

Wind in de rug

een beleidsnotitie

STICHTING AUDIOLOGISCH CENTRUM FRIESLAND

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
<i>Deel 1</i>	
Groei nu en straks	4
Inhoudelijke aspecten aan de groei	8
Organisatorische aspecten aan de groei	10
<i>Deel 2</i>	
Personeelsuitbreiding en taken	12
-logopedie	12
-psychologie	12
-maatschappelijk werk	13
-secretariaat	13
-audiologie-assistent	14
-audioloog	15
Aanbevelingen	18
Kosten	19
Financiële verantwoording	20

Voorwoord

Toen in juni 1989 de Stichting Audiologisch Centrum Friesland haar tienjarig bestaan vierde, zijn een tweetal wensen geuit ten aanzien van de bijzondere zorg die het AC zou kunnen geven aan niet bejaarde volwassenen die juist niet op grond van hun leeftijd behoefte hadden aan hoorrevalidatie. Anderzijds werd aandacht gevraagd voor de hulp die kinderen met spraak- en taalstoornissen van het AC zouden kunnen krijgen. Een voorzichtig experiment met uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden voor deze kinderen heeft eigenlijk niet aan de verwachting voldaan. Bij de evaluatie ervan echter speelden een paar vertroebelende factoren een hinderlijke rol. Zo droegen in de periode dat het experiment duurde twee kno-artsen in de regio hun praktijk over aan een nieuwe verwijzer daarmee een jarenlang stabiel gebleven verwijspatroon doorbrekend en ook is er het een en ander veranderd in de regionale opvangmogelijkheid van zeer jonge kinderen met ontwikkelingsstoornissen. In de u voorliggende notitie wordt er echter toch vanuit gegaan dat deze groep patiëntjes de komende mogelijk wel in aantal iets groeien zal, maar voorlopig in elk geval niet drastisch. Opmerkelijk is echter dat het aantal volwassen verwezen patiënten sinds het genoemde jubileum significant gestegen is. Hoewel dat zonder meer verheugend genoemd kan worden, neemt een en ander niet weg dat er nu gekeken moet worden hoe aan deze stijgende hulpvraag structureel is te voldoen. Dat bovendien sinds 1 januari 1991 nu ook huisartsen rechtstreeks naar het AC kunnen verwijzen, heeft het bestuur doen besluiten om de toekomstverwachting en mogelijke antwoorden daarop op schrift te stellen.

In de U voorliggende beleidsnotitie wordt eerst een korte schets gegeven van de groei tot nu toe, mogelijke oorzaken en een schatting van het patiëntenaantal over een jaar of zeven. In deel twee worden (toekomstige) knelpunten in de personeelsbezetting geïnventariseerd en oplossingen daarvoor aangedragen. Tot slot volgt een financiële beschouwing.

Het bestuur wil met deze notitie niet alleen een beleid presenteren om bij toenemende werkdruk de audiologische zorg in de regio Friesland op het huidige niveau te handhaven, maar meent hiermee ook een adequaat vervolg te hebben gegeven aan de op het jubileum geuite hoop op een zelfs betere zorg.

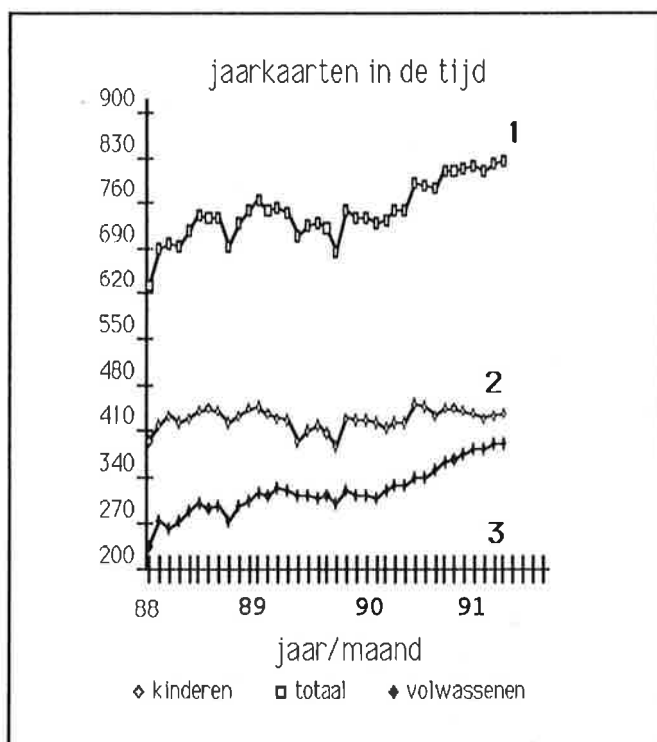
Leeuwarden, juni 1991,

Het bestuur van de Stichting Audiologisch Centrum Friesland

Deel 1

Groei nu en straks

Op de fiets met windkracht negen in de rug kan spannend en bevrijdend zijn. Maar wie niet op zijn stuur let, kan lelijk ten val komen. Deze gedachte ligt ten grondslag aan de u voorliggende notitie. Het Audiologisch Centrum Friesland (AC) staat aan de vooravond van grote organisatorische en waarschijnlijk ook inhoudelijke veranderingen. De oprichting in 1979, werd gevolgd door enige startproblemen en een daardoor wat langzaam op gang komende patiënten-instroom die vanaf 1983 stabiliseerde op ongeveer een 700 patiënten per jaar. In de loop van 1988 echter werd duidelijk dat dit veranderde en sindsdien is het jaarlijks patiëntenaanbod gestaag gegroeid naar 840 patiënten in 1990 en het is nu al duidelijk dat de groei er nog niet uit is.

