

Stroomversnellingen

Audiologische overdenkingen in een veranderende wereld



Woord vooraf

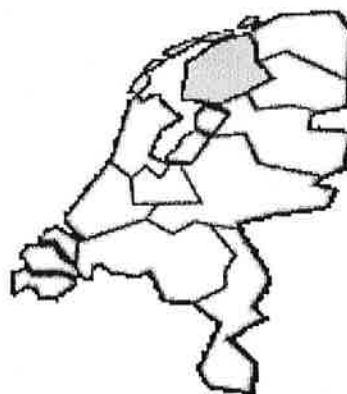
Audiologisch Nederland staat aan de vooravond van grote veranderingen. Het zijn krachtige stromingen in de samenleving die alle AC's en dus ook het AC Friesland dwingen zich te bezinnen, wellicht zelfs nieuwe doelen te formuleren. Daarnaast zijn er veranderingen aan de orde, die meer specifiek zijn voor het AC Friesland. De u voorliggende notitie wil een aanzet zijn tot een beleid om een passend antwoord te vinden op deze veranderingen.

In de loop van 1985, relatief kort na het aantreden van de huidige directeur, verscheen een eerste (naamloze) beleidsnotitie van de Stichting Audiologisch Centrum Friesland. Het AC had een moeilijke startperiode achter de rug en deze eerste notitie moet dan ook gezien worden als een ietwat verlate 'vaststelling van het vertrekpunt' van het in 1979 opgerichte AC. De formulering van doelen en middelen was hierbij uitgangspunt. In 1991 verscheen de notitie "*Wind in de Rug*". In deze tweede beleidsnotitie werd de vrij forse groei van de patiëntenstroom in beeld gebracht en werden noodzakelijke uitbreidingen van met name het personeelsbestand en huisvesting aan de orde gesteld. Een van de belangrijkste gevolgen van deze bezinning was het aantrekken van een audioloog in opleiding en de verhuizing van het Audiologisch Centrum naar een andere, grotere locatie.

En nu is er dan een nieuw moment van bezinning aangebroken. Na een lange periode van relatieve rust, waarin het AC wel qua patiënten aantallen groeide, maar waarin inhoudelijk geen nieuwe wegen werden ingeslagen is er nu een tijd aangebroken waarin nieuwe keuzes gemaakt moeten worden. De veranderingen die aanstaande zijn (en hun gevolgen) zijn groot in getal, verstrekkend en komen in een zo snel tempo op het AC af, dat gerust gesproken kan worden van een reeks *stroomversnellingen* waarin een nieuwe koers gevonden moet worden. Deze notitie is dus de derde in rij sinds de oprichting van het ACF en wil het 'winderige' landschap schetsen waarin het AC Friesland zich momenteel bevindt en een weg wijzen waarheen wij gaan.

Kwesties die aan de orde zullen komen zullen worden onderverdeeld in aangelegenheden die

- landelijk spelen (deel I) en
- zaken die regionaal spelen (deel II).



Deel I

Landelijk spelende veranderingen

I-1	De de-regulering van de hoortoestelverstrekking	4
I-2	De neonatale gehoorscreening	9
I-3	Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)	14
I-4	Schaalvergroting in het audiologische veld	17
I-5	Audiologische screening en diagnostiek van verstandelijk gehandicapten en patiënten in verpleegtehuizen	20





Inleiding

Tot voor kort werd door de overheid vastgesteld onder welke voorwaarden een slechthorende recht had op vergoeding van een of twee hoortoestellen door de zorgverzekeraar. Sinds kort echter heeft de politiek ervoor gekozen om de voorwaarden voor de verstrekking van een hoortoestel over te laten aan de ziektekostenverzekeraars zelf. Deze beslissing staat bekend onder de naam *de-regulering*. Het heeft inmiddels al geleid tot vreemde ongelijkheid tussen verzekerden bij verschillende maatschappijen. Het is niet anders.

Het AC Friesland is in een vroeg stadium (februari 2003) in overleg getreden met de grootste regionale verzekeraar: "De Friesland". Dit heeft ertoe geleid dat goede afspraken konden worden gemaakt over de criteria die "de Friesland" zal hanteren - en inmiddels hanteert - bij de verstrekking. Uitgangspunt hierbij is geweest het zogenaamde plan NOAH (Nationaal Overleg Audiologisch Hulpmiddelen). NOAH is een landelijk overlegplatform waaraan deelnemen de KNO vereniging, de FENAC, de GAIN, de NVAB en de NVVS (zie begrippenlijst).

