverwijzen van de cliënt dient rekening gehouden te worden met de mate waarin is voldaan aan de eerder gestelde zorgvraag, met de tevredenheid dan wel onzekerheid van de cliënt over het hulpmiddel en het proces van hulpmiddelenzorg en de mate waarin hij zich geholpen voelt. Hiervoor worden indicatoren geformuleerd, zie Paragraaf 8.

²⁵ De manier waarop de second opinion vorm krijgt (bijv. in de vorm van een intercollegiaal consult), wordt uitgewerkt in het implementatieplan.

²⁶ De ontwikkeling van een laagdrempelige klachtenprocedure moet in de doorontwikkeling van deze module worden meegenomen.

²⁷ Voor verdere uitwerking van de benodigde meetinstrumenten, zie het implementatieplan.

6.2 Beschrijving cliënt in de tweede lijn – absorberend & afvoerend materiaal

Het gaat hier om cliënten waarbij het voorschrift en de periodieke evaluatie van benodigde continëntie hulpmiddelen gedaan wordt door professionals in de tweede lijn in het kader van een klinische of poliklinische behandeling / revalidatie. Het gaat daarbij wel om hulpmiddelen die thuis gebruikt (zullen) gaan worden.

Stap 1 Probleem signaleren	<i>Deze stap is voor de cliënt in de tweede lijn niet van toepassing, omdat hij al zorg krijgt. Het is wel aan de cliënt om te bepalen in hoeverre hij zijn continëntie problemen bespreekt met de betrokken zorgprofessionals.</i>
Stap 2 Zorgvraag formuleren	<i>Hoewel deze stap gegevens oplevert die van belang zijn voor het maken van het programma van eisen (PvE) voor het te selecteren hulpmiddel, hoort deze stap strikt genomen niet tot de Module CH.</i> De cliënt is of 1) al bekend in de tweede lijn, bijvoorbeeld vanwege een aanwezige (chronische) aandoening; 2) door iemand uit de eerste lijn (meestal de huisarts of een verpleegkundige niveau 6 werkzaam in de eerste lijn) verwezen / doorgestuurd naar de medisch specialist (bijv. op basis van de medische problematiek of de ernst van de stoornissen); 3) door iemand uit de tweede lijn (medisch specialist [stuurt door naar andere medisch specialist], bekkenfysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige / verzorgende niveau 4/5/6/4) naar de medisch specialist verwezen / doorgestuurd (signaleerder tweede lijn). Meestal zal de medisch specialist of de physician assistant degene zijn die de cliënt het eerste ziet. Hij neemt een anamnese af en doet een onderzoek en formuleert – als die nog niet bekend is - de medische diagnose²⁸ / indicatie (zie de indeling in aandoeningen / gezondheidsproblemen op blz. 6). Bij continëntieproblemen zal de medisch specialist / physician assistant de cliënt daarna meestal doorsturen naar een verpleegkundige niveau 4/5/6²⁹ maar hij kan ook zelf de stappen 2, 3a en 3b doorlopen. PES In aanvulling op de medische diagnose wordt gestart met het invullen van de PES structuur: Probleem, Etiologie, Symptomen. Bij probleem gaat het om het probleem zoals de cliënt dat beschrijft of de medisch specialist / verpleegkundige constateert. Onder etiologie wordt verstaan de onderliggende medische oorzaak of andere oorzaak van het geconstateerde probleem (bijvoorbeeld als al materiaal wordt gebruikt, een allergische reactie op het absorberende materiaal). Bij symptomen gaat het om de verschijnselen zoals de cliënt die beschrijft (bijvoorbeeld pijnlijke plekken in de liezen). In aanvulling op PES wordt het functioneren van de cliënt in beeld gebracht ten behoeve van de hulpmiddelenzorg. In het kader van deze module wordt daarom gesproken van PES+; waarbij de + duidt op het functioneren van de cliënt uitgedrukt in ICF-termen: de functionaliteitsdiagnose. De functionaliteitsdiagnose, is een omschrijving van het functioneren van de cliënt en

²⁸ In de medische diagnose, geformuleerd door een arts, staat de ziekte / aandoening van de cliënt en/of de medische verrichting die heeft plaatsgevonden of gaat plaatsvinden centraal. Voor de verstrekking van hulpmiddelen is vooral relevant het stadium van de ziekte en de mate van progressie. Zeker bij snel progressieve ziekten, zoals ALS, is het tijdig voorzien in hulpmiddelen van groot belang. Voor het vastleggen van de ziekte / aandoening zijn classificaties beschikbaar zoals de ICD-10, de DSM-5 en de ICPC-2-nl (zie bijlage 8). De medische diagnose is van belang voor zover de aard, de ernst en het beloop van de ziekte / aandoening van invloed zijn op het functioneren en grenzen stellen aan het functioneren.

²⁹ Hoewel ook een physician assistant niveau 6 heeft, wordt met niveau 6 bedoeld de verpleegkundig specialist. De rol van de physician assistant in de tweede lijn is ten aanzien van continëntiehulpmiddelen gelijk aan die van de medisch specialist.

	van de (medische, externe en persoonlijke) factoren die op dat functioneren van invloed zijn. Bij externe factoren kan gedacht worden aan gezins-, werk- en schoolsituatie en bij persoonlijke factoren aan leefstijl, coping, self-efficacy (zelf-effectiviteit of eigen-effectiviteit)³⁰ en mate van eigen regie. In het kader van de gezinssituatie is het relevant om niet alleen de cliënt te bevragen (welke activiteiten en externe factoren zijn voor hem relevant) maar desgewenst ook de (mantel)zorger c.q. andere gezinsleden. Voor een overzicht van voor de cliënt relevante functies / anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren wordt verwezen naar Figuur 2, pagina 21. Als de medisch specialist of physician assistant stap 2 doorloopt, is het aan hem om te bepalen in welke mate hij de PES-gegevens invult, dan wel dat hij dit overlaat aan de volgende persoon in de keten (de verpleegkundige niveau 4/5/6) (zie stap 3a). Aan het eind van stap 2 moet het voor de cliënt helder zijn wat zijn zorgvraag is, welke functioneringsproblemen een rol spelen bij de eventuele keuze van hulpmiddelen en bij welke cliëntenorganisaties hij desgewenst terecht kan voor informatie en ondersteuning.
Stap 3a Zorgplan maken: oplossings-richting bepalen	<i>In stap 3a bepaalt de medisch specialist, de physician assistant of de verpleegkundige niveau 4/5/6 samen met de cliënt of een continëntie hulpmiddel al dan niet de meest aangewezen behandeling is dan wel dat de cliënt misschien beter (ook) geopereerd kan worden of (ook) behandeld kan worden door bijvoorbeeld de bekkenfysiotherapeut (via training van de bekkenbodemspieren).</i> Wanneer er behandeling of operatie geïndiceerd is waarbij de cliënt toch continëntieproblemen blijft behouden, is de module CH van kracht naast een behandeltraject. De Module CH en een behandeling kunnen dus parallel lopen.³¹ Als de PES gegevens nog niet volledig zijn ingevuld, vindt dat plaats in deze stap. <i>Beoogd functioneren, doelstellingen en human related intended use</i> Op basis van functioneringsproblemen, prognose, gewenst activiteitenpatroon en gebruiksomstandigheden (gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van continëntie hulpmiddelen) wordt het beoogd functioneren beschreven: dat wat de cliënt wil, kan en mag (vanuit het zorginhoudelijk perspectief van de verpleegkundige niveau 4/5/6) rekening houdend met de externe en persoonlijke factoren. De (globale) doelstellingen - in termen van ICF - worden met de cliënt uitgewerkt tot specifieke doelstellingen die met het gebruik van het continëntie hulpmiddel worden beoogd (human related intended use). Aangeraden wordt om de doelstellingen zo concreet mogelijk - SMART³² - vast te leggen, inclusief de aard van de doelstelling, de mate waarin en de periode waarbinnen de doelstelling moet zijn behaald. Deze stap levert belangrijke informatie voor de evaluatie van het gebruik van het hulpmiddel (zie stap 7). Cliënt en medisch specialist / physician assistant / verpleegkundige niveau 4/5/6 overleggen of een continëntie hulpmiddel als (onderdeel van de) oplossing wenselijk is. Zo niet, dan stopt de Module CH.

³⁰ Het vertrouwen van een persoon in de eigen mogelijkheden om met succes invloed uit te oefenen op zijn omgeving c.q. bepaald gedrag te vertonen.

³¹ Wanneer een behandeltraject een verbetering van de stoornissen tot gevolg heeft waarbij de patiënt niet meer incontinent is, als de continëntieproblemen ernstiger worden of als het ziektebeeld verandert, gaat de cliënt (terug) naar de (huis)arts.

³² SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

	Vervolgens wordt bepaald welk soort continentie hulpmiddel (absorberend of afvoerend)³³ een adequate (doeltreffende en doelmatige) oplossing biedt. De cliënt wordt door de medisch specialist, de physician assistant of de verpleegkundige niveau 4/5/6 geïnformeerd over de voor- en nadelen van de absorberende of afvoerende hulpmiddelen. Tot slot van deze stap wordt aanvullende (schriftelijke) informatie gegeven en toestemming verkregen van de cliënt voor het zorgplan. De cliënt kan aan het eind van stap 3a door de medisch specialist of physician assistant direct worden doorgestuurd naar de medisch speciaalzaak of apotheek.
Stap 3b Zorgplan maken: programma van eisen opstellen	<i>In stap 3b stelt de verpleegkundige niveau 4/5/6 het programma van eisen (PvE) / voorschrift op, dan wel de continetieverpleegkundige van de medisch speciaalzaak of de apotheker of apothekersassistent met specialisatie continentie voor die cliënten die door de medisch specialist of de physician assistant direct worden doorgestuurd naar de medische speciaalzaak of apotheek. Hierin wordt omschreven aan welke eisen de te kiezen absorberende of afvoerende hulpmiddelen moeten voldoen volgens de cliënt en de verpleegkundige niveau 4/5/6 om (onderdeel van) de oplossing te zijn.</i> Een heel belangrijk onderdeel van stap 3b is het vertalen van cliëntkenmerken die samenhangen met de functionaliteitsdiagnose, het behandel doel (indien voorhanden), het beoogd functioneren en verwachtingen ten aanzien van het absorberend materiaal (human related intended use) naar benodigde producteigenschappen (product related intended use / productkenmerk van het materiaal waarmee de fabrikant aangeeft wat de gebruiker van de absorberende / afvoerende hulpmiddelen kan en mag verwachten) in samenspraak met de cliënt. Het gaat om het specificeren van de eigenschappen waaraan het materiaal moet voldoen om de in het voorschrift vermelde stoornissen en beperkingen op te heffen of zoveel mogelijk te verminderen dan wel de resterende functies, activiteiten en participatiemogelijkheden te ondersteunen rekening houdend met de externe en persoonlijke factoren van de betreffende cliënt. Het oorspronkelijke voorschrift 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. Zie schema HRIU / PRIU voor absorberende hulpmiddelen en het schema HRIU / PRIU voor afvoerende hulpmiddelen (Bijlage 9).
Stap 3c Aanvullen programma van eisen	<i>In stap 3c worden door de verpleegkundige niveau 4/5/6 in de tweede lijn of door de continetieverpleegkundige, de verpleegkundige / verzorgende met aandachtsgebied incontinentie of de apotheker/-sistent met specialisatie incontinentie in de medisch speciaalzaak of apotheek, maatgegevens, materiaalgegevens en uitvoeringsvorm van de absorberend of afvoerend hulpmiddelen bepaald en toegevoegd aan het PvE. Daarmee wordt de keuze verder geïndividualiseerd.</i> Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met het PvE voor het gekozen absorberend of afvoerend materiaal. Zo niet, dan moet worden teruggedaan naar een eerdere stap. Ook weet de cliënt aan het einde van deze stap wat dit betekent voor de financiering van de hulpmiddelen.³⁴

³³ dan wel een aanvullend hulpmiddel; wordt verder niet aangegeven.