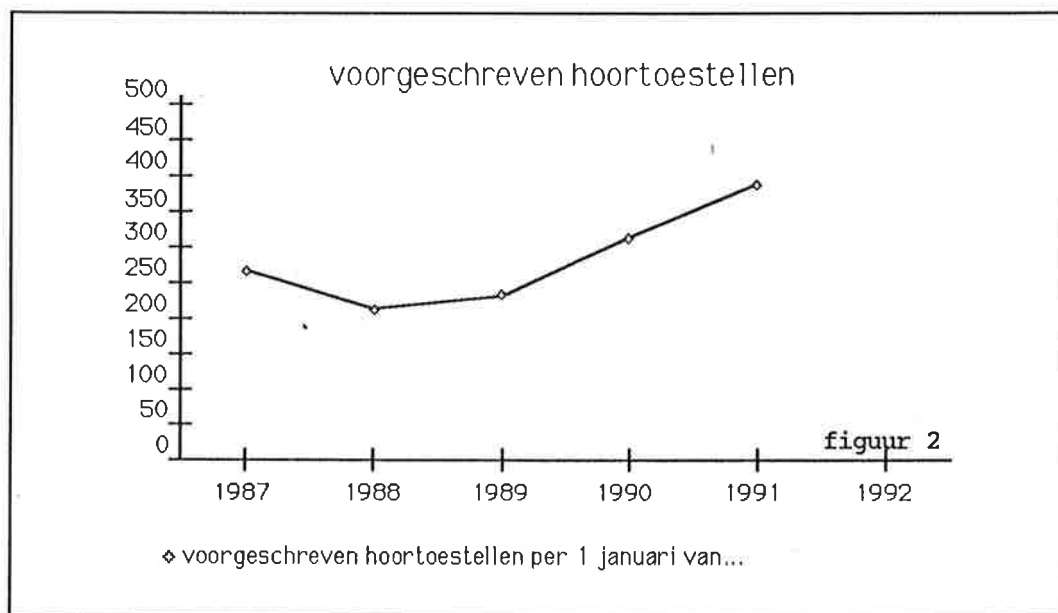


In nevenstaande grafiek toont curve 1 het totaal aantal per jaar bij het ACF ingeschreven patiënten. Curve 2 geeft het aantal kinderen onder de zes jaar en curve 3 het aantal ingeschreven volwassenen

figuur 1

Opvallend is, dat het aantal in behandeling zijnde kinderen eigenlijk niet veranderd is. De groei is vrijwel uitsluitend toe te schrijven aan een toename van het aantal volwassen patiënten. Hiervoor zouden in elk geval **drie oorzaken** kunnen worden aangewezen.

- Een eerste oorzaak is samen te vatten in het motto: "eenmaal slechthorend patiënt van het AC: altijd patiënt van het AC". Perceptieve slechthorendheid is inoperabel, in wezen definitief. Wanneer een hoortoestel daarvoor een mogelijke oplossing biedt, is een Audiologisch Centrum bij uitstek een instituut dat daarin adviseren kan. Iemand die daar naar tevredenheid is geholpen, zal na een jaar of vijf, als dat toestel aan vervanging toe is, geneigd zijn opnieuw de hulp van het AC in te roepen. Wij krijgen de indruk dat een deel van de groei inderdaad is toe te schrijven aan dit fenomeen. (fig 2.). Dit proces zal stabiliseren omdat natuurlijk niet de gehele vervangingsvraag terug zal komen.



Voor kinderen is deze groei niet te verwachten, omdat aannemelijk te maken is dat praktisch alle perceptief slechthorende kinderen bij een of ander AC bekend zijn.

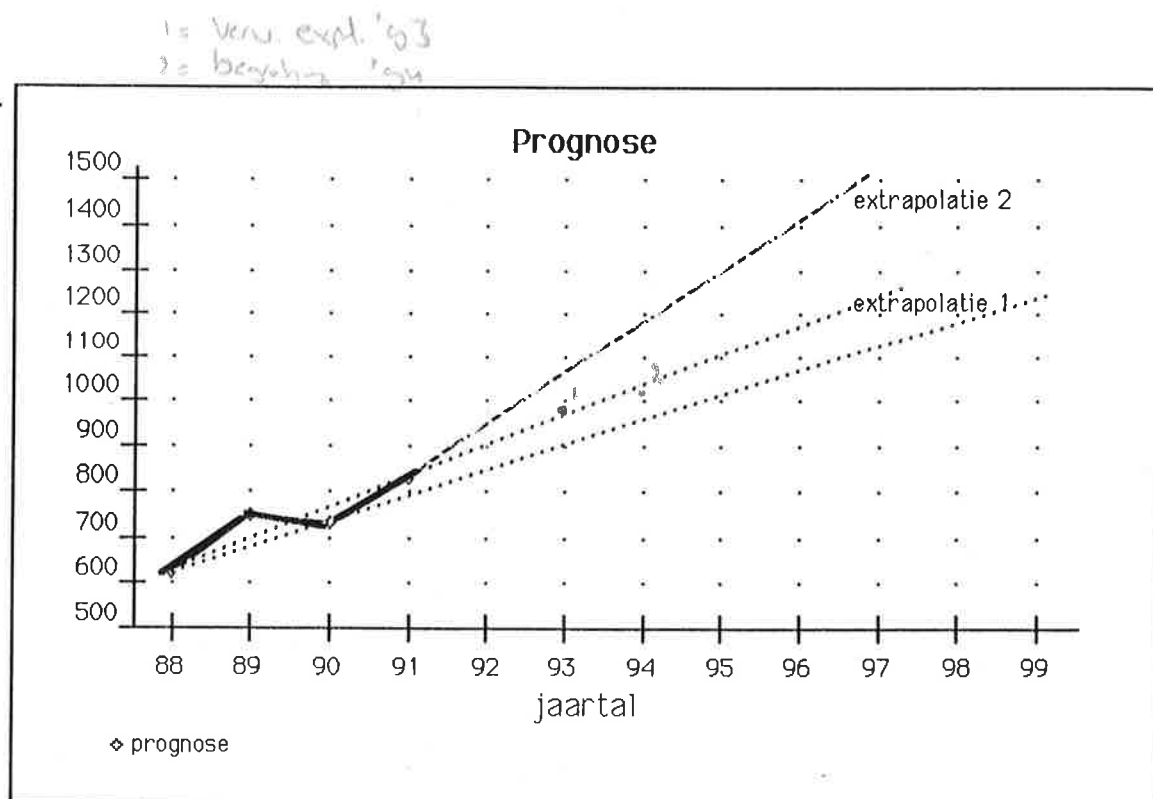
- Een tweede oorzaak is de vergrijzing. Het toenemend aantal ouderen doet een evenredige toename ontstaan aan behoefte tot gehoorverbetering.
- Een derde oorzaak van de groei is waarschijnlijk eenvoudigweg een groeiende bekendheid zowel bij patiënten als bij verwijzers en betrokken instanties. Ook dit proces zal een stabilisatie kennen. Ook hier zal de bekendheid bij volwassenen (die immers met hun slechthorend moeten *leven*) groter zijn dan bij ouders van jonge kinderen, bij wie de eventuele diagnose nog gesteld moet worden

prognose.

De hierboven geschetste drie oorzaken van de groei tot nu toe, zouden er toe aanleiding kunnen zijn dat die groei zal doorzetten tot het niveau zoals dat verwacht werd bij de oprichting van het instituut.