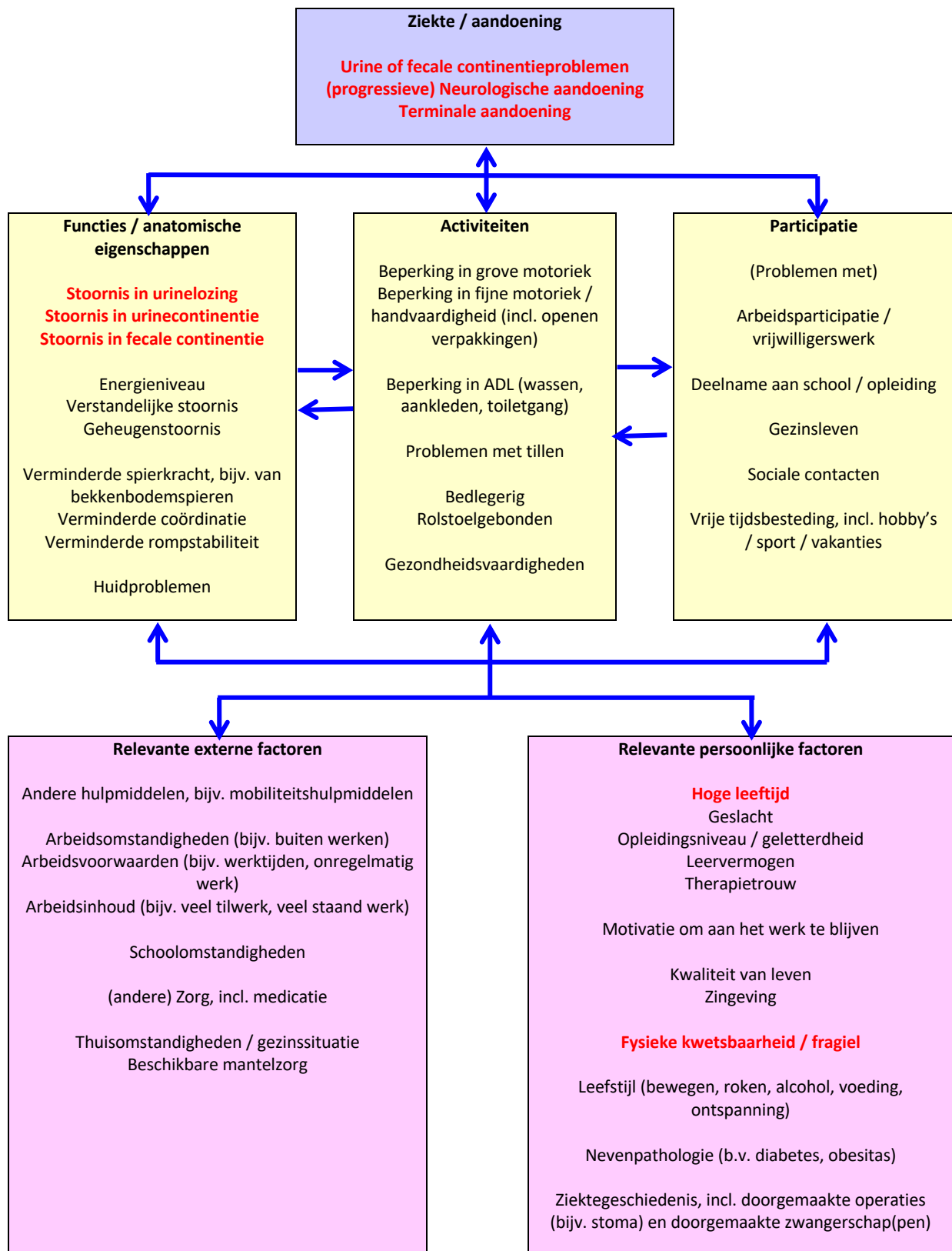
³⁴ Over het algemeen worden de absorberende en afvoerende hulpmiddelen die de cliënt thuis gaat gebruiken / gebruikt betaald vanuit de Zvw maar er zijn bepaalde hulpmiddelen, zoals uitwasbare onderleggers, die niet altijd onder de vergoeding vallen.

	Aan het eind van stap 3c: - zal de cliënt waarvoor absorberend materiaal is voorgeschreven met het voorschrift worden doorgestuurd naar de medisch speciaalzaak of de apotheek, tenzij er sprake is van een bijzondere situatie (dan vindt stap 4 plaats in de tweede lijn); - zal voor de cliënt waarvoor afvoerend materiaal is voorgeschreven stap 4 plaatsvinden in de tweede lijn.
Stap 4 Selecteren, proberen en beslissen	<i>In stap 4 wordt door de betrokken professional – in overleg met de cliënt - een match gemaakt tussen de gestelde eisen en de eigenschappen van het beschikbare aanbod aan afvoerende of absorberende hulpmiddelen.</i> Stap 4 wordt uitgevoerd 1 voor afvoerend materiaal of – als er sprake is van een bijzonder geval – ook voor absorberend materiaal door de verpleegkundige niveau 4/5/6 in de tweede lijn 2 voor absorberend materiaal door de verpleegkundige niveau 3/4 in de medisch speciaalzaak of de apotheker / apothekersassistent met aandachtsgebied continëntie in de apotheek. Aan de hand van het PvE / voorschrift en in overleg met de cliënt: 1 wordt een keuze gemaakt voor een hulpmiddel op basis van het bestaande marktaanbod; in stap 4 wordt dus - binnen de betreffende categorie - gekozen voor een bepaalde fabrikant (merk) en voor een specifiek product (type) hulpmiddel, rekening houdend met de geldende randvoorwaarden / keuzemogelijkheden (samenhangend met de zorgverzekeraar die de cliënt heeft). Of er wordt besloten om eerst een proefpakket te bestellen / mee te geven met meerdere merken en typen absorberend of afvoerend materiaal; 2 worden de afvoerende hulpmiddelen dan wel de absorberende hulpmiddelen of het proefpakket – als niet voorradig – besteld; 3 worden de hulpmiddelen – na uitleg - uitgetest door de cliënt; 4 wordt – op basis van het 24-uurs ritme van de cliënt en op basis van (bijzondere) bezigheden / dagverhaal – een uitspraak gedaan over de benodigde aantallen. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord met de aanschaf / bestelling van een specifiek merk en type (aanvullend) absorberend hulpmiddel. Zo niet, dan zal worden teruggegaan naar een eerdere stap. Als stap 4 wordt uitgevoerd in de tweede lijn, gaat de cliënt na stap 4 door naar de medisch speciaalzaak of apotheek in de eerste lijn.³⁵
Stap 5 Leveren en instrueren	<i>In stap 5 worden de afvoerende of absorberende hulpmiddelen aan de cliënt geleverd door de apotheek of de medisch speciaalzaak.</i> Daarbij hoort het geven van informatie en instructie over het gebruik van het hulpmiddel. Het moet voor de cliënt helder zijn dat hij te allen tijde met vragen over het hulpmiddel terecht kan bij de medisch speciaalzaak / apotheek.
Stap 6 Gebruiken	<i>In stap 6 gebruikt de cliënt het hulpmiddel in het dagelijks leven.</i> Als er problemen zijn, bijvoorbeeld veranderingen in de ernst van de stoornissen of

³⁵ Bij het eerste contact met de medisch speciaalzaak of de apotheek, zal door de betreffende verpleegkundige niveau 4, de verpleegkundige / verzorgende met aandachtsgebied continëntie of de apotheker of apothekersassistent met specialisatie continëntie een intake worden gedaan.

	vragen over (het gebruik van) de hulpmiddelen, kan contact worden opgenomen met ofwel de zorgprofessional (huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundige niveau 4/5/6) bij 'medische' problemen) en/of de medisch speciaalzaak of apotheek (bij problemen met de hulpmiddelen). De professional gaat dan naar stap 7 Evalueren. Ook als er vragen zijn over gebruik van hulpmiddelen samenhangend met andere activiteiten (sport, werk, hobby's, vakantie) kan de cliënt terecht bij de medisch speciaalzaak of apotheek. Voor de cliënt geldt daarbij dat: • als zijn gezondheidssituatie zodanig is veranderd dat zijn zorgvraag of zorgplan moet worden aangepast, hij terug gaat naar de voorschrijver; • als hij niet een hulpmiddel heeft gekregen dat hij nodig heeft in zijn situatie, hij terug gaat naar de leverancier; • als hij er niet uit komt met zijn leverancier / voorschrijver hij voor een second opinion kan gaan naar een andere leverancier / voorschrijver; • hij gebruik kan maken van een adequate, snelle klachtenprocedure.
Stap 7 Evalueren	<i>Bij stap 7, de evaluatie, wordt bepaald of de gebruikte hulpmiddelen voldoen aan het PvE zoals dat eerder is vastgesteld.</i> Voor de evaluatie zijn verschillende soorten meetinstrumenten nodig: meetinstrumenten om de tevredenheid en ervaringen van de cliënt en de zorgprofessional / leverancier vast te stellen, meetinstrumenten om het functioneren van cliënten te meten en meetinstrumenten waarmee kan worden bepaald of het continëntie hulpmiddel doet wat het moet doen.³⁶ De evaluatie vindt in principe plaats door de zorgprofessional die het hulpmiddel heeft voorgeschreven of heeft geleverd. Als de evaluatie negatief uitpakt kan besloten worden een ander hulpmiddel uit te proberen; in dit geval wordt teruggedaan naar stap 4 of 2 als de indruk bestaat dat men geen goed beeld heeft van de gezondheidstoestand of het functioneren van de cliënt. Bij de uiteindelijke beslissing die genomen wordt over het al dan niet terug- of doorverwijzen van de cliënt dient rekening gehouden te worden met de mate waarin is voldaan aan de eerder gestelde zorgvraag, met de tevredenheid dan wel onzekerheid van de cliënt over het hulpmiddel en het proces van hulpmiddelenzorg en de mate waarin hij zich geholpen voelt.

³⁶ Voor verdere uitwerking van de benodigde meetinstrumenten, zie het implementatieplan.



Figuur 2 Voor de cliënt met continentieproblemen relevante functies / anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren; ingevuld ICF-schema
De termen kunnen positief, neutraal en negatief zijn.
De in paragraaf 3 genoemde groepen (aandoeningen / stoornissen) zijn vet en rood gedrukt.

7 Indicatoren

Indicatoren zullen worden ontwikkeld in het verlengde van de kwaliteitsstandaarden (Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en modules). Indicatoren dienen om vast te stellen of en in hoeverre die goede hulpmiddelenzorg zoals beschreven, wordt geleverd. De indicatoren bieden onder meer aanknopingspunten voor de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het hulpmiddelenproces en voor de zorginkoop door zorgverzekeraars. Zie verder *Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg* en het implementatieplan.

8 Implementatie en doorontwikkeling

Ten behoeve van de implementatie van de module CH wordt een implementatieplan ontwikkeld. Dit plan bevat voorstellen voor beheer, toepassing, monitoring en evaluatie van de module CH.

Tevens wordt de module CH de komende jaren verder door ontwikkeld. De organisatievorm zoals beschreven in het rapport 'Optimum Continence Service Specification'³⁷ is daarbij richtinggevend.

Als prioriteiten voor de ontwikkelagenda zijn benoemd:

1. Ontwikkelen meetinstrument en bepalen inhoud data-verzameling
2. Uitwerken PES+ in de keten
3. Ontwikkelen informatiestandaard
4. Deskundigheidsbevordering professionals/implementatieplan behorend bij notitie competenties (incl. analyse gevraagde acties van module naar implementatie)
5. Opstellen patiënteninformatie / cliëntversie module
6. Uitwerken van mogelijkheid second opinion en eenvoudige klachtenprocedure
7. Ontwikkelen van HRIU-PRIU schema voor darmcontinentie
8. Transparant maken van gecontracteerd aanbod
9. Bespreken van eventuele structurele knelpunten die laten zien dat er (nog) niet gewerkt wordt conform de module ten einde hulpmiddelenzorg te verbeteren.

Deze prioriteiten staan hieronder kort toegelicht.

1. Ontwikkelen meetinstrument en bepalen inhoud data-verzameling

Korte omschrijving activiteit	Opstellen 3 indicatoren bij de module continentie 1. Over welke onderwerpen/onderdelen van de module zijn indicatoren nodig 2. Toespitsing op deze onderwerpen 3. Opstellen van indicatoren en uitwerken 4. Aanscherpen indicatoren 5. Definitief maken van indicatoren 6. Opstellen meetformulieren 7. Uitvoeren van meetweek (hiervoor zorgverleners en organisaties nodig) 8. Evalueren van het proces van uitvraag en de resultaten van de meetweek 9. Definitieve concepten opstellen van de indicatoren Na dec 2017 10. Bepalen waar en bij wie in de keten de uitvraag belegd wordt en hoe de financiering van de activiteit geregeld wordt 11. Uitvraag 12. Evalueren van de resultaten van de uitvraag
-------------------------------	---

³⁷ Wagg A, Newman D, van Houten P, Leichsenring K. Optimum Continence Service Specification. The ideal organisation of care for people with incontinence. Madrid; 2014.

	13. Acties n.a.v. evaluatie
Wie	KNMP, ZN, patiëntenorganisaties, Nefemed, FHI
1 ^e aanspreekpunt	KNMP
Startdatum	Augustus 2017
Einddatum	December 2017
Financiering	Beschikbaar budget VWS voor implementatiefase

2. Uitwerken PES+ in de keten

Korte omschrijving activiteit	PES+ uitwerken. PES+ nog eenmaal vergelijken met zorgprotocollen die bij leveranciers en apotheken gebruikt worden en eventueel aanvullen met ontbrekende informatie. Middels 2-3 bijeenkomsten met genoemde partijen komen tot een format welke voor de hele keten werkbaar is. Daarna het format testen in het veld
Wie	FHI, V&VN, Nefemed
1 ^e aanspreekpunt	FHI
Startdatum	Juni – juli 2017
Einddatum	December 2017
Financiering	Vooralsnog geen kosten

3. Ontwikkelen Informatiestandaard

Korte omschrijving activiteit	Ontwikkelen van een Informatiestandaard. In aansluiting op activiteit 1 en 2 wordt bepaald: - wat er wordt geregistreerd - waar en wat er tussen welke partijen aan elkaar wordt overgedragen - met welke systemen en talen Onderzocht wordt of aangesloten kan worden bij de bouwstenen van V&VN m.b.t. de Informatiestandaard
Wie	KNMP, FHI, V&VN, patiëntenorganisaties, Nefemed, ZN
1 ^e aanspreekpunt	N.t.b.
Startdatum	1 januari 2018
Einddatum	31 december 2019
Financiering	Beschikbaar budget voor beheerfase

4. Deskundigheidsbevordering professionals/implementatieplan behorend bij notitie competenties (incl. analyse gevraagde acties van module naar implementatie)

Korte omschrijving activiteit	1) Inventarisatie maken van alle opleidingen in de keten rondom de continente patiënt. 2) Inventariseren welke competenties er in de bestaande opleidingen zitten en waar de knelpunten zitten. 3) Beoordeling maken wat er nodig is om het doel van 2022 te behalen. Hoe kunnen medewerkers en verpleegkundigen voldoen aan de gestelde competenties en welke kosten komen daarbij kijken. 4) In gesprek gaan met de verschillende opleidingen.
Wie	V&VN afdeling continentie verpleegkundigen en verzorgenden en V&VN urologie, FHI, KNMP
1 ^e aanspreekpunt	V&VN
Startdatum	1 juni 2017
Einddatum	31 december 2017
Financiering	Beschikbaar budget VWS voor implementatiefase

5. Opstellen patiënten informatie / cliëntversie module³⁸

Korte omschrijving activiteit	Het ontwikkelen van patiëntinformatie/cliëntversie module o.b.v. uitkomsten richtlijn KCH. Inhoudelijk wordt de O2 folder van het Longfonds daarbij als voorbeeld genomen. De vormgeving wordt primair gericht op digitale publicatie, mogelijk geflankeerd door een zeer beknopte (drukwerk dubbel A4 full colour) flyer als hand-out ter verwijzing naar de digitale inhoud voor de overwegend oudere doelgroep. Het opstellen van een publicatieplan en vinden van partijen waarmee het publicatieplan gerealiseerd wordt
Wie	Patiëntenorganisaties, V&VN en Nefemed
1 ^e aanspreekpunt	Bekkenbodem4All
Startdatum	Doorlooptijd 5 maanden, indien start juni 2017
Einddatum	December 2017, met lancering in januari 2018 (markeren)
Financiering	Beschikbaar budget VWS voor implementatiefase en zo mogelijk een financiële bijdrage van de partijen die zich gecommitteerd hebben aan de implementatiefase.

6. Uitwerken van mogelijkheid second opinion en eenvoudige klachtenprocedure

Korte omschrijving activiteit	Uitwerken van de procedure(s) waarlangs een patiënt die ontevreden is over de ervaren continenthulpmiddelenzorg, verder geholpen kan worden
Wie	Patiëntenorganisaties, V&VN en Nefemed
1 ^e aanspreekpunt	Incoclub
Startdatum	1 mei 2017
Einddatum	1 september 2017
Financiering	Beschikbaar budget VWS voor implementatiefase

7. Ontwikkelen van HRIU-PRIU schema voor darmcontinentie³⁸

Korte omschrijving activiteit	1. Het uitwerken van de HRIU en PRIU voor mensen met fecale incontinentie, in aanvulling op de huidige schema's 2. De daaruit volgende aanvullende elementen opnemen (zonder dubbeling te generen) in de HRIU-PRIU-schema's voor zowel continentie, als in het HRIU-PRIU schema van incontinentie 3. Dit voorstel neerleggen bij de V&VN en patiëntenorganisaties ter beoordeling in hoeverre juist en compleet. 4. Dan in leesbare en hanteerbare A5-formaten aanleveren en voorleggen aan de totale leden van de werkgroep KCH voor akkoord
Wie	Nefemed, V&VN en patiëntenorganisaties
1 ^e aanspreekpunt	Nefemed
Startdatum	Mei 2017
Einddatum	September 2017
Financiering	n.v.t.

8. Transparant maken van gecontracteerd aanbod

Korte omschrijving activiteit	Transparant maken gecontracteerde zorgaanbod, onderscheid in:
-------------------------------	---

³⁸ In deze herziene versie van de module zijn de activiteiten 5 en 7 uitgevoerd.

	* gecontracteerde leveranciers, wordt nu al door de Zorgverzekeraars zichtbaar gemaakt (op de website) en zal ook voor volgende jaren zo zijn. * en het gecontracteerde productaanbod. Dit is moeilijk inzichtelijk te maken omdat Zorgverzekeraars hier vaak niet gericht op contracteren en omdat de keuze voor een product afhankelijk is van het functionele indicatieprotocol en het uitgangspunt is dat functioneringsgericht wordt voorgeschreven. De leveranciers werken vaak met een voorkeurassortiment, voor een groep van functioneel gelijke producten wordt met 1, 2 of meerdere voorkeurmerken gewerkt. Zorgverzekeraars gaan in overleg met leveranciers/FHI of en zo ja op welke wijze het aanbod transparant gemaakt kan worden.
Wie	Zorgverzekeraars, FHI en KNMP
1 ^e aanspreekpunt	Zorgverzekeraars
Startdatum	1 juni 2017
Einddatum	1 oktober 2017
Financiering	Zorgverzekeraar en leverancier dragen eigen kosten

9. Bespreken van eventuele structurele knelpunten die laten zien dat er (nog) niet gewerkt wordt conform de module ten einde hulpmiddelenzorg te verbeteren.

Korte omschrijving activiteit	Tussen het gereed komen van de module KCH en de publicatie van de inkoopdocumenten van de zorgverzekeraars voor de inkoop continetiehulpmiddelen 2018 e.v. zat zeer weinig tijd. Hierdoor bestaat de kans dat nog niet alle elementen van de module bij de inkoop 2018 e.v. kunnen worden meegenomen / volledig tot hun recht kunnen komen. Bovendien is de module onder grote tijdsdruk tot stand gekomen. Daardoor zal in de loop van 2018 e.v. ongetwijfeld blijken dat sommige elementen onduidelijk zijn / verschillend geïnterpreteerd worden / voor meerderlei uitleg vatbaar zijn. Daarom is het wenselijk om in maand 5 en in maand 10 van 2018 en in maand 5 van 2019 een inventarisatie te maken van knelpunten waar patiënten, leveranciers, producenten of zorgverzekeraars tegenaan lopen en deze in de werkgroep KCH (of de opvolger daarvan) te bespreken. Doel: structurele knelpunten oplossen die laten zien dat er (nog) niet gewerkt wordt conform de bedoelingen van de module, dan wel laten zien dat de module nog lacunes vertoont of niet duidelijk/eenduidig is. Inventarisatie knelpunten door: • Meldpunt betrokken patiëntenverenigingen • Meldpunt V&VN waar gespecialiseerde verpleegkundigen klachten/knelpunten kunnen melden • Klachten die leveranciers ontvangen van klanten • Klachten die apotheken ontvangen van klanten • Klachten die zorgverzekeraars ontvangen van verzekerden Uitgangspunt is dat de betreffende brancheorganisaties of bedrijven de inventarisatie zelf organiseren en inbrengen in het overleg.
Wie	Patiëntenorganisaties, V&VN, KNMP, FHI, zorgverzekeraars, Nefemed
1 ^e aanspreekpunt	DON
Startdatum	1 januari 2018
Einddatum	31 december 2019
Financiering	Uit beschikbaar budget voor beheerfase

Bijlage 1 Gebruikte literatuur

- APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington: American Psychological Association; 2013.
- APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen, 3^e druk. Den Haag: Uitgeverij Boom, 2014
- BOH. Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg. Den Haag: Ministerie van VWS / Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen; 2017.
- 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
- CVZ. Incontinentie absorptiemateriaal: noodzakelijk te verzekeren zorg? Publicatienummer 298. Diemen: College voor zorgverzekeringen; 2011
- ISO 15621. Urine-absorbing aids – General guidelines on evaluation. Second edition. Geneva: International Organization for Standardization; 2011
- ISO-9999. Assistive products for persons with disability – Classification and terminology, sixth revision. Geneva: International Organization for Standardization; 2016³⁹
- Lambregts J, Grotendorst A. Leren van de toekomst. Verpleegkundigen & verzorgenden 2020. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum; 2012;
<https://www.venvn.nl/Portals/1/Thema's/Beroepsprofiel/Leren%20van%20de%20toekomst.pdf>
- Longfonds. 'Zuurstof thuis; wat moet ik weten'. <https://www.vitalaire.nl/documents/zuurstof-brochure.pdf>
- NEN. Nederlandse norm NEN-EN-ISO 9999 Hulpmiddelen voor mensen met functioneringsproblemen – Classificatie en terminologie. Delft: Nederlands Normalisatie Instituut; 2012
- Nictiz. Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, 3^e herziene druk. Den Haag: Nictiz, 2009
- RIVM. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2002, 2008
- V&VN. Continentie Verpleegkundigen & Verzorgenden: Expertisegebied Continentieverpleegkundige. Utrecht: V&VN; april 2017
- Wagg A, Newman D, van Houten P, Leichsenring K. Optimum Continence Service Specification. The ideal organisation of care for people with incontinence. Madrid; 2014
http://www.euro.centre.org/data/1410266749_98673.pdf
- WHO. ICID-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneva: World Health Organization; 1992
- WHO. ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2001

³⁹ Deze versie is nog niet in het Nederlands beschikbaar; de laatste versie die in het Nederlands beschikbaar is, is die vermeld bij NEN, 2012.

Bijlage 2 Betrokkenen bij de ontwikkeling Module CH

Deelnemers KCH werkgroep	Organisatie
Paul van Aken (agendalid)	Actiz
Nicole Schaapveld	Bekkenbodem4All
Dion van Bommel	CZ
Jos Dekkers	Dwarslaesie Organisatie Nederland
Marielle Blankesteijn	Dwarslaesie Organisatie Nederland
Alco Ausma	FHI
Jan Meurs	FHI
Liesbeth Kok, opgevolgd door Susanne van Tiggelen	FHI
Dorothe van Maasacker (agendalid)	IGZ
Jan van der Knokke	Incoclub
Waldo Kolk	Incoclub
Inka Nanninga	KNMP
Mariska van Grinsven	KNMP
Eelco Kruining	Menzis
Robert van Woensel	Multizorg
Iris van Bommel	Nefemed
Wilma Venes	Nefemed
Roy ten Tije	Nefemed
Josefine Kursten (agendalid)	NZa
Ellen Willemsen (agendalid)	Uniekabo
Hanny Cobussen	V&VN
Nellie Kolk	V&VN
Thessa Segeren Boetzkes	V&VN
Fadma Zarroy	VGZ
Evert Jan van Asselt	VWS
Jan van Ginneken	VWS
Margo Weerts	VWS/voorzitter werkgroep
Trudy Gerritsma	Zilveren Kruis

Martin Potjens	Zorgverzekeraars Nederland
Ineke Roede	Zorginstituut Nederland
Jacqueline Solleveld Olthof	Zorginstituut Nederland/secretaris
Yvonne Heerkens	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen / redactie Module
	Vilans / per 1-1-2018 secretariaatsvoering

Bijlage 3 Wijze waarop de module tot stand is gekomen

In de Module Continentie Hulpmiddelen wordt beschreven wat goede continentie hulpmiddelenzorg is. De module dient in samenhang gezien te worden met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg dat in 2016 tot stand is gekomen mede op basis van de input van de drie VWS werkgroepen voor diabetes-, stoma- en continentie hulpmiddelenzorg.

In het kwaliteitskader wordt in generieke 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 kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld. De Module Continentie Hulpmiddelen is zo'n kwaliteitskader.. Net als de Module Continentie Hulpmiddelen is het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is een groeidocument, enerzijds omdat het breder toepasbaar kan worden voor andere categorieën hulpmiddelen dan de drie genoemde groepen en anderzijds omdat het aangepast zal worden op basis van voortschrijdende inzichten en nieuwe ontwikkelingen.

De activiteiten in het kader van de ontwikkeling van de Module Continentie Hulpmiddelen zijn begin 2016 gestart na instelling van de werkgroep continentie hulpmiddelenzorg door VWS. In de werkgroep zitten vertegenwoordigers van 'all parties concerned': cliënten, zorgprofessionals, leveranciers, fabrikanten en zorgverzekeraars. De namen van de vertegenwoordigers en de organisaties staan in bijlage 2.