In het z.g. "voorstel tot oprichting van de stichting Audiologisch Centrum friesland", (januari 1979) wordt gesproken van een 1200 aanmeldingen per jaar. Niet duidelijk wordt of daarmee bedoeld wordt het totaal aantal patiënten per jaar of slechts de nieuwe verwijzingen. In dit laatste geval namelijk zal het totaal aantal **minstens** een factor anderhalf groter zijn. De nog te verwachten groei ten gevolge van de hierboven geschetste drie oorzaken vat ik samen als *groei-effect 1*. Laten we er voorshands van uitgaan dat op basis van dit groeieffect een aantal van 1200 patiënten (extrapolerend) vanaf 1997 verwacht kan worden, mits er dus aan de status quo niets verandert (figuur 3)

Recente overheidsmaatregelen dwingen ons echter nu tot een bezinning omdat de status quo wel degelijk gaat veranderen. Met ingang van januari 1991 zijn namelijk huisartsen bevoegd tot verwijzen verklaard. De verwachte groei van het patiëntenbestand ten gevolge hiervan noem ik *groei-effect 2*. (zie figuur 3)



figuur 3 dik getrokken is de ontwikkeling in patiënten-aantallen van 1988 tot 1991. Extrapolatie 1 geeft een geschatte ontwikkeling uitsluitend ten gevolge van groeieffect 1. Extrapolatie 2 geeft een geschatte ontwikkeling van groeieffect 1 gecombineerd met 2

Tot januari 1991 konden uitsluitend kno-artsen en kinderartsen rechtstreeks naar een Audiologisch Centrum verwijzen. Met ingang van deze datum echter zijn nu dus ook huisartsen hiertoe bevoegd. Weinig of niets is bekend omtrent de wensen, het verwachtingspatroon en dientengevolge het verwijsgedrag van deze groep artsen. Als in de regio Friesland per jaar uitgegaan wordt (op termijn) van één verwijzing per huisarts, die anders **niet** via kno naar het AC gekomen zou zijn, dan komen er op jaarbasis op middellange termijn zo'n 300 patiënten bij. Wie de wind heeft horen fluisteren zal dit een voorzichtige schatting noemen. Natuurlijk kan een en ander enigszins beheerst worden door het wervingsbeleid: actief of juist afhoudend gedrag. Het Audiologisch Centrum Friesland zal organisatorisch en inhoudelijk echter wel voorbereid moeten zijn op een bestand van zo'n 1500 patiënten in 1997 en wellicht meer afhankelijk van de behoefte aan diagnostiek die bij de huisartsen bestaat

Daarom moeten wij ons oriënteren en bezinnen op wat van het AC de komende jaren gevraagd wordt en met welke personeels bezetting dat gerealiseerd moet worden. Scholing van de nieuwe groep verwijzers zal ook deel moeten uitmaken van de nieuwe situatie. In elk geval moet er gezocht worden naar een geïnstitutionaliseerde vorm van overleg met de huisartsen. Gezien het aantal huisartsen in de regio (ca 300) zou dat goed kunnen via de Vereniging Ondersteuning Huisartsen Friesland (VOH). De eerste contacten zijn daarmee inmiddels gelegd.

Randvoorwaarde bij de personeelsbezetting is de financiële ruimte op basis van de salaris-richtlijn zoals die opgelegd is door het COTG. Deze richtlijn is tot op heden nog gekoppeld aan het aantal patiënten. Een onzekere financiële factor in het nu te bepalen beleid is het tarief voor audiologische verrichtingen zoals dat in de toekomst zal worden voorgeschreven door het COTG. Er moet rekening mee worden gehouden dat het COTG in de toekomst wijzigingen zal aanbrengen in de manier van tariefstellen. In de beleidsnotitie die nu aan de orde is zal echter de financiële haalbaarheid niet de eerste overweging zijn, maar de gewenste kwaliteit van het gebodene. In een laatste paragraaf zal dan bezien worden of en hoe de noodzakelijk geachte veranderingen en aanpassingen in het financiële keurslijf passen

INHOUDELIJKE ASPECTEN AAN DE GROEI

diagnostiek bij kinderen

Voor al bij jonge kinderen zal voor de huisarts het goedhorend zijn, bepalend zijn voor de door hem verder te nemen stappen. Vaak zal hij dan ook juist uitsluiting vragen van slechthorendheid en niet zozeer een patiëntje verwijzen op basis van een vermoede slechthorendheid. De reguliere weg in dit laatste geval is en blijft de medische en niet de para-medische weg die de audiologie is. Daarom kan verwacht worden dat het aantal eenvoudige audiometriën bij jonge kinderen (namelijk ten gevolge van *groei-effect 2*) misschien wel iets zal toenemen, maar niet veel. Als dit aandeel in de werkzaamheden (landelijk) de spuigaten gaat uitlopen zullen er afspraken (moeten) worden gemaakt over de kosten van eenmalige audiometrie en wat de taak is van het AC bij vermoede spraak- en taalachterstanden en/of mentale retardatie. Maar zeker zal het instituut een zekere bepaalde gaan spelen bij vroegtijdige opsporing van ontwikkelings-stoornissen. Daarbij valt dan te denken aan logopedisch en psychologisch onderzoek na audiometrie. Een en ander zal mede afhangen van de positie en werkzaamheden van andere in de provincie op dit gebied werkzame instanties.

Een nog onzekere factor is, wat landelijk van de AC's verwacht gaat worden inzake een verdere uitbouw naar zg "speech and hearing" - centra. Op dit moment wordt binnen de federatie van ouders van slechthorende kinderen en kinderen met spraak/taalproblemen (FOSS) sterk behoefte gevoeld aan diagnostische centra voor spraak- en taal-problematiek zonder slechthorendheid. De AC's zijn daar in principe een goed instrument voor. Dat een eerste aanzet daartoe van het ACF de afgelopen anderhalf jaar niet het verwachte effect opleverde wil nog niet zeggen dat dat onder invloed van de huisartsen en landelijke druk niet veranderen zal. Een verstandig verwijsbeleid naar het AC voor huisartsen wordt bij kinderen eigenlijk vooral bepaald door problemen in de taalverwerving.

Conclusie Het lijkt redelijk met een zekere, hoewel niet sterke toename, van verwezen jonge kinderen rekening te houden voor eenvoudige audiometrie en soms voor onderzoek naar de taalverwerving

Diagnostiek bij volwassenen

De vraag naar diagnostiek bij volwassenen zal vrijwel altijd een essentieel andere achtergrond hebben dan die bij jonge kinderen: Bij volwassenen is doorgaans reeds bekend dat zij slechthorend zijn, de vraag is oorzaak en therapie. Bij kinderen is meestal niet in de eerste plaats oorzaak en therapie gevraagd maar de gehoorscherppte zelf. Het lijkt onwaarschijnlijk en in elk geval medisch (en financieel) niet wenselijk dat een huisarts een volwassen patiënt voor een diagnose naar het AC stuurt ipv naar de kno-arts.

Conclusie De vraag naar diagnostiek bij volwassenen zal de komende jaren niet of nauwelijks (moeten) veranderen, althans niet ten gevolge van de toenemende huisartsenverwijzingen.

Hoortoestelaanpassingen

Verwacht mag worden dat de specifieke kennis die binnen het AC aanwezig is inzake hoortoestelaanpassingen door zowel kno-artsen als huisartsen in toenemende mate zal worden aangesproken. Voor een huisarts moet een hoortoestel-aanpassing eigenlijk de enige verwijzingsreden zijn, vooropgesteld dat de status met betrekking tot middenoor-pathologie duidelijk is en afgehandeld. Tot nu toe werden eenvoudige hoortoestelaanpassingen veelal via de kno-arts gedaan. Gecomplieerde verzoeken om advies werden doorgaans naar het AC verwezen, waarbij niet alleen aan lastige audiogrammen gedacht moet worden, maar zeker ook aan psychosociale consequenties van het gehoorverlies. Het voordeel van deze gang van zaken ligt vooral in het financiële vlak: een KNO-consult gevolgd door een bezoek aan de audicien is aanzienlijk goedkoper dan wanneer een Audiologisch Centrum zich met het advies bezig houdt. In het kader van het overheidsstreven de eerste lijn gezondheidszorg sterker te maken mogen wij verwachten dat de huisarts de noodzakelijke otologische inspectie voorafgaand aan een hoortoestelaanpassing, zelf verricht. De vraag is nu zijn wat voor de huisarts het criterium zal zijn om een hoortoestel-patient als "niet eenvoudig" te kwalificeren om hem vervolgens naar het AC te verwijzen.

Conclusie Een niet gering aantal (oudere) patiënten zal op middellange termijn rechtstreeks door de huisarts worden ingestuurd voor een hoortoestel.

Begeleiding.

Met een toenemend aantal toestelaanpassingen komt een toenemend aantal niet meer zeer jonge (maar ook niet oude) volwassenen binnen de zorg van het AC. Een al wat langer levende wens van het AC kan hiermee in vervulling gaan, namelijk deze veel vergeten groep juist meer te geven dan alleen een hoorapparaat. Er kan hier een belangrijker taak komen voor de maatschappelijk werkster, maar toch ook voor de audiologie-assistente. Gedacht moet dan worden aan informatieverstrekking omtrent randapparatuur, maar ook controle op door de handel geleverd materiaal. Het niet-commerciële aspect van het werk van het AC maakt dat deze controlerende taak terecht hier ligt. Hoewel dus, in dit licht gezien, er op termijn wel aan uitbreiding van het maatschappelijk werk gedacht moet worden, zal dit niet op zeer korte termijn zijn.

Als ten gevolge van de huisartsenverwijzingen toch een toenemend aantal relatief "eenvoudige" toestelaanpassingen onder de zorg van het AC komt, valt wellicht in een later stadium te denken aan iemand in dienst van het AC, die zich zou kunnen bezighouden met louter hoortoestel-aanpassingen en informatieverstrekking omtrent apparatuur zoals ringleiding en deurbel-signalering.

Conclusie Er zal niet op korte termijn gedacht hoeven worden aan significante uitbreiding van begeleidende activiteiten.

ORGANISATORISCHE ASPECTEN AAN DE GROEI

Het AC. Friesland met 1500 patiënten in de hiervoor geschetste leeftijd opbouw laat zich enigszins vergelijken met de instituten uit bijvoorbeeld Amersfoort, Tilburg en Eindhoven, juist omdat deze ongeveer twee maal zoveel volwassenen zien als kinderen.

Intermezzo

In 1985 zag het AC Amersfoort 1497 volwassenen en een 728 kinderen onder de zestien jaar: een verhouding van 2:1 In de onderstaande tabel staat in de eerste kolom de personeelsbezetting van het AC Amersfoort in 1985 in procenten; in de derde kolom staat de personeelsbezetting van het ACF anno 1991 met ruim 800 patiënten, in de tweede kolom staat 2/3 van de Amersfoortse bezetting, zijnde het verhoudingsgewijze aantal als Amersfoort geen 2100 patiënten had gehad maar 1500. Natuurlijk is die correctie niet helemaal juist, omdat het personeelsbestand nooit exact gelijke tred houdt met de patiënteninstroom. Verder moet opgemerkt worden dat de directeur en een secretaresse in die jaren (betaald) werk verrichtten voor de FENAC

	ACA	gecorr.	ACF(1991)
audioloog/directeur	100	100	100
tweede audioloog	100	30	-
psycholoog	90	60	20
logo-akoepediste	100	70	70
audiologieass	160	110	40
maatschappelijk werkster	60	40	40
secretariaat	260	170	110

In 1987 zag het AC Tilburg 545 patiënten onder de zestien jaar en 1251 ouder dan zestien. De personeelsbezetting was als volgt, met in de tweede kolom weer de naar 1500 patiënten gecorrigeerde bezetting. Tilburg heeft 120 uur per jaar boekhoudkundige ondersteuning.

	ACT	gecorr
audioloog/directeur	100	100
audioloog	60	50
psy/ortho	30	25
logo-akoepediste	130	100
audiologieass	80	60
maatschappelijk werkster	110	90
secretariaat	200	160

Het AC Eindhoven anno 1989 zag 1875 patiënten waarvan 346 jonger dan zestien en 1529 volwassenen: een iets andere, maar nog steeds vergelijkbare verhouding.

	ACE	gecorr
audioloog/directeur	100	100
audioloog	40	15
psy/ortho	42	34
logo-akoepediste	100	80
audiologieass	100	80
maatschappelijk werkster	135	108
secretariaat	192	156

Hoewel hieruit niet in de laatste plaats valt te leren dat er zeer verschillend gedacht wordt omtrent de verdeling over de disciplines, is in ons geval klip en klaar dat er de komende jaren vooral behoefte zal komen aan uitbreiding van akoepedische tijd. Diegenen wier discipline vooral betrokken is bij kinderen zullen de groei veel minder aan den lijve ervaren. Last but not least zal het secretariaat de groei ervaren in toenemende druk in het verwerken van de correspondentie, de medische administratie de telefonische afspraken en in iets mindere mate het verzenden van de nota's.

Huisvesting

Het pand aan de Stationsweg zal op korte termijn voldoende ruimte bieden om enige personeelsuitbreiding te kunnen opvangen. Hoe op langere termijn de huisvesting er uit zal moeten zien is afhankelijk van de personeelsbezetting op dat moment. Het is verstandig om de toekomstige huisvesting te gaan bestuderen als het instituut de 1200 patiënten nadert.



voorlopige conclusie

Welk effect de huisartsen gaan hebben op de instroom van jonge kinderen is een open vraag. Het is verstandig ons te bezinnen op de veranderingen die praktisch zeker zullen komen, te weten: aanzienlijk meer hoortoestel-aanpassingen en (eenvoudige) audiometrie bij volwassenen en mogelijk zelfs bij een groep jonge kinderen. Uitbreiding van arbeidstijd zal zeker moeten worden gerealiseerd van de **audiologie-assistent** en/of de **audioloog** en/of de **logo-akoepediste**. Het **secretariaat** zal uitgebreid moeten worden vooral in de sfeer van correspondentie-verwerking, patiëntenafspraken en telefoonbemanning. De behoefte aan uitbreiding hier dringt nu reeds. Δ