Door de werkgroep is

- een knelpuntenanalyse uitgevoerd
- zijn uitgangspunten voor de module in kaart gebracht
- is de module geschreven op basis van de binnen het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg geschetste kaders: Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, de RIFA Basisrichtlijn en de terminologie van de ICF als basis voor het beschrijven van het functioneren van cliënten, de behandeldoelen en de human related intended use.

In totaal is de werkgroep in zijn geheel 12 keer bij elkaar geweest en daarnaast is er een groot aantal aparte vergaderingen belegd met steeds wisselende samenstelling over bepaalde onderdelen.

Als trekker van de module is Margo Weerts door VWS aangetrokken. Vanaf november 2016 is Yvonne Heerkens als schrijver bij de ontwikkeling van de module betrokken geweest.

Bijlage 4 Afkortingen

BOH	bestuurlijk overleg hulpmiddelen
CVZ	College voor zorgverzekeringen (thans: Zorginstituut Nederland)
DON	Dwarslaesie Organisatie Nederland
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ^e versie
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FHI	Federatie van Technologiebranches
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
GPH	Generieke Productcode Hulpmiddelen
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
ICPC-2-nl	International Classification of Primary Care – Nederlandse vertaling van de 2 ^e versie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISO	International Standardization Organization
KCH	werkgroep Kwaliteitsverbetering Continentie Hulpmiddelen
KDH	werkgroep Kwaliteitsverbetering Diabetes Hulpmiddelen
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KSH	werkgroep Kwaliteitsverbetering Stoma Hulpmiddelen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PES	<u>P</u> van <u>P</u> robleem (probleem, klachten, gezondheidsverstoringen en de reactie van de patiënt op de ziekte); <u>E</u> van <u>E</u> tiologie (ziekteoorzaak en samenhangende factoren); <u>S</u> van <u>S</u> ignalen en <u>S</u> ymptomen: kenmerken, criteria (http://www.verpleging-verzorging.nl/termen.htm)
PRIU	product related intended use
PvE	programma van eisen
RiFA	Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 5 Door de werkgroep continentie hulpmiddelen genoemde knelpunten

Goede indicatie	Juiste selectie	Betrouwbare levering	Heldere instructies voor - en hulp bij gebruik	Systematische monitoring en evaluatie
1. Ingewikkelde aanvraagprocedure 2. Indicatie- en aanvraagprocedure is niet transparant en niet onafhankelijk 3. Onduidelijk wie indiceert 4. Onvoldoende geprotocolleerde indicatie 5. Indicatie wordt niet gezamenlijk door zorgverleners vorm gegeven 6. Onvoldoende maatwerk (passend bij de gebruiker en het gebruik) 7. Onvoldoende oog voor functionele verschillen gebruiker 8. Ontbreken uitkomst-indicatoren zelfredzaamheid gebruiker en kwaliteit van leven gebruiker	1. Geen/onvoldoende keuzevrijheid m.b.t. type hulpmiddel en leverancier 2. Geen/onvoldoende onafhankelijke en begrijpelijke product- en keuze informatie (ook m.b.t. prijs/kwaliteit) 3. Onvoldoende zicht op productkwaliteit (voldoet het product aan stand wetenschap en praktijk) 4. Ontbreken van generiek geformuleerde kwaliteitscriteria 5. Geen gezamenlijke besluitvorming	1. Niet passend aantal continentie-hulpmiddelen 2. Niet aansluitend bij evt. multiproblematiek gebruiker	1. Onvoldoende begeleiding van de gebruiker 2. Onvoldoende kennis en competenties bij alle zorgverleners in de keten 3. Ontbreken van een aparte vergoeding voor de dienstverlenings-component bij levering	1. Geen/onvoldoende systematische evaluatie van het gebruik van het hulpmiddel na indicatie 2. Ontbreken eenduidig registratiepunt voor "bijwerkingen"/gebruikers-risico's hulpmiddelen 3. Geen adequate en snelle klachtmogelijkheden voor gebruiker 4. Geen zicht op kosten/baten hulpmiddelenzorg op de lange termijn 5. Onvoldoende betrokkenheid van de gebruiker bij functioneringsgerichte hulpmiddelenzorg (inkoop en verstrekking) 6. Hulpmiddelenzorg is onvoldoende ingebed in het zorgproces

Bijlage 6 PES formulier⁴⁰

Behandelplan
Aanvraag machtiging continentie hulpmiddelen
Startpagina

Datum:
Naam aanvrager:
Functie aanvrager:
Contactgegevens aanvrager:
Medische indicatie: In te vullen door: huisarts / medisch specialist / physician assistant / verpleegkundig specialist / wijkverpleegkundige niveau 5 / continentie vpk / UCS vpk / (overig) (Vb: Stressincontinentie)
Probleem: = Probleem zoals de patiënt het beschrijft. (Vb: Patiënt geeft aan bij hoesten/niezen en springen urineverlies te hebben)
Etiologie: = Onderliggende medische oorzaak/uitslag udo/medicatie/andere oorzakelijke factoren. (Vb: zwakke bekkenbodemspieren)
Symptomen: = Symptomen zoals patiënt deze beschrijft. (Vb: verlies van druppels/scheuten zowel dag en nacht)
Functioneringsgerichte overwegingen = Zaken die niet onder het voorafgaande beschreven staan en te vinden zijn in de HRIU en PRIU (Bv: patiënt heeft cognitieve stoornissen)
Hulpmiddel dat wordt voorgeschreven / geoefend / meegegeven en overige interventies: (Vb: proefpakket incontinentie verband vrouw licht, doorverwijzing BBfysio, leefstijladviezen)
Vervolgafspraken en evaluatie: = bij wie worden er afspraken ingepland en wanneer vindt de evaluatie plaats. (Vb: over 2 weken evaluatie van het absorberende incontinentie verband, over 6 weken evaluatie leefstijladviezen)

Handtekening aanvrager:

⁴⁰ Dit is een voorlopige versie die nog moet worden aangepast, zie 'Doorontwikkeling'.

Aanvraag machtiging continenthulpmiddelen
Evaluatie pagina

Datum van evalueren:
Naam van persoon die evalueert:
Contactgegevens:
Wijze van evalueren: (telefonisch, spreekuur, email)
Verslag evaluatie:
Rode vlag*? JA / NEE: * Rode vlag betekent dat er een nieuw probleem is ontstaan waarbij je niet uit komt met de huidige interventies en er een nieuw plan geschreven dient te worden. JA, = document rode vlag invullen, z.o.z.
Interventies:
Vervolgafspraken / volgende evaluatie:
Nazorg door: apotheek, medisch speciaalzaak, huisarts, overig

Handtekening persoon die evalueert:

Aanvraag machtiging continenthulpmiddelen
Rode vlag pagina

Datum:
Naam:
Contactgegevens:
Probleem: = Probleem zoals de patiënt het beschrijft of zorgverlener signaleert (Vb: Patiënt heeft huidschade in de liezen)
Etiologie: = Onderliggende medische oorzaak/uitslag udo/medicatie/andere oorzakelijke factoren. (Vb: allergische reactie op het absorberende incontinentie materiaal)
Symptomen: = Symptomen zoals patiënt deze beschrijft. (Vb: ontvelde, pijnlijke en rode plekken in de liezen)
Functioneringsgerichte overwegingen: = Zaken die niet onder het voorafgaande beschreven staan en te vinden zijn in de HRIU en PRIU (Bv: patiënt is cognitief beperkt)
Hulpmiddel dat wordt voorgeschreven/geoefend /meegegeven en overige interventies: (Vb: aanpassing van het absorberende incontinentie materiaal, specifiek een merk benoemend)
Vervolgafspraken / volgende evaluatie: = bij wie worden er afspraken ingepland en wanneer vindt de evaluatie plaats. (Vb: over 2 weken evaluatie van het absorberende incontinentie verband en huidconditie)

Handtekening persoon die evalueert:

Bijlage 7 Competenties

Competenties ten aanzien van continëntiehulpmiddelenzorg per 1-1-2022

1. Aanleiding

In de Werkgroep Continëntie Hulpmiddelenzorg ingesteld door het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen van VWS is gevraagd om een uitwerking van bevoegdheden en competenties die nodig zijn om continëntiehulpmiddelen te indiceren, te selecteren, te leveren en te evalueren. Vertegenwoordigers van V&VN, FHI en KNMP hebben dit vertaald in deze uitwerking. De Werkgroep Continëntie Hulpmiddelenzorg heeft deze uitwerking beoordeeld, aangevuld en vastgesteld.

Voor de borging van kwaliteit is de gewenste situatie uitgewerkt. Het is op dit moment nog te vroeg om alle punten bereikt te hebben in 2018. Alle partijen geven aan dat er een tijdspad van 5 jaar (2022) nodig is om alles hiervoor op orde te hebben.

2. Gewenste situatie

Belangrijk aspecten bij de borging van kwaliteit is dat verschillende disciplines in de keten van elkaar weten welke bevoegdheden en verantwoordelijkheden zij hebben en welke competenties nodig zijn om deze bevoegdheid goed uit te voeren. Daarnaast geven de tabellen inzicht waar het risico op dubbel werk aanwezig is en goede communicatie en dossieroverdracht geborgd moeten zijn. (zie pagina 9 en 10 Module Continëntie Hulpmiddelen)

Na vaststelling of de omschreven gewenste situatie door alle partijen gedragen wordt zal in afstemming met de verschillende disciplines een overgangperiode vastgesteld worden zodat in alle redelijkheid gewerkt kan worden naar de gewenste situatie.

3. Hoofregel en uitzonderingen

Hoofregel:

In lijn met het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is het uitgangspunt een voorschrift met functioneringsgerichte eisen waaraan het product moet voldoen. De verpleegkundige zal het gehele en diverse assortiment moet kunnen overzien. De leverancier selecteert op basis van het ontvangen voorschrift het continentiemateriaal en hoeveelheden.

Uitzondering:

Eerste lijn

In het contract tussen zorgverzekeraar en leverancier wordt rekening gehouden met uitzonderingen op de hoofregel, zoals elders is omschreven in deze module. Als het Programma van Eisen (PvE) compleet, onderbouwd, toetsbaar en doelmatig is, wordt de productkeuze opgevolgd door de leverancier.

Tweede lijn

De productkeuze die wordt uitgetest en bepaald door de continëntieverpleegkundige in gedeelde besluitvorming met de patiënt, wordt vastgelegd in het Programma van Eisen (PvE), met in achtneming van de doelmatigheid. Het gecontracteerde assortiment moet voldoende transparant zijn. Onder het transparant maken van het assortiment wordt verstaan dat in de samenwerking tussen de leverancier en voorschrijver bekend is met welke assortiment en of voorkeursmaterialen de leverancier werkt. De voorschrijver houdt hier rekening mee in zijn productkeuze.

Als het Programma van Eisen (PvE) compleet, onderbouwd en toetsbaar en doelmatig is, wordt de productkeuze opgevolgd door de leverancier.

In het contract tussen leverancier en zorgverzekeraar wordt daarin voorzien.

4. Processtappen continëntiehulpmiddelenzorg

De processtappen zoals beschreven in de module continëntiehulpmiddelen betreffen:

- Stap 1 probleem signaleren
- Stap 2 zorgvraag formuleren

Stap 3a zorgplan maken en oplossingsrichting bepalen
 Stap 3b zorgplan maken en programma van eisen opstellen
 Stap 3c aanvullen programma van eisen
 Stap 4 selecteren, uitproberen en beslissen
 Stap 5 leveren en instrueren
 Stap 6 gebruiken
 Stap 7: evalueren.

Voor de competenties continëntiehulpmiddelenzorg zijn de processtappen 3a t/m 7 van belang. De competenties zullen beschreven worden aan de hand van de processtappen 3 t/m 7.

5. Competenties processtappen hulpmiddelenzorg

Opmerking:

In de onderstaande competenties wordt de algemene term scholing gebruikt. Hieronder vallen bijscholingen, jaarlijkse nascholingen, interne nascholingen, congressen, symposia, etc. In de implementatie fasen zullen deze termen verder uitgewerkt worden en zal geprobeerd worden eenduidige terminologie te gebruiken.

Inleiding

In april 2017 2016 is het Expertisegebied Continentieverpleegkundige beschreven en vastgesteld (<https://continentie.venvn.nl/activiteiten/expertisegebied-continentieverpleegkundige>). De competenties zijn beschreven op basis van zeven Canmeds rollen.

De Werkgroep Continëntie Hulpmiddelenzorg heeft besloten om voor het proces continëntie-hulpmiddelenzorg alleen de competenties ten aanzien van kennis, vaardigheden en attitude te beschrijven, aan de hand van de processtappen in de keten.

In principe mogen de huisarts en physician assistant / verpleegkundig specialist (PA/VS) ook stap 3a, 3b, 3c, en 7 doen. In de dagelijkse praktijk schrijven deze disciplines over het algemeen alleen de medische verantwoording uit en verwijzen door naar een andere discipline in de keten. Om deze reden is ervoor gekozen om de disciplines huisarts en PA/VS algemeen alleen in stap 3a te benoemen en deze niet verder te beschrijven in de competenties.

Daar waar gesproken wordt over kennis, vaardigheden en attitude betreft het de competenties die relevant zijn voor de continëntiehulpmiddelenzorg en het verstrekken van hulpmiddelen.

Voor de duidelijkheid is bij de beschrijving niet gekozen voor een opbouwend systeem, maar worden bij elke processtap de competenties beschreven.

Competenties Stap 3a en 7: Bepalen oplossingsrichting en evalueren in relatie tot de uitgevoerde processtap.

Opleiding:

- BIG-geregistreerde verpleegkundige.
- Aantoonbaar volledige scholing gevolgd en afgerond met een certificaat of diploma. Deze scholing kan gevolgd zijn op Master (VS), HBO (UCS) of MBO continëntie verpleegkundige (St Antonius /voorheen SSSV) niveau.
- Registratie in het Kwaliteitsregister V&VN inclusief het deskundigheidsgebied Continentie tot professionele standaard voor de verpleegkundige worden benoemd. Voor de andere zorgprofessionals zijn de eigen wettelijke registers van toepassing.
- Jaarlijkse scholing middels symposium / congressen

Rol als zorgverlener:

Kennis:

- Heeft kennis over de achterliggende ziektebeelden, functioneringsproblemen, trauma's en andere oorzakelijke factoren ten aanzien van continëntieproblemen en kan deze vertalen naar een functioneringsgericht voorschrift.

- Heeft kennis over de verpleegkundige diagnoses die gerelateerd zijn aan continëntieproblemen, onder andere huidproblemen, pijn, verstoorde vochthuishouding, beperkingen in mobiliteit, kennistekorten, verstoord lichaamsbeeld, verstoorde seksualiteit, ineffectieve coping en sociaal isolement, en de bijbehorende interventies.
- Heeft kennis over de psychosociale gevolgen van continëntieproblemen.
- Heeft kennis over leeftijdgerelateerde factoren die van invloed zijn op continëntieproblemen.
- Heeft kennis en inzicht ten aanzien van psychosociale gevolgen van continëntieproblemen.
- Heeft kennis over de meerwaarde van behandeling van andere disciplines, zoals fysiotherapie ten aanzien van continëntieproblemen.
- Heeft kennis over multi pathologie en de wijze waarop diverse aandoeningen en ziektebeelden elkaar en de continëntieproblemen beïnvloeden.
- Heeft kennis over de invloed van medicatie op de continëntieproblemen.
- Heeft kennis over gevolgen van continëntieproblemen op leefstijl.

Vaardigheden en attitude:

- Heeft de regierol in de oplossingsrichting van de hulpmiddelenzorg.
- Baseert haar adviezen voor producten op patiënten voorkeur, klinische expertise, wetenschappelijke kennis, protocollen, richtlijnen en standaarden. Het principe van het functioneringsgericht voorschrijven wordt hierbij gehanteerd.
- Is in staat om voorlichting en instructie te geven ten aanzien van continëntiehulpmiddelen.
- Kan haar kennis over continëntiehulpmiddelen omzetten naar effectieve informatie, voorlichting en adviezen.
- Kan advies en instructie geven t.a.v. zelfzorgactiviteiten op het gebied van de continëntiezorg, zoals lichamelijke verzorging, huidverzorging, vochtintake, beweging, gewicht, toiletgang, irrigeren, katheteriseren, laxeren en dilateren.
- Kan begeleiding geven bij het hanteren van de continëntieproblemen en het gebruik van continëntiehulpmiddelen in het dagelijks leven, de leefregels en de voorzorgsmaatregelen.
- Kan de psychosociale gevolgen van continëntieproblemen bespreken en waar nodig adviseren en ondersteunen onder andere ten aanzien van problemen in het sociaal functioneren samenhangend met de continëntiestoornissen en van verwerkingsproblemen, angst, onzekerheid, veranderd lichaamsbeeld en verlies van controle over de uitscheiding.
- Kan ondersteuning geven bij sociaal maatschappelijke problemen met betrekking tot gezin, werk, sociale contacten, sport, hobby, reizen en ontspanning.
- Heeft een basisattitude die gericht is op eigen regie, zelfbeschikking en zelfmanagement.
- Kan ondersteuning geven bij seksuele problemen.
- Kan verwijzen naar lotgenotencontacten.
- Kan verwijzen naar andere hulp -en zorgverleners.

Rol als communicator:

Kennis:

- Heeft kennis over de persoonlijke, relationele en sociale gevolgen van continëntieproblemen, zoals verminderd zelfvertrouwen, verlies van regie over eigen lichaam, negatief zelfbeeld, sociaal isolement, verstoring van relatie, seksualiteit of gezinsleven, problemen op het werk, vermindering van perspectief.

Vaardigheden en attitude:

- Kan in een veilig klimaat de taboes ten aanzien van continëntieproblemen, zoals problemen met seksualiteit, negatief lichaamsbeeld en geuroverlast bespreekbaar maken.
- Kan schaamte, angst en/of andere psychosociale problemen rond continëntieproblemen bespreekbaar maken.

- Kan aansluiten bij het taalgebruik en de woordkeuze van patiënt en naasten en voorkomen dat hierdoor barrières in de communicatie ontstaan.

Rol samenwerkingspartner en organisator:

Kennis:

- Kent de hele keten en alle samenwerkingspartners en mogelijkheden binnen de zorg voor patiënten met continëntieproblemen.
- Heeft inzicht in de keten en samenwerkingspartners van de organisatie waarin zij werkzaam is of is op de hoogte bij wie zij hiervoor informatie kan inwinnen. Daarnaast is zij bekend met de regelgeving binnen de keten. Kent de gehele keten van organisaties in de continëntiezorg zowel binnen als buiten de zorginstelling/afdeling en de thuiszorg.
- Heeft kennis over de financiering van de zorg en kan de patiënt verwijzen naar informatie daarover of zelf deze informatie geven.
- Weet hoe het kwaliteitsbeleid tot stand komt en heeft kennis van onderhandelingsstechnieken om de kwaliteit van zorg te verbeteren en/of te handhaven.
- Kan een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van continëntiesprekuren in alle velden van de gezondheidszorg.
- Kan scholing en voorlichting geven aan verpleegkundigen en andere zorgprofessionals binnen de organisatie of daarbuiten.
- Kan een actieve rol vervullen in multidisciplinaire besprekingen of behandelteams.
- Kan een aandeel leveren in kwaliteitsverbetering trajecten door het ontwikkelen, implementeren en vastleggen van professionele standaarden binnen de continëntiezorg.
- Kan een aandeel leveren in verpleegkundig onderzoek op het gebied van continëntiezorg.
- Heeft kennis van rapportagetechnieken.

Vaardigheden en attitude:

- Is in staat om een netwerk in de continëntiezorg op te bouwen en dit actief te onderhouden.
- Kan de rol van expert vervullen t.a.v. haar eigen vakgebied. Kan instructie en informatie geven aan collega verpleegkundigen en aan andere disciplines.
- Kan professionele begeleiding geven aan (continëntie-)verpleegkundigen in opleiding.
- Kan een bijdrage leveren aan de kennisuitwisseling tussen de verschillende professionals in de continëntiezorg en kan hierbij de specifieke verpleegkundige kennis en waar nodig het perspectief van de patiënt naar voren brengen.
- Is in staat om samen met de patiënt en de ketenpartners haalbare doelstellingen te formuleren in aansluiting op de hulpvragen van de patiënt.
- Kan eenduidig rapporteren volgens vaste structuur.

Rol als gezondheidsbevorderaar:

Kennis:

- Heeft kennis van en inzicht in de te verwachten ontwikkelingen in de continëntiezorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Heeft kennis over de wijze waarop informatie/kennis aan de patiënt en/of naasten kan worden overgedragen.
- Is bekend met de principes van een gezonde leefstijl en kan hierover adviseren.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.
- Heeft kennis over de wijze van handelen in het geval van klachten, fouten en incidenten.
- Heeft kennis over de principes van zelfmanagement.
- Heeft kennis over de principes van veilige zorg.

Vaardigheden en attitude:

- Kan informatie geven over veranderingen in rollen en relaties als gevolg van continentieproblemen aan patiënt en naasten.
- Kan ondersteuning bieden bij het vinden van een evenwicht tussen enerzijds de gevolgen van de continentie en anderzijds de gewenste levensstijl.

Competenties Stap 3b, 3c en 7 : Programma van eisen opstellen, aanvullen programma van eisen en evalueren in relatie tot de uitgevoerde processtap.**Opleiding:**

- BIG-geregistreerde verpleegkundige.
- Aantoonbaar volledige scholing gevolgd en afgerond met een certificaat of diploma. Deze scholing kan gevolgd zijn op Master (VS), HBO (UCS) of MBO continentie verpleegkundige (St Antonius/ voorheen SSSV) niveau.
- Registratie in het Kwaliteitsregister V&VN inclusief het deskundigheidsgebied Continentie tot professionele standaard voor de verpleegkundige worden benoemd. Voor de andere zorgprofessionals zijn de eigen wettelijke registers van toepassing.
- Jaarlijkse scholing.

Rol als zorgverlener:Kennis:

- Heeft kennis over de achterliggende ziektebeelden, functioneringsproblemen, trauma's en andere oorzakelijke factoren ten aanzien van continentieproblemen.
- Heeft kennis over de meest voorkomende verpleegkundige diagnoses die gerelateerd zijn aan continentieproblemen, onder andere huidproblemen, pijn, verstoorde vochthuishouding, beperkingen in mobiliteit, kennistekorten, verstoord lichaamsbeeld, verstoord seksualiteit, ineffectieve coping en sociaal isolement, en de bijbehorende interventies.
- Heeft kennis over de psychosociale gevolgen van continentieproblemen.
- Heeft kennis over leeftijd gerelateerde factoren die van invloed zijn op continentieproblemen.
- Heeft kennis en inzicht ten aanzien van psychosociale gevolgen van continentieproblemen.
- Heeft kennis over de meerwaarde van behandeling van andere disciplines, zoals fysiotherapie ten aanzien van continentieproblemen.
- Heeft globale kennis over multi pathologie en de wijze waarop diverse aandoeningen en ziektebeelden elkaar en de continentieproblemen beïnvloeden.
- Heeft kennis over de invloed van medicatie op continentieproblemen.
- Heeft kennis over het volledige assortiment van continentiehulpmiddelen en de specifieke kenmerken van het product en de effecten op het functioneren.
- Heeft kennis over gevolgen van continentieproblemen op leefstijl.
- Heeft kennis van de zorgverzekeringswet en de wijze waarop incontinentiemateriaal vergoed wordt.

Vaardigheden en attitude:

- Heeft de regierol in de vertaling naar het functioneringsgericht voorschrift (PvE).
- Is in staat om voorlichting en te geven ten aanzien van continentiehulpmiddelen.
- Kan samen met de patiënt en naasten een keuze maken met betrekking tot maat, vorm en materiaal op basis van patiënten voorkeur.
- Is in staat om op basis van een 24-uurs ritme van de cliënt een programma van eisen samen te stellen.
- Kan een vertaling maken van de informatie in het programma van eisen naar geschikte hulpmiddelen voor wat betreft maat, vorm en materiaal.
- Kan haar kennis over continentiehulpmiddelen omzetten naar effectieve informatie, voorlichting en adviezen.

- Kan advies en instructie geven t.a.v. zelfzorgactiviteiten op het gebied van de continëntiezorg, zoals lichamelijke verzorging, huidverzorging, vochtintake, beweging, gewicht, toiletgang, irrigeren, katheteriseren, laxeren en dilateren.
- Kan begeleiding geven bij het hanteren van de continëntieproblemen en het gebruik van continëntiehulpmiddelen in het dagelijks leven, de leefregels en de voorzorgsmaatregelen.
- Kan de psychosociale gevolgen van continëntieproblemen bespreken en waar nodig adviseren en ondersteunen onder andere ten aanzien van problemen in het sociaal functioneren samenhangend met de continëntiestoornissen en van verwerkingsproblemen, angst, onzekerheid, veranderd lichaamsbeeld en verlies van controle over de uitscheiding.
- Kan ondersteuning geven bij sociaal maatschappelijke problemen met betrekking tot gezin, werk, sociale contacten, sport, hobby, reizen en ontspanning.
- Kan ondersteunen bij seksuele problemen bespreekbaar te maken en eventueel door te verwijzen.
- Heeft een basisattitude die gericht is op eigen regie, zelfbeschikking en zelfmanagement.
- Kan verwijzen naar lotgenotencontacten.
- Kan verwijzen naar andere hulp -en zorgverleners.