Deel 2

Personeelsbezetting en taken

in het onderstaande betekent	
o	geen verandering verwacht in tijd
+	toename verwacht voor benodigde tijd
++	op korte termijn uitbreiding noodzakelijk
-	vermindering op deze functie gewenst
?	afhankelijk van te kiezen beleid

Logopedie

(nu 27 uur = 67,5 %) De logopediste ziet per dag zonder vergadertijd en inclusief bijwerken van de status circa 9 patiënten, waaronder enige volwassenen voor routine-onderzoek. De logopediste handelt veel patiënten, na overleg met de audioloog, zelf af. In de onderhavige beleidsnotitie is een onveranderde voortzetting hiervan uitgangspunt. Anderhalf uur wordt verder per week besteed aan besprekingen en vier uur per week aan audiometrie op "de Skelp"

Taken:	gehooronderzoek bij jonge kinderen	o/+?
	logopedisch onderzoek bij dito	o/+?
	eenvoudig gehooronderzoek bij volwassenen	-?
	logopedische therapie	o
	Skelp	o
	teambesprekingen	o
	literatuur, studie, congresbezoek (incidenteel)	o
	persoonlijke verzorging (koffie, thee)	o

Conclusie: voorshands lijkt het redelijk uit te gaan van een zodanig geleidelijke en lichte stijging van het aantal verwezen jonge kinderen dat een ad hoc beleid in de bezetting van deze formatieplaats verstandig is

Psychologie

(nu 8 uur = 20 %) De psycholoog ziet per week twee patiënten voor onderzoek en nagesprek. In deze tijd worden tevens de rapporten geschreven. Anderhalf uur per week wordt besteed aan interne besprekingen.

taken	psychologisch onderzoek en gesprek	o?
	teambesprekingen (>1.5 uur)	o
	literatuur, studie, congresbezoek (incidenteel)	o
	persoonlijke verzorging (koffie, thee)	o

Conclusie: voor de psycholoog geldt in essentie dezelfde overweging als voor de logopediste. De experimentele arbeidstijd-uitbreiding van de afgelopen anderhalf jaar heeft in elk geval duidelijk gemaakt dat ten gevolge van effect 1 geen grote wijzigingen behoeven te worden verwacht.

Maatschappelijk werk

(nu 16 uur = 40 %) De maatschappelijk werkster verdeelt haar tijd over de week. Anderhalf uur per week wordt vrijgehouden voor interne besprekingen. Ongeveer eens per maand is er een werkbespreking van een uur met de audioloog. Bij blijvende zintuiglijke slechthorendheid bij kinderen komt zij protocollair in het geweer; bij volwassenen ad hoc.

Taken	begeleiding gezinnen met jonge slechthorende kinderen	o
	begeleiding volwassenen slechthorenden	+
	schoolinformatie	o?
	teambesprekingen	o
	externe inhoudelijke contacten	o?
	literatuur/studie/congresbezoek(incidenteel)	o
	persoonlijke verzorging (koffie, thee)	o

Het is onduidelijk wat de vraag zal worden naar werkelijk audiologisch maatschappelijk werk. Mocht de behoefte daaraan zodanig toenemen, dat de 16 nu beschikbare uren niet meer voldoende zijn, dan valt ook te denken aan overheveling van sommige taken naar een audiologie-assistente. Dat de maatschappelijk werkster bijvoorbeeld, op scholen voorlichting geeft inzake slechthorendheid is bij veel AC's in wezen niet meer dan een gegroeide gewoonte.

Conclusie Het lijkt redelijk ook hier de loop der gebeurtenissen af te wachten en naar bevind van zaken te handelen

het secretariaat

Twee maal zo veel patiënten betekent twee maal zoveel correspondentie, medische administratie, archivering, afspraken en nota's. Het betekent niet twee maal zoveel begroting maken of twee maal zoveel financieel jaaroverzicht, en ook niet twee maal zoveel boekhouding. De telefonische bereikbaarheid van het AC echter, is nu reeds een probleem aan het worden. Op korte termijn zal er uitbreiding moeten komen voor telefoonbemanning en correspondentie-verwerking. Bij een patiënten-bestand van 1500 moet zeker de gehele ochtend het AC voor patiëntenafspraken bereikbaar zijn. Daarom zal op termijn gedacht moeten worden aan een forse uitbreiding van het dienstverband van de administratief medewerker, een functie die wellicht beter medisch secretaresse kan gaan heten. Overwogen zou kunnen worden of het, bij de nu toenemende werkdruk, daarbij verstandig zou zijn om de functie secretaresse-boekhouder te splitsen in een functie (medisch) secretaresse en een functie boekhouder. Tevens zou bekeken kunnen worden of het efficiënt en kostenbesparend zou zijn om de boekhouding, net als de salaris-administratie nu, door derden te

laten verrichten. Tijd kan dan vrijkomen voor de (een) functie directiesecretaresse, vooral ook in de zin van het (mee) coördineren van de dagelijkse gang van zaken in het instituut.

Taken:

werkzaamheden administratief medewerker (15 uur=37%)

afspraken-spreekuur	3 uren	++
typewerk	9 uur	++
archiefwerkzaamheden	1 uur	+
medische administratie	1 uur	+
teambesprekingen en overig	1 uur	o
persoonlijke verzorging (koffie, thee)	1 uur	

werkzaamheden secretaresse/boekhouder (27 uur=70%)

financiële administratie/boekhouding	9 uur	o/+
afspraken-spreekuur 1 uur per week	1 uur	?
secretaresse werkzaamheden	4 uur	+
medische administratie	8 uur	?
archiefwerkzaamheden	3 uur	?
teambesprekingen en overig	1 uur	o
persoonlijke verzorging (koffie, thee)	2 uur	

Conclusie De functie administratief medewerker wordt uitgebreid, eventueel omgezet in "medisch secretaresse". De functie "secretaresse-boekhouder" wordt omgezet in de functie "(medisch) secretaresse" en/of "directie-secretaresse" en een functie "boekhouder". Er wordt onderzocht of de boekhouding kan worden uitbesteed.

De audiologieassistent

(nu 16 uur = 40 %) De audiologieassistent ziet per dag (zonder vergadertijd) zo'n negen patiënten. Algemeen wordt dit beschouwd als een hoog aantal; elders wordt zes á zeven patiënten normaal gevonden. Het is ondenkbaar dat de assistente meer patiënten per dag ziet zonder de kwaliteit van het werk aan te tasten. Per maand wordt ongeveer twee uur vergaderd.

Taken	(inclusief bijwerken van de medische status):	per week	
	gehooronderzoek bij volwassenen, (diagnostische en routine)	10 uur	++
	gehooronderzoek bij kinderen (weinig)		+
	hoortoestelaanpassingen en controles	4 uur	+
	teambesprekingen en overig	1 uur	o
	persoonlijke verzorging (thee, koffie)	1 uur	

Als inderdaad het aantal diagnostische onderzoeken niet sterk verandert en het aantal routine onderzoeken gevolgd door toestel-aanpassing twee en een half keer zo groot wordt, dan moet gerekend worden op een factor twee toegenomen behoefte aan akoepedist, dus 40% extra. Omdat echter naar verwachting een behoorlijk deel van de extra instroom slechts routinematige audiometrie zal vragen (nl die voorafgaand aan hoortoestel-aanpassing) is het denkbaar dat daarvoor bijvoorbeeld (tijdelijk) een doktersassistente wordt aangetrokken.

De audioloog

(55 uur = 100%) Uitgangspunt bij het invullen van de tijd van de audioloog is dat veel volwassen patiënten komen voor een audiologisch consult, waarvoor natuurlijk wel audiometrie verricht moet worden. Een audiologisch consult betreft voornamelijk volwassenen, want bij kinderen gaat het om een meestal audiologisch simpele gehoorscherpzebepaling of een zuiver logopedische diagnose bij *goedhorendheid*. Derhalve wordt er het binnen het ACF naar gestreefd dat vrijwel alle volwassen patiënten ten minste eenmaal (namelijk na het audiometrisch onderzoek), en soms vaker, gezien worden door de audioloog. Bovendien, of misschien is het beter te zeggen daarom, verricht de audioloog tot nu toe drie kwart van de hoortoestelaanpassingen zelf of voor een deel zelf. Dit dient overigens ook een tweede doel dat omschreven zou kunnen worden als "kwaliteit-bewaking". Immers, zo houdt de audioloog ook praktische kennis van zaken en kan hij de hoortoestelaanpassende assistent op elk niveau sturen en begeleiden. Zolang een hoortoesteladvies niet automatisch uit een meting voortvloeit, maar gebaseerd is op vooral kennis, ervaring en inzicht, zolang is veel "zelf-doen" de enige manier voor de audioloog om de kwaliteit te bewaken van de hoortoestelaanpassingen op het AC. Het zou in het belang van de kwaliteit van de toekomstige zorg zijn om te blijven streven naar ongeveer het aantal uren audioloog per patiënt zoals we dat nu hebben. Welhaast een voorwaarde om de kwaliteit van het audiologisch werk de komende jaren op het huidige niveau te kunnen laten blijven bestaan is om de audioloog/directeur in zijn management taken meer te ontlasten. Over niet al te lange tijd moet echter gedacht worden aan een (jonge) audioloog erbij en/of misschien een zeer sterke (ervaren) audiologie-assistent. Voordeel van een **tweede** audioloog is wel dat deze de assistenten kan vervangen bij ziekte ed, maar ook de zittende audioloog en in bijzondere gevallen de directeur. Hierdoor zou de bedrijfs-continuïteit van het instituut beter gewaarborgd zijn. Dat bij het huidige kwaliteitsbeleid en bij verdere groei de behoefte aan een tweede audioloog zich gaat aandienen valt af te leiden uit een eenvoudige vuistregel zoals die in '87 door het COTG werd aangereikt bij de introductie van de salaris richtlijn. Het COTG ging er van uit dat *elk* AC, ongeacht de grootte, anderhalve dag per week nodig had voor management-werzaamheden (overhead). Daar komt voor het ACF per week een halve dag bij die voor F 20.000 per jaar beschikbaar is gesteld aan de slechthorenden-school. Resteert drie dagen audioloog per week. In deze drie dagen spreekt de audioloog nu ongeveer 30 patiënten, ofwel tien per dag. Driekwart daarvan is volwassen. Het betreft soms korte gesprekken, soms hoortoestelaanpassingen. Omdat de te verwachten groei vooral volwassenen betreft zullen bij onveranderd beleid de audioloog en audiologieassistenten deze groei sterk voelen. De toename van ruim 800 patiënten naar 1500 zal bestaan uit circa 600 extra volwassenen en dat is meer dan het AC aan volwassenen nu per jaar ziet. Extra ondersteuning op secretariaatsniveau brengt de genoemde anderhalve dag misschien naar een dag terug en uiterst efficiënt omgaan met de drie audiologedagen levert ook nog wel wat winst, maar als wij het huidige audiologie-beleid in grote lijnen willen handhaven, dan ontkomen wij niet aan het aantrekken van een tweede audioloog binnen twee jaar. Niet voor een volledig dienstverband maar wellicht uiteindelijk voor vijftig procent. Zo een

diensverband zou gedeeld kunnen worden met een zuster Centrum. Informeel overleg leert dat het "delen" van een audioloog hier en daar met instemming zou worden begroet.

Taken	<u>AUDIOLOOG:</u>		
	gesprekken met (≈ 30) en over (≈ 20) patiënten		+
	hoortoestelaanpassingen en controles		+
	gehooronderzoeken		+
	besprekingen intern		o
		27 uur	
	correspondentie, medisch, zakelijk (uur per dag)	5 uur	+
	huis- en of instituutsbezoeken	2 uur	+
	audiologisch geïnteresseerd bezoek	1 uur	o
	audiologische relaties (artsen, vertegenw)	2 uur	+
	besprekingen extern (dagdeel per maand)	1 uur	+
	skelp	4 uur	o
	scholing extern	1 uur	o
	werk tbv beroepsverenigingen (NVKF etc)	2 uur	o/-
	literatuur, studie, werkbezoeken, conferenties	2 uur	o
	interne professionalisering	pm	o/+
	<u>DIRECTEUR</u>		
	management van de dagelijkse gang van zaken (uur per dag)	5 uur	o
	financiële zaken, bestuur (15 min per dag)	1 uur	o
	zakelijke, niet audiologische relaties	2 uur	+
	Inkoop (orientatie, onderhandeling)	.5 uur	o
	personeelszaken	1 uur	+
	persoonlijke verzorging (koffie, thee)	2 uur	o

Bij een geleidelijke groei naar 1500 patiënten per jaar over een jaar of zeven zal het directiewerk niet sterk toenemen. In elk geval kan dienaangaande een afwachtende houding worden aangenomen. Wat de audiologie, audiometrie en akoepedie betreft, zullen er maatregelen genomen moeten worden om de groei het hoofd te kunnen bieden. Op korte termijn is vooral behoefte aan extra assistentie in de audiologische sfeer. Binnen twee jaar zal de noodzaak van een tweede audioloog zich aandienen.

Conclusies:

Op korte termijn zijn er verschillende alternatieven:

- Of - uitbreiding audiologie assistente (1 dag) en/of doktersassistente voor routine-audiometrie (een dag)
- Of - huidige audiologie assistente blijft twee dagen, aangevuld met (andere) audiologie-assistent (een dag)
- Of - Huidige assistente blijft twee dagen audioloog in opleiding functioneert gedurende opleidingstijd 50% als audioloog/audiologieassistent. Op basis van het in opleiding zijn kan het dienstverband een tijdelijk karakter dragen.