Rol als communicator:

Kennis:

- Heeft kennis over de persoonlijke, relationele en sociale gevolgen van continëntieproblemen, zoals verminderd zelfvertrouwen, verlies van regie over eigen lichaam, negatief zelfbeeld, sociaal isolement, verstooring van relatie, seksualiteit of gezinsleven, problemen op het werk, vermindering van perspectief.
- Kent de belangrijkste communicatietechnieken en bezit over luistervaardigheden.

Vaardigheden en attitude:

- Kan aansluiten bij het taalgebruik en de woordkeuze van patiënt en naasten en voorkomen dat hierdoor barrières in de communicatie ontstaan.
- Kan in een veilig klimaat de taboes ten aanzien van continëntieproblemen, zoals problemen met seksualiteit, negatief lichaamsbeeld en geuroverlast bespreekbaar maken.
- Kan schaamte, angst en/of andere psychosociale problemen rond continëntieproblemen bespreekbaar maken.
- Kan mondeling en schriftelijk communiceren.
- Bezit hoog empathisch vermogen.
- Kan doorvragen en samenvatten.
- Kan gesprekken effectief structureren.
- Kan gevoelsreflecties geven.
- Toont aandacht gevend gedrag.
- Kan vaktermen omzetten naar begrijpelijke taal voor de patiënt. Kan aansluiten bij het taalgebruik van patiënt en naasten.
- Kan signalen uit gesprekken oppikken en vertalen in adviezen en instructies.
- Kan adviezen en instructie geven en motiveren om optimaal met de continëntieproblemen en de continëntiehulpmiddelen om te gaan.
- Zorgt voor een werkomgeving waarin discretie gewaarborgd is.

Rol samenwerkingspartner en organisator

Kennis:

- Kent de hele keten en alle samenwerkingspartners en mogelijkheden binnen de zorg voor patiënten met continëntieproblemen.
- Heeft inzicht in de keten en samenwerkingspartners van de organisatie waarin zij werkzaam is of is op de hoogte bij wie zij hiervoor informatie kan inwinnen.

- Daarnaast is zij bekend met de regelgeving binnen de keten.
- Heeft kennis over de financiering van de zorg en kan de patiënt verwijzen naar informatie daarover of zelf deze informatie geven.
- Weet hoe het kwaliteitsbeleid tot stand komt en heeft kennis van onderhandelings technieken om de kwaliteit van zorg op afdelingsniveau te verbeteren en/of te handhaven.
- Kan een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van continëntiesprekuren in alle velden van de gezondheidszorg.
- Kan scholing en voorlichting geven aan verpleegkundigen en andere zorgprofessionals binnen de organisatie/ afdeling of daarbuiten.
- Kan een aandeel leveren in kwaliteitsverbetering trajecten door het ontwikkelen, implementeren en vastleggen van professionele standaarden binnen de continëntiezorg op afdelingsniveau./ binnen organisatie.
- Kan een aandeel leveren in verpleegkundig onderzoek op het gebied van continëntiezorg.
- Heeft kennis van de PES+ structuur en eenduidige wijze van informatieoverdracht.
- Heeft kennis van afgesproken rapportagesystematiek.

Vaardigheden en attitude:

- Is in staat om een netwerk in de continëntiehulpmiddelenzorg op te bouwen en dit actief te onderhouden.
- Kan de rol van expert vervullen t.a.v. haar eigen vakgebied op afdelingsniveau/ binnen organisatie.
- Kan instructie en informatie geven aan collega verpleegkundigen en aan andere disciplines.
- Kan voorlichting geven en doorverwijzen bij specifieke vragen over ontwikkeling in de continëntiezorg.
- Is in staat om samen met de patiënt en de ketenpartners haalbare doelstellingen te formuleren in aansluiting op hulpvragen van de patiënt.
- Kan haar visie op samenwerken formuleren en naar voren brengen.
- Kan efficiënt en effectief en eenduidig verslagleggen/rapporteren

Rol als gezondheidsbevorderaar

Kennis:

- Heeft algemene kennis in de te verwachten ontwikkelingen in de continëntiezorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Heeft kennis over de wijze waarop informatie/kennis aan de patiënt en/of naasten kan worden overgedragen.
- Heeft kennis van en inzicht in de te verwachten ontwikkelingen in de continëntiezorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Is bekend met de principes van een gezonde leefstijl en kan hierover adviseren.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.
- Heeft kennis over de wijze van handelen in het geval van klachten, fouten en incidenten.
- Heeft kennis over de principes van zelfmanagement.
- Heeft kennis over de principes van veilige zorg.

Vaardigheden en attitude:

- Kan informatie geven over veranderingen in rollen en relaties als gevolg van continëntieproblemen aan patiënt en naasten.
- Kan ondersteuning bieden bij het vinden van een evenwicht tussen enerzijds de gevolgen van de continëntie en anderzijds de gewenste levensstijl.
- Kan gegevens verzamelen over de gezondheidsproblemen van de patiënt.
- Kan informatie en instructie geven en andere vormen van gedragsbeïnvloeding toepassen t.a.v. leefstijladviezen.

- Is in staat om op maat informatie en voorlichting te geven over gezond gedrag.

Competenties stap 4 en 7 : Merk & type & aantallen + proberen instrueren en evalueren in relatie tot de uitgevoerde processtap

Stap 4: Opleiding:

- BIG-geregistreerde verpleegkundige.
- Aantoonbaar volledige scholing gevolgd en afgerond met een certificaat of diploma, Deze scholing kan gevolgd zijn op Master (VS), HBO (UCS) of MBO continentie verpleegkundige (St Antonius/ voorheen SSSV) niveau.
- Registratie in het Kwaliteitsregister V&VN inclusief het deskundigheidsgebied Continentie tot professionele standaard voor de verpleegkundige worden benoemd. Voor de andere zorgprofessionals zijn de eigen wettelijke registers van toepassing.

Of

- Verpleegkundige met aandachtsgebied continentie hebben aantoonbaar scholing gevolgd en afgerond met een getuigschrift. Deze scholing zal nog uitgewerkt moeten worden.
- Jaarlijkse scholing* middels symposium / congressen.
- Jaarlijkse scholing over de ontwikkelingen en beschikbaarheid van materialen.

Rol als zorgverlener:

Kennis:

- Heeft kennis over de achterliggende ziektebeelden, functioneringsproblemen, trauma's en andere oorzakelijke factoren ten aanzien van
- Continentieproblemen.
- Heeft kennis over leeftijdgerelateerde factoren die van invloed zijn op continentieproblemen.
- Heeft kennis en inzicht ten aanzien van psychosociale gevolgen van continentieproblemen.
- Heeft kennis over de meerwaarde van behandeling van andere disciplines, zoals fysiotherapie ten aanzien van continentieproblemen.
- Heeft globale kennis over multi pathologie en de wijze waarop diverse aandoeningen en ziektebeelden elkaar en de continentieproblemen beïnvloeden.
- Weet dat medicatie invloed kan hebben op het continentieproblemen.
- Heeft kennis over het volledige assortiment van continentiehulpmiddelen en de specifieke kenmerken van het product en de effecten op het functioneren.
- Heeft voldoende kennis om vanuit een functioneringsgericht voorschrift de vertaling te maken naar een adequaat en doelmatig product met daarbij de juiste hoeveel producten.
- Heeft kennis over gevolgen van continentieproblemen op leefstijl.

Vaardigheden en attitude:

- Is in staat om voorlichting en instructie te geven ten aanzien van continentiehulpmiddelen.
- Kan een vertaling maken van de informatie in het programma van eisen naar geschikte hulpmiddelen.
- Kan samen met de patiënt en naasten een keuze maken uit de verschillende continentiehulpmiddelen en de patiënt instrueren om deze op de juiste wijze te gebruiken.
- Kan haar kennis over continentiehulpmiddelen omzetten naar effectieve informatie, voorlichting en adviezen.
- Baseert haar adviezen voor producten op patiënten voorkeur, klinische expertise, protocollen, richtlijnen en standaarden. Het principe van het functioneringsgericht voorschrijven wordt hierbij gehanteerd.
- Kan begeleiding geven bij het hanteren van de continentieproblemen en het gebruik van continentiehulpmiddelen in het dagelijks leven, de leefregels en de voorzorgsmaatregelen.
- Is in staat om voorlichting en instructie te geven ten aanzien van continentiehulpmiddelen.

- Kan advies en instructie geven t.a.v. zelfzorgactiviteiten op het gebied van de continenzorg, zoals lichamelijke verzorging, huidverzorging, vochtintake, beweging, gewicht, toiletgang, irrigeren, katheteriseren, laxeren en dilateren.
- Kan begeleiding geven bij het hanteren van de continenzproblemen en het gebruik van continenzhulpmiddelen in het dagelijks leven, de leefregels en de voorzorgsmaatregelen.
- Kan de psychosociale gevolgen van continenzproblemen bespreken en waar nodig adviseren en ondersteunen onder andere ten aanzien van:
 - problemen in het sociaal functioneren samenhangend met de continenzstoornissen en van verwerkingsproblemen, angst, onzekerheid, veranderd;
 - lichaamsbeeld en verlies van controle over de uitscheiding. Weet hoe door te verwijzen bij sociaal maatschappelijke problemen met betrekking tot;
 - gezin, werk, sociale contacten, sport, hobby, reizen en ontspanning.
- Heeft een basisattitude die gericht is op eigen regie, zelfbeschikking en zelfmanagement.
- Kan verwijzen naar lotgenotencontacten.
- Kan verwijzen naar andere hulp -en zorgverleners.
- Werkt merk onafhankelijk.

Rol als communicator:

Kennis:

- Heeft kennis over de persoonlijke, relationele en sociale gevolgen van continenzproblemen.
- Kent de belangrijkste communicatietechnieken en bezit over luistervaardigheden.
- Kan uitleg geven waarom gekozen producten het beste aansluiten bij de individuele situatie en hoe deze producten te gebruiken .

Vaardigheden en attitude:

- Kan in een veilig klimaat de taboes ten aanzien van continenzproblemen, zoals problemen met seksualiteit, negatief lichaamsbeeld en geuroverlast bespreekbaar maken.
- Kan schaamte, angst en/of andere psychosociale problemen rond continenzproblemen bespreekbaar maken.
- Kan mondeling en schriftelijk communiceren.
- Bezit hoog empathisch vermogen.
- Kan doorvragen en samenvatten.
- Kan gesprekken effectief structureren.
- Kan gevoelsreflecties geven.
- Toont aandacht gevend gedrag.
- Kan vaktermen omzetten naar begrijpelijke taal voor de patiënt. Kan aansluiten bij het taalgebruik van patiënt en naasten.
- Kan signalen uit gesprekken oppikken en vertalen in adviezen en instructies.
- Kan adviezen en instructie geven en motiveren om optimaal met de continenzproblemen en de continenzhulpmiddelen om te gaan.
- Zorgt voor een werkomgeving waarin discretie gewaarborgd is.

Rol samenwerkingspartner en organisator

Kennis:

- Kent de hele keten en alle samenwerkingspartners en mogelijkheden binnen de zorg voor patiënten met continenzproblemen.
- Heeft inzicht in de keten en samenwerkingspartners van de organisatie waarin zij werkzaam is of is op de hoogte bij wie zij hiervoor informatie kan inwinnen.
- Daarnaast is zij bekend met de regelgeving binnen de keten.

- Heeft kennis over de financiering van de zorg en kan de patiënt verwijzen naar informatie daarover of zelf deze informatie geven.
- Weet hoe het kwaliteitsbeleid tot stand komt. Kan een bijdrage leveren aan het ontwikkelen van continëntiesprekuren in alle velden van de gezondheidszorg.
- Kan scholing en voorlichting geven aan verpleegkundigen en andere zorgprofessionals binnen de organisatie/ afdeling of daarbuiten.
- Kan een aandeel leveren in kwaliteitsverbetering trajecten door het ontwikkelen, implementeren en vastleggen van professionele standaarden binnen de continëntiezorg op afdelingsniveau / binnen organisatie.
- Kan een aandeel leveren in verpleegkundig onderzoek op het gebied van continëntiezorg.
- Heeft kennis van de afgesproken rapportagesystematiek

Vaardigheden en attitude:

- Is in staat om een netwerk in de continëntiezorg op te bouwen en dit actief te onderhouden.
- Kan de rol van expert vervullen t.a.v. haar eigen vakgebied binnen organisatie en aan andere disciplines.
- Kan instructie en informatie geven aan collega verpleegkundigen, collega's binnen organisatie.
- Kan voorlichting geven en doorverwijzen bij specifieke vragen over ontwikkeling in de continëntiezorg.
- Is in staat om samen met de patiënt en de ketenpartners haalbare doelstellingen te formuleren in aansluiting op hulpvragen van de patiënt.
- Kan haar visie op samenwerken formuleren en naar voren brengen.
- Kan efficiënt en effectief en eenduidig verslagleggen/rapporteren.