Oplossing op *langere termijn*:

- Naast de directeur/audioloog een gedeelde of parttime audioloog Dit zou dezelfde audioloog kunnen zijn als de in het vorige kopje opgeleide, maar noodzakelijk is dat niet.
 - dienstverband audiologicassistent uitgebreid (van twee naar drie dagen)
 - eventueel doktersassistente in dienst (een dag) (pro memorie)
-

Aanbevelingen

- 1 De omvang van het dienstverband van logopediste en de psycholoog wordt op het huidige niveau gehandhaafd. Als blijkt dat er meer behoefte ontstaat aan diagnostiek in spraak- en taalproblematiek zal hierover een nader standpunt bepaald worden. Indien de salarisrichtlijn hiertoe de ruimte geeft zal de mogelijkheid van een bescheiden ontwikkeling hierin zeker opengelaten worden. (Pro Memorie)
- 2 De omvang van het dienstverband van de maatschappelijk werkster wordt op het huidige niveau gehandhaafd. Indien de behoefte aan begeleiding van volwassenen toeneemt zal uitbreiding met ten minste een dag mogelijk moeten zijn. (Pro Memorie)
- 3 In overleg met de betrokken medewerker en met de accountant zal nagegaan worden welke mogelijkheden er zijn voor uitbesteding van de boekhoudkundige werkzaamheden.
- 4 Indien de uitbesteding van de boekhouding (20%) efficient mogelijk is zal de functie "secretaresse-boekhouder" gewijzigd worden in medisch secretaresse (70%) en er wordt dan tevens ingevoerd de functie "directie-secretaresse" (60%). De functie "administratief medewerker" wordt gewijzigd in de functie "medisch secretaresse" (40%).
- 5 Indien de uitbesteding van de boekhouding niet efficient mogelijk is dan wordt de functie secretaresse-boekhouder" gewijzigd in een functie "medisch secretaresse" en een functie "boekhouder". (samen 70%). De functie administratief medewerker wordt "medisch secretaresse" (40%) en er wordt ingevoerd de functie "directiesecretaresse" (80%).
- 6 De mogelijkheden om op een termijn van maximaal twee jaar een parttime of gedeelde audioloog (in opleiding) aan te trekken worden onderzocht door de directeur. Hij brengt hierover binnen zes maanden advies uit aan het bestuur.
- 7 De audiologieassistentie wordt voor een termijn van maximaal 2 jaar uitgebreid met 40% door de aanstelling van een audiologieassistentente of een doktersassistentente. Overwogen kan worden of een audioloog in opleiding geheel of gedeeltelijk deze behoefte kan opvangen.

Kosten

De kosten van de geschatte noodzakelijke personeelsbezetting worden uiteraard bepaald door de behoefte op zeker moment. De groei zal niet abrupt, maar geleidelijk zijn, waardoor er ook een geleidelijke personeelsuitbreiding zal (moeten) plaatsvinden. Wanneer wij de uitbreiding in twee fasen laten plaatsvinden blijft de mogelijkheid bestaan om ons te bezinnen, indien mocht blijken dat de groei anders verloopt dan in deze notitie beschreven.

Op korte termijn (2 á 3 jaar)

audiologic (of dokters-) assistente (+20%)	Functie 35 of 40	F	5000
medisch secretaresse (+14%)	Functie 35 of 40	F	3000
audioloog in opleiding (50%)	Functie 59 (aanloop)	F	25000
			+
totaal		F	33000
			=====

Op langere termijn (7 jaar)

medisch secretaresse (+22%)	(Functie 25)	F	10.000
boekhouder (boekhouding) (20%)	(Functie 30)	F	8.000
directiesecretaresse (+60%)	(Functie 40)	F	25.000
audiologicassistent (20%)	(Functie 40)	F	8.000
audioloog (50%)	(Functie 70)	F	35.000
richtlijnreserve		F	20.000
			+
			F 105.000

pro memorie

1 dag logopedist	(Functie 45/50)	F	11.000
1 dag maatschappelijk werk	(Functie 50)	F	11.000
1/2 dag psycholoog	(Functie 60)	F	10.000
			+
			F 31.000
			+
			F 136.000
			=====

Financiële verantwoording

Schatten wij de patiënten-populatie rond 1997 op 1500, dan zal deze verhouding tussen kinderen en volwassenen zijn gewijzigd, zoals uit grafiek 1 valt af te leiden. Als we aannemen dat het aantal verwezen kinderen niet buitengewoon stijgt dan zal de verhouding jonger/ouder dan 16 in 1997 rond de 30/70 zijn. Een vergelijking met andere AC's maakt aannemelijk dat dat een reële schatting is. Op basis van deze veronderstellingen valt een schatting te maken van de ruimte op de salarisrichtlijn op dat moment, uitgaande van een **onveranderd COTG beleid**. Of deze laatste veronderstelling redelijk is, valt te betwijfelen, maar een nieuw tarievenbeleid zal voor wat betreft de financiële *ruimte* waarschijnlijk niet erg veel afwijken van de huidige. De huidige salarispost is exclusief vakantiegeld en sociale voorzieningen Fl. 218.000,-

Zo redenerend komen wij

- bij 1200 (70%/30%) patiënten op een salarispost van
Fl. $(218.000 + 105.000) = \text{Fl. } 323.000,-$

- Bij 1500 patiënten (70%/30%) op een post van
Fl. $(218.000 + 167.000) = \text{Fl. } 385.000,-$

vetgedrukt is dus de ruimte die er zijn zal **boven** het huidige salaris bedrag. Op basis van de nu geldende richtlijn en de nu geldende salarisschalen betekent dit bij 1500 patiënten dus een ruimte van Fl 167.000,-. Rekening moet echter worden gehouden met nog te vergeven salaris-periodieken. De financiële ruimte die er dan zijn zal derhalve circa **Fl 140.000,-** zijn.

De **conclusie** is dat de volgens dit model gewenste personeelsbezetting financieel haalbaar is

SALARISSTRUCTUUR CAO ZIEKENHUISWEZEN (salarisniveau 1-6-1991)

salarisschalen functiegroep 5				
jeugdschaal*	aanloopschaal	functionele schaal		
01		05		
17 jr. 1013		0	3	2065
18 jr. 1239		1	4	2146
19 jr. 1446		2	5	2224
20 jr. 1632		3	6	2268
21 jr. 1839		4	7	2328
		5	8	2387
		11	9	2449
		13	10	2517

salarisschalen functiegroep 10				
jeugdschaal*	aanloopschaal	functionele schaal		
08		10		
17 jr. 1073		0	4	2146
18 jr. 1288		1	5	2224
19 jr. 1502		2	6	2268
20 jr. 1717		3	7	2328
21 jr. 1931		4	8	2387
		5	9	2449
		6	10	2517
		12	11	2594
		14	12	2674

salarisschalen functiegroep 15				
jeugdschaal*	aanloopschaal	functionele schaal		
13		15		
17 jr. 1112		0	5	2224
18 jr. 1334		1	6	2268
19 jr. 1557		2	7	2328
20 jr. 1779		3	8	2387
21 jr. 2002		4	9	2449
		5	10	2517
		6	11	2594
		7	12	2674
		13	13	2764
		15	14	2856

salarisschalen functiegroep 20				
jeugdschaal*	aanloopschaal	functionele schaal		
18		20		
17 jr. 1134		0	6	2268
18 jr. 1361		1	7	2328
19 jr. 1588		2	8	2387
20 jr. 1814		3	9	2449
21 jr. 2041		4	10	2517
		5	11	2594
		6	12	2674
		7	13	2764
		8	14	2856
		14	15	2939
		16	16	3035

salarisschalen functiegroep 25							
jeugdschaal*		aanloopschaal		functionele schaal			
23		24		25			
17 jr.	1164	0	6	2268	0	7	2328
18 jr.	1379	1	7	2328	1	9	2449
19 jr.	1630	2	8	2387	2	10	2517
20 jr.	1862	3	9	2449	3	11	2594
21 jr.	2095				4	12	2674
					5	13	2764
					6	14	2856
					7	15	2939
					8	16	3035
					14	17	3111
					16	18	3202

salarisschalen functiegroep 30							
jeugdschaal*		aanloopschaal		functionele schaal			
28		29		30			
17 jr.	1194	0	7	2328	0	8	2387
18 jr.	1432	1	8	2387	1	10	2517
19 jr.	1671	2	9	2449	2	12	2674
20 jr.	1910	3	10	2517	3	13	2764
21 jr.	2148	4	11	2594	4	14	2856
					5	15	2939
					6	16	3035
					7	17	3111
					8	18	3202
					14	19	3287
					16	20	3375

salarisschalen functiegroep 35							
jeugdschaal*		aanloopschaal		functionele schaal			
33		34		35			
17 jr.	1259	0	9	2449	0	10	2517
18 jr.	1510	1	10	2517	1	12	2674
19 jr.	1762	2	11	2594	2	14	2856
20 jr.	2014	3	12	2674	3	15	2939
21 jr.	2265	4	13	2764	4	16	3035
					5	17	3111
					6	18	3202
					7	19	3287
					8	20	3375
					9	21	3462

salarisschalen functiegroep 40						
jeugdschaal	aanloopschaal		functionele schaal			
	39		40			
	0	11	2594	0	12	2674
	1	12	2674	1	14	2856
	2	13	2764	2	16	3035
	3	14	2856	3	17	3111
	4	15	2939	4	18	3202
				5	19	3287
				6	20	3375
				7	21	3462
				8	22	3549
				9	23	3637
				10	24	3725

salarisschalen functiegroep 45						
jeugdschaal	aanloopschaal			functionele schaal		
	44			45		
	0	12	2674	0	16	3035
	1	14	2856	1	18	3202
	2	16	3035	2	20	3375
	3	17	3111	3	21	3462
	4	18	3202	4	22	3549
	5	19	3287	5	23	3637
				6	24	3725
				7	25	3815
				8	26	3910
				9	27	4006
				10	28	4091

salarisschalen functiegroep 50						
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionete schaal			
	49		50			
	0	16	3035	0	21	3462
	1	18	3202	1	23	3637
	2	20	3375	2	25	3815
	3	21	3462	3	27	4006
	4	22	3549	4	28	4091
	5	23	3637	5	29	4188
				6	30	4282
				7	31	4371
				8	32	4461
				9	33	4554
				10	34	4648

salarisschalen functiegroep 55						
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal			
	54		55			
	0	21	3462	0	26	3910
	1	23	3637	1	28	4091
	2	25	3815	2	30	4282
	3	26	3910	3	32	4461
	4	27	4006	4	34	4648
	5	28	4091	5	35	4735
				6	36	4824
				7	37	4923
				8	38	5026
				9	39	5127
				10	40	5217

salarisschalen functiegroep 60					
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal		
	59		60		
	0	27 4006	0	32	4461
	1	29 4188	1	34	4648
	2	31 4371	2	36	4824
	3	32 4461	3	38	5026
	4	33 4554	4	40	5217
	5	34 4648	5	42	5415
			6	44	5605
			7	45	5688
			8	46	5774
			9	47	5863
			10	48	5950

salarisschalen functiegroep 65					
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal		
	64		65		
	0	34 4648	0	40	5217
	1	36 4824	1	42	5415
	2	38 5026	2	44	5605
	3	40 5217	3	46	5774
	4	41 5318	4	48	5950
	5	42 5415	5	50	6130
	6	43 5512	6	52	6308
			7	54	6487
			8	56	6667
			9	57	6754
			10	58	6843
			11	59	6936
			12	60	7024

salarisschalen functiegroep 70					
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal		
	69		70		
	0	44 5605	0	50	6130
	1	46 5774	1	53	6400
	2	48 5950	2	56	6667
	3	50 6130	3	59	6936
	4	51 6220	4	62	7203
	5	52 6308	5	64	7383
	6	53 6400	6	66	7605
			7	68	7829
			8	70	8051
			9	71	8163
			10	72	8277
			11	73	8389
			12	74	8500

salarisschalen functiegroep 75					
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal		
	74		75		
	0	56 6667	0	62	7203
	1	58 6843	1	65	7492
	2	60 7024	2	68	7829
	3	62 7203	3	71	8163
	4	63 7291	4	74	8500
	5	64 7383	5	76	8725
	6	65 7492	6	78	8960
			7	80	9209
			8	82	9461
			9	83	9584
			10	84	9710
			11	85	9856
			12	86	10005
			13	87	10149
			14	88	10297

salarisschalen functiegroep 80					
jeugdschaal	aanloopschaal*		functionele schaal		
	79		80		
	0	68 7829	0	74	8500
	1	70 8051	1	77	8836
	2	72 8277	2	80	9209
	3	74 8500	3	83	9584
	4	75 8612	4	86	10005
	5	76 8725	5	88	10297
	6	77 8836	6	90	10588
			7	92	10881
			8	94	11176
			9	95	11323
			10	96	11471
			11	97	11618
			12	98	11764
			13	99	11913
			14	100	12060

Nationale Ziekenhuisraad



Oudlaan 4, Utrecht
Postadres: postbus 9696, 3506 GR Utrecht
Telefoon: (030) 739911

*) Indien op 31 juli 1988 een bij de functie van de werknemer behorende jeugdschaal dan wel een van de aanloopschalen 49, 54, 59, 64, 74 of 79 van toepassing is gelden de in een aparte bijlage van de uitvoeringsregeling salariering van de CAO vermelde bedragen.