Rol als gezondheidsbevorderaar

Kennis:

- Heeft algemene kennis in de te verwachten ontwikkelingen in de continëntiezorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Heeft kennis over de wijze waarop informatie/kennis aan de patiënt en/of naasten kan worden overgedragen.
- Heeft kennis van en inzicht in de te verwachten ontwikkelingen in de continëntiezorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Is bekend met de principes van een gezonde leefstijl en kan hierover adviseren.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.
- Heeft kennis over de wijze van handelen in het geval van klachten, fouten en incidenten.
- Heeft kennis over de principes van zelfmanagement.
- Heeft kennis over de principes van veilige zorg.
- Heeft kennis over het signalen, bewaken en rapporteren (eventueel doorverwijzen) op gebied van doelmatig gebruik en compliance.

Vaardigheden en attitude:

- Kan informatie geven over veranderingen in rollen en relaties als gevolg van continëntieproblemen aan patiënt en naasten.
- Kan gegevens verzamelen over de gezondheidsproblemen van de patiënt.
- Kan informatie en instructie geven en andere vormen van gedragsbeïnvloeding toepassen t.a.v. leefstijladviezen.
- Is in staat om op maat informatie en voorlichting te geven over gezond gedrag.

Competenties stap 5 en 7: leveren van producten en evalueren in relatie tot de uitgevoerde processtap

Opleiding

Vaardigheid van medewerkers moet aantoonbaar zijn door opleiding en scholing.

Daarnaast zijn de volgende basiskennis en basisvaardigheden/attitude (volgens de Canmeds rollen) essentieel:

Rol als zorgverlener:Kennis:

- Heeft belangrijke basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, pathologie en farmacologie paraat.
- Is op de hoogte van levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en coping stijlen.
- Heeft kennis over de psychosociale gevolgen van continentieproblemen bij patiënt en naasten.
- Heeft kennis over leeftijd gerelateerde factoren die van invloed zijn op continentieproblemen.
- Heeft kennis over het volledige assortiment van continentiehulpmiddelen en –aanpassingen en de effecten op het functioneren.
- Heeft kennis over de invloed van medicatie op de continentieproblemen.
- Heeft kennis over gevolgen van continentieproblemen op de leefstijl.

Vaardigheden en attitude:

- Kan een vertaling maken van de informatie in het programma van eisen naar geschikte hulpmiddelen.
- Kan haar kennis over continentiehulpmiddelen omzetten naar effectieve informatie, voorlichting en adviezen.
- Kan advies en instructie geven t.a.v. zelfzorgactiviteiten op het gebied van de continenzorg, zoals leefstijladviezen.
- Kan ondersteuning geven bij sociaal maatschappelijke problemen met betrekking tot gezin, werk, sociale contacten, sport, hobby, reizen en ontspanning.
- Heeft een basisattitude die gericht is op eigen regie, zelfbeschikking en zelfmanagement.
- Kan begeleiding geven bij het hanteren van de continentieproblemen en het gebruik van continentiehulpmiddelen in het dagelijks leven, de leefregels en de voorzorgsmaatregelen.
- Kan bij klachten verwijzen naar de continetieverpleegkundige of verpleegkundige met aandachtgebied incontinentie.

Rol als communicator:Kennis:

- Heeft basiskennis over de persoonlijke, relationele en sociale gevolgen van continentieproblemen.
- Kent de belangrijkste communicatietechnieken.
- Kent de belangrijkste luistervaardigheden.

Vaardigheden en attitude:

- Kan aansluiten bij het taalgebruik en de woordkeuze van patiënt en naasten en voorkomen dat hierdoor barrières in de communicatie ontstaan.
- Kan mondeling en schriftelijk communiceren.
- Bezit hoog empathisch vermogen.
- Kan doorvragen, parafraseren en samenvatten.
- Kan gesprekken effectief structureren.
- Kan gevoelsreflecties geven.
- Toont aandacht gevend gedrag.
- Kan vaktermen omzetten naar begrijpelijke taal voor de patiënt. Kan aansluiten bij het taalgebruik van patiënt en naasten.
- Kan signalen uit gesprekken oppikken en vertalen in adviezen en instructies.
- Kan adviezen en instructie geven en motiveren om optimaal met de continentieproblemen en de continentiehulpmiddelen om te gaan.

- Zorgt voor een werkomgeving waarin discretie gewaarborgd is.

Rol als samenwerkingspartner en organisator:

Kennis:

- Kent de hele keten en alle samenwerkingspartners en mogelijkheden binnen de zorg voor patiënten met continentieproblemen.
- Heeft basiskennis over de financiering van de zorg en kan de patiënt verwijzen naar informatie daarover of zelf deze informatie geven.
- Heeft kennis van de afgesproken rapportagesystematiek.

Vaardigheden en attitude:

- Kan samenwerken met patiënten en hun naasten, hen steunen en hen waar nodig effectief verwijzen.
- Kan eenduidig rapporteren volgens vaste structuur.
- Kan effectief samenwerken in de keten.
- Kan efficiënt, effectief en eenduidig verslagleggen/rapporteren.

Rol als gezondheidsbevorderaar

Kennis:

- Heeft kennis over de wijze waarop informatie/kennis aan de patiënt en/of naasten kan worden overgedragen.
- Heeft kennis van en inzicht in de te verwachten ontwikkelingen in de continenzorg en kan deze integreren in de voorlichting aan patiënten.
- Is bekend met de principes van een gezonde leefstijl en kan hierover adviseren.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen over gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.
- Heeft kennis over de wijze van handelen in het geval van klachten, fouten en incidenten.
- Heeft kennis over de principes van zelfmanagement.
- Heeft kennis over de principes van veilige zorg.

Vaardigheden en attitude:

- Kan ondersteuning bieden bij het vinden van een evenwicht tussen enerzijds de gevolgen van de continentie en anderzijds de gewenste levensstijl.
- Kan gegevens verzamelen over de gezondheidsproblemen van de patiënt.
- Kan informatie en instructie geven en andere vormen van gedragsbeïnvloeding toepassen t.a.v. leefstijladviezen.
- Is in staat om op maat informatie en voorlichting te geven over gezond gedrag.

6.Planning tot 2022

In de periode van vaststelling tot en met de overgangperiode geldt de huidige situatie (voor medisch speciaalzaken de SEMH en voor apotheken HKZ en opleiding apothekers assistent met ervaring, nascholing, kennisverwerving). In het vervolgtraject zal bepaald worden welke competenties toegevoegd moeten worden aan deze richtlijnen en/of geborgd moeten worden in scholingen en opleidingen. Deze opleidingen moeten eenduidig zijn en gericht op de zorg die geleverd wordt. Voor apothekers assistenten zal inhoudelijk aangesloten worden op de Antonius opleiding voor het werk dat ze uitvoeren (apothekers assistenten zijn geen verpleegkundigen, hebben geen lijfelijk contact en geven geen lijfelijke instructie).

7. Implementatie traject

V&VN, KNMP, FHI en Nefemed gaan het implementatietraject beschrijven aan de hand van eindtermen en een tijdtraject voorstellen wanneer implementatie moet gebeuren. Het implementatietraject wordt ter vaststelling aan de Werkgroep Continentie Hulpmiddelenzorg voorgelegd.

8. Overgangsperiode 2018 naar 2022

Door betrokken zorgverleners in de eerste lijn kan vooralsnog niet iedereen aan de vereiste competenties voldoen die behoren bij Stap 3b (Zorgplan maken: programma van eisen op stellen), 3c (Aanvullen programma van eisen) en 7 (Evalueren). Dit geldt onder andere voor de apothekersassistent. Om op verantwoorde wijze aan de zorgvraag tegemoet te kunnen komen zijn voor de overgangsperiode werkafspraken gemaakt.

Deze werkafspraken gelden uitsluitend voor absorberende continentiematerialen in de openbare apotheek. Afvoerende materialen mogen alleen in behandeling genomen worden door ketenpartners die ook nu al aan de gestelde eisen voldoen.

De apothekersassistent (mits opgenomen in het Kwaliteitsregister Apothekersassistenten, uitgevoerd door KABIZ) kan op basis van het functioneringsgerichte voorschrift en in overleg met de patiënt, het programma van eisen aanvullen (Stap 3c), een keuze maken uit het beschikbare assortiment (Stap 4), aan de patiënt leveren en instructie geven (Stap 5) en het gebruik evalueren (Stap 7).

Gedurende de overgangsperiode zal de uitvoering van de werkafspraken gemonitord en geëvalueerd worden.

Bijlage 8 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) en de ICF-CY (de kinder- en jeugdversie van de ICF) (WHO, 2007; RIVM, 2008).

<http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm> & <http://www.rivm.nl/who-fic/icf-cy.htm>

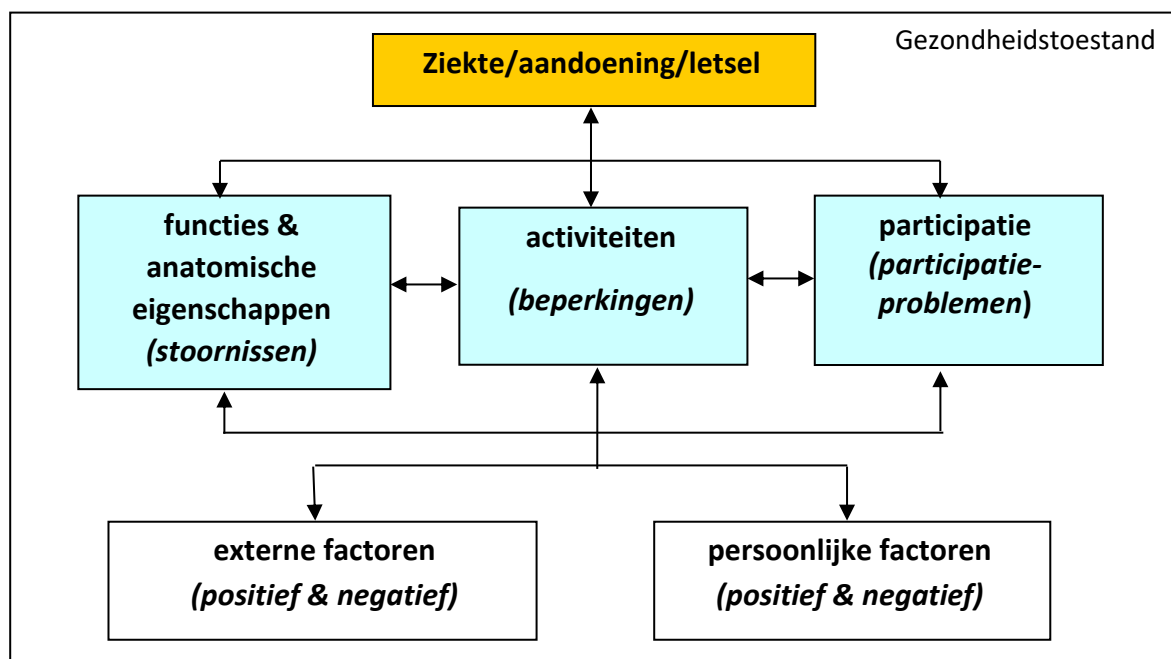
ICF

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).

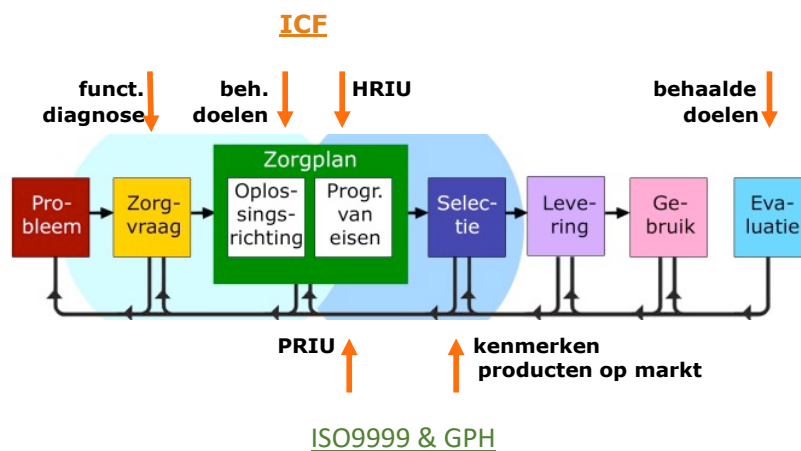
De overkoepelende term is 'functioneren' met als negatieve pendant 'functioneringsproblemen' of 'problemen met het functioneren'. Naast een lijst van fysiologische en mentale functies, een lijst met anatomische eigenschappen en een gecombineerde lijst voor activiteiten en participatie, bevat de ICF een 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. 'Persoonlijke factoren' zijn in de classificatie niet uitgewerkt in een lijst van termen.

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)
- 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."*⁴¹

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.

De stomahulpmiddelen maken onderdeel uit van hoofdgroep 09 Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming.

<http://www.rivm.nl/who-fic/ISO9999.htm>

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.

⁴¹ <http://www.nen.nl>

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

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 Diseases and Related Health Problems (ICD-10) van de WHO (WHO, 1992).

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.

WHO, 1992; CSIZ, 1997; <http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm>

DSM-5

De DSM, 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. Sinds 2014 is ook de Nederlandse vertaling beschikbaar (APA, 2014).

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.

<http://www.rivm.nl/who-fic/ICPC-2.htm>

Bijlage 9 Schema's HRIU – PRIU voor afvoerende en absorberende continentie hulpmiddelen

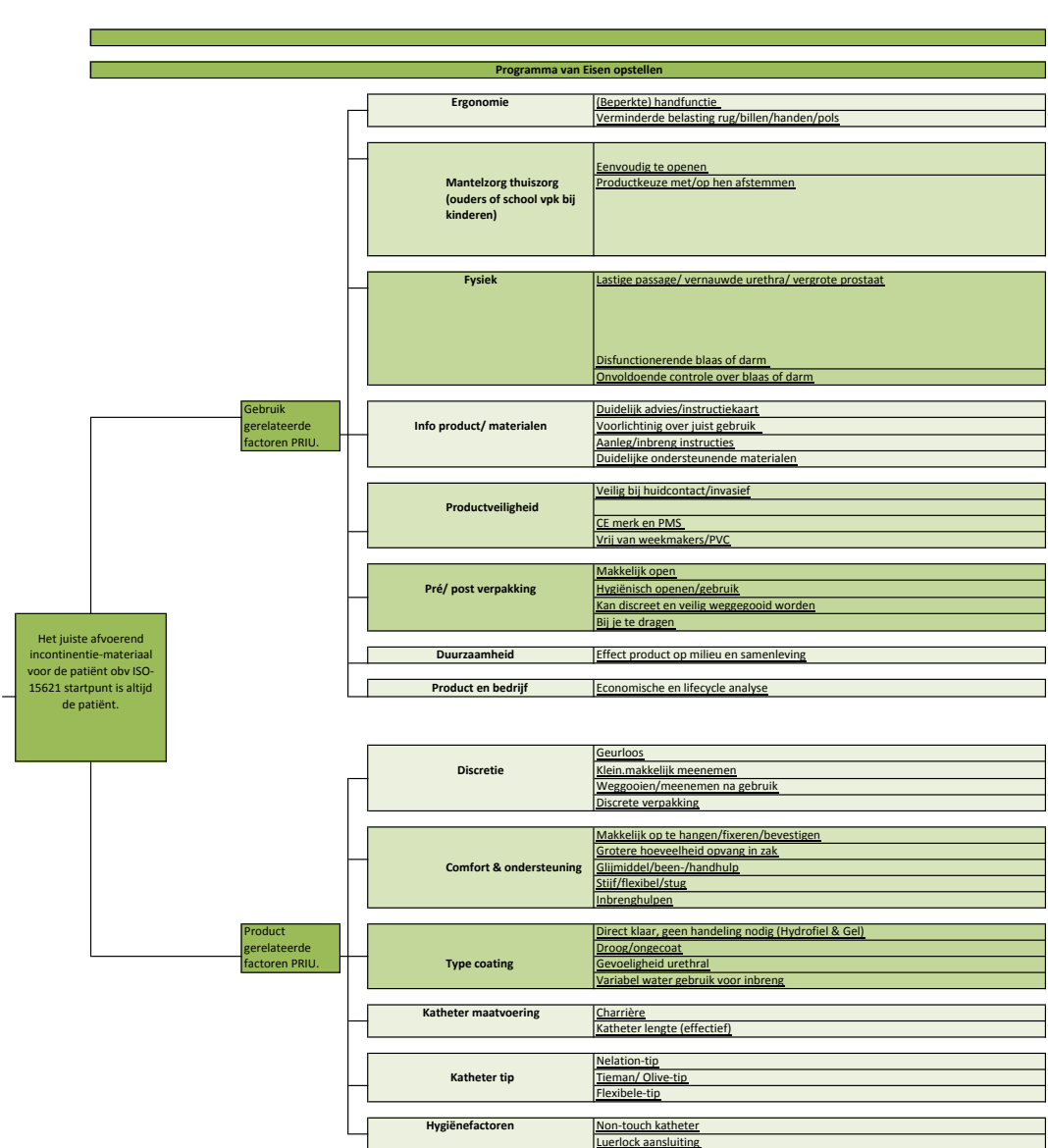
Afvoerende continentie hulpmiddelen (inclusief darmcontinentie)

Zorgplan maken (3A/ 3B)

Bepalen van oplossingsrichting

<u>Leeftijd</u> <u>Man/vrouw</u> <u>Lichamelijke beperking</u> <u>Neurologische aandoening</u> <u>Geestelijke beperking</u> <u>Bedlegerig</u>	Algemene factoren: 'niet of onvoldoende functionerende blaas, darm(en) en/of sluitspier'	Kenmerken eindgebruiker
<u>wel/geen transfer kunnen maken</u> <u>Rompstabiliteit</u> rollator/ scootmobiel/ rolstoel/ krukken/ driepoot <u>Gebruik v. mobiliteitshulpmiddelen</u>	Mobiliteit	
<u>Reuma/Artrose/Parkinson</u> <u>Geen/slechte handfunctie links/rechts</u> <u>Stoornissen fijne motoriek</u>	Handfunctie	
<u>Sensibiliteitsstoornissen aan vingers (geen/weinig gevoel of knijpkracht)</u>		
<u>Geen/slecht zicht (links/ rechts/ of beide)</u>	Gezichtsvermogen	
<u>Obese/ buikje en verder slank figuur/ zeer slank</u> <u>Lang/klein</u>	Lichaamsbouw/afmeting/omvang	
<u>Dag/nacht</u> <u>Zittend/staand/fysiek zwaar/ niet zwaar</u> <u>Mogelijk verschonen tijdens werk/ toilet met faciliteiten</u> <u>(veel) reizen (op één dag)</u> <u>Topsport</u> <u>Normale/minimale activiteit</u> <u>Actief</u> <u>Niet actief</u> <u>Fysiek zwaar/minder zwaar</u>	Tijdstip van de 24 uur Werkzaamheden Lichamelijke aandoening/ziekte Maatschappelijke/ sociale activiteit Wegwerpmogelijkheid	Gewenst activiteitsniveau
	Gemak bij verschonen Kunnen openen verpakking Volume verpakking, hulpmiddelen Aantal keren wisselen per dag Verschillen activiteiten, soorten door dag heen	Hanteren producten
	Mogelijkheid zelf toilet halen/bereiken Mogelijkheid transfer (bed-rolstoel-toilet) Mogelijkheid zelfstandig te wisselen	Niveau onafhankelijkheid
	Water/geen water (handen wassen/ toepassing product) Gevoelig voor infecties (recidiverende UWI) Medicatie (on)gevoeligheid	Hygiënefactoren
	Behoud van waardigheid Mogelijkheid te kunnen werken Deelname aan sociale activiteiten	Kwaliteit van leven

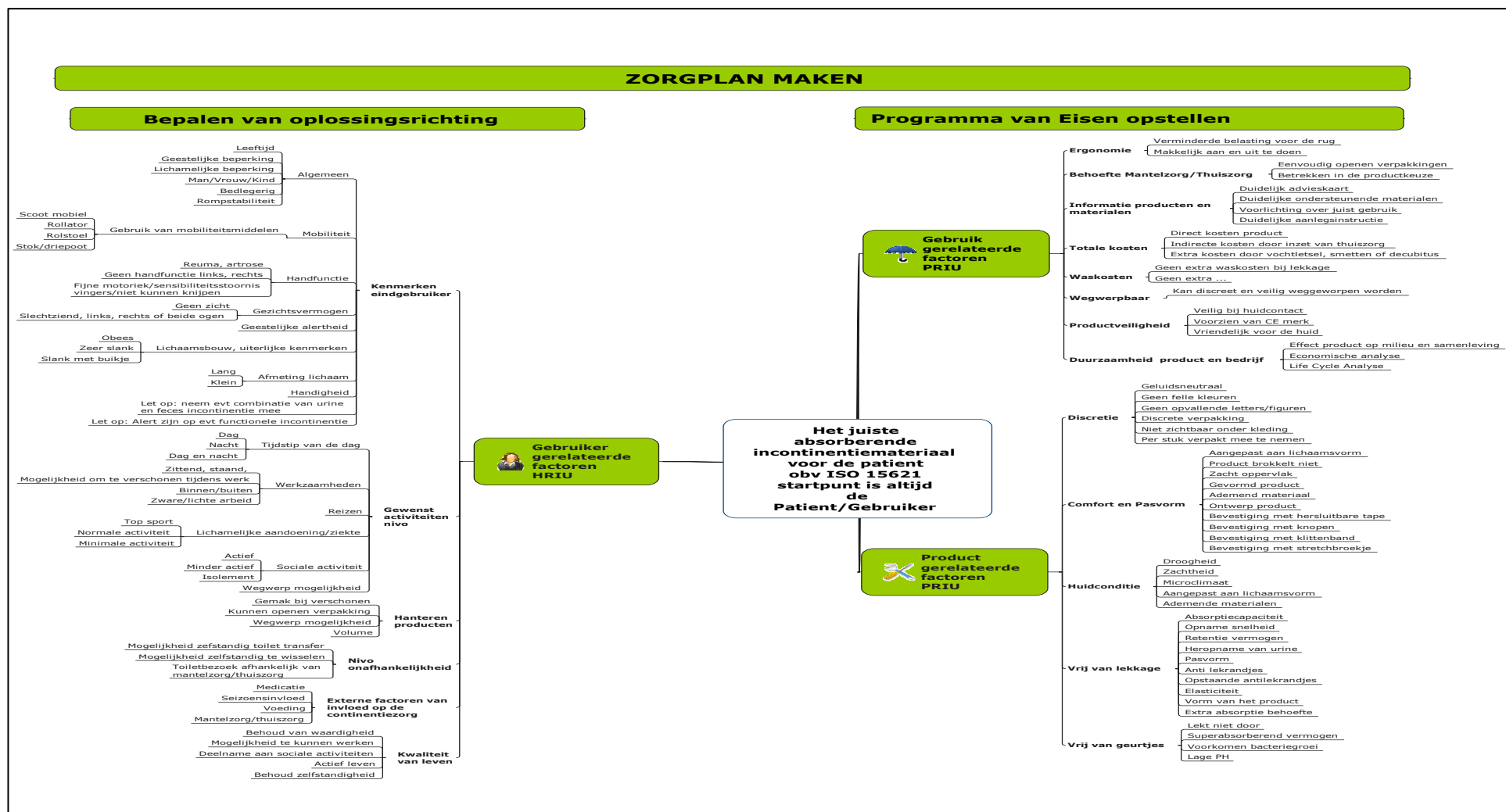
Gebruiker
gerelateerde
factoren HRIU



Selecteren, uitproberen en beslissen (3C/ 4)

Thuis (water nodig + hygiëne kan)	Direct klaar, hydrofiel gecoat en eenvoudig openen (slechte handfunctie)	Hydrofiel gecoat
	Direct klaar, gel gecoat en eenvoudig openen (slechte handfunctie)	Gel gecoat
	Direct klaar en hydrofiel gecoat (wel handfunctie)	Ongecoat
	Direct klaar en gel gecoat (wel handfunctie)	
	Ongecoat + gel (wel handfunctie)	
	Darmspoelsysteem incl. aanvullende hulpmiddelen	
	(Latex) handschoenen	
	Matjes	
Thuis, ver van water bedlegerig/ geen transfer/ mantelzorg	Rectaal katheters	
	Hydrofiel gecoat en direct klaar katheter + urine-opvangzak	Sets
	Katheter set (Direct klaar)	
	Darmspoelsysteem incl. aanvullende hulpmiddelen	Verblijfskatheter met urine-opvangzak
	(Latex) handschoenen	
	Matjes	
Onderweg met toilet + water	Rectaal katheters	
	Direct klaar, hydrofiel gecoat en eenvoudig openen (slechte handfunctie)	
	Direct klaar, gel gecoat en eenvoudig openen (slechte handfunctie)	
	Direct klaar en hydrofiel gecoat (wel handfunctie)	Externe katheter met urine-opvangzak
	Direct klaar en gel gecoat (wel handfunctie)	
	Ongecoat + gel (wel handfunctie)	verblijfskatheter
	Hydrofiel gecoat en direct klaar katheter + urine-opvangzak	
Onderweg zonder toilet/water	Anaaltampons	
	Katheter set (Direct klaar)	
Totale hygiëne/kant & klaar		
	Katheter set (Direct klaar)	
Postoperatief/geen ic-catheter (meer) mogelijk		
	Verblijfskatheter (met urine-opvangzak)	
Incontinent/man		
	Externe katheter (met urine-opvangzak)	

Absorberende continentie hulpmiddelen



Het juiste absorberende incontinentiemateriaal obv ISO 15621 6 december 2016 Groen.mmap 29-5-2017-Mindjet.

Versie 6 december 2016