In het nu door "de Friesland" gehanteerde model wordt aan de huisarts overgelaten of hij een patiënt verwijst naar de KNO-arts of het AC dan wel rechtstreeks naar de audicien. Het heeft weinig zin op deze plaats een exposé te geven over de risico's die aan dit nieuwe verstrekkingmodel kleven. Dat is in het voortraject door de gesprekspartners in het NOAH al uitvoerig gedaan. Uitgangspunt hier is de nu ontstane situatie.

Aangezien de meeste huisartsen op dit moment, netzomin als voorheen, veel grond hebben voor een keuze richting audicien zijn de eerste ervaringen met deze nieuwe manier van verstrekking niet schokkend geweest. De huisarts blijft grosso modo vooreerst verwijzen naar KNO arts of AC omdat hij weet dat daar wel de keuze gemaakt zal worden. Maar dat dat gaat veranderen in de komende jaren lijkt wel zeker.

Wat zullen deze veranderingen inhouden?

Verwacht mag worden dat het AC de komende jaren minder patiënten zal gaan zien. De patiënten met - naar de mening van de huisarts - een betrekkelijk eenvoudige revalidatievraag, zullen via de audicien geholpen gaan worden. De patiënten die wel naar het AC verwezen zullen worden (al dan niet op verzoek van de audicien) zullen mensen zijn met :

- 1 een complexe diagnostische of revalidatoire hulpvraag evenals (of)
- 2 patiënten die in toenemende mate een beroep zullen doen juist op het multidisciplinaire karakter van het AC (in het bijzonder de combinatie audioloog/ maatschappelijk werkster)

ad 1

Het 'verlies' van relatief eenvoudig te revalideren patiënten zal gevolgen hebben voor de manier waarop de audiologen en de andere hoortoestelaanpassers hun kennis en ervaring op peil moeten houden. Dit impliceert, dat op een andere (intensievere) wijze aan scholing gedaan zal moeten worden. Ook houdt dit in dat binnen het AC een specialisatie zal moeten worden bewerkstelligd op het gebied van hoortoestelkennis. Het zal niet efficiënt zijn om bij het huidige patiëntenaanbod met 5 mensen (zoals nu) op hoog niveau te opereren. De audiologen in huis zullen hier een cruciale rol gaan spelen, waarbij tevens een verdeling van specialisaties zal plaats gaan vinden.



tekening: Mirjam Vissers

De nu "tweede audioloog", de heer J. Huijnen zal de voortrekker zijn op het gebied van kennis van geavanceerde hoortoestellen en verantwoordelijk worden voor de scholing van de andere hoortoestelaanpasser(s). De audiologie-assistente is de eerste aangewezen om hierin de audioloog bij te staan. Er is echter ook een aanvullende mogelijkheid en dat is het aantrekken van een nieuwe audioloog in opleiding. In hoofdstuk II-1 zal de wenselijkheid van het aantrekken van een derde fysicus worden toegelicht. Deze zal een niet onbelangrijke rol gaan spelen bij zowel de audiometrie als de steeds specialistischer wordende akoepedie.

ad 2

Waar de audicien in toenemende mate reguliere hoortoestelaanpassingen zal gaan doen, zal - duidelijker dan nu - zichtbaar moeten worden dat sommige patiënten behoefte hebben aan de meer specifieke begeleiding van het AC. Immers, tot nu toe was de inventarisatie van en vervolgens de begeleiding bij mogelijke psychosociale of emotionele problemen onderdeel van de hoortoestelaanpasprocedure op het (elk) AC. Deze aspecten van slechthorendheid zijn voor

het AC een voortdurende bron van aandacht. Voor de buitenwereld, in casu de audiciens, blijft die kant van het AC-werk vaak verborgen achter de technische kant van de revalidatie. Wanneer audiciens meer en meer hoortoestellen gaan leveren zonder tussenkomst van KNO arts of AC, zal ervoor gewaakt moeten worden dat het kind niet met het badwater weggegooid zal worden. Duidelijker dan nu zal voortdurend en op tactvolle wijze onder de aandacht van de audicien, de verwijzer en de (toekomstige) patiënten gebracht moeten worden dat het AC hier een expliciete taak heeft. Dat wil zeggen dat er op nadrukkelijker wijze aan PR gedaan zal moeten worden. De maatschappij wordt commerciëler, het AC zal mee moeten of het wil of niet.

Toelichting 1: Voorschrijf-protocollen

In het kader van de onderhavige de-regulering is in huis inmiddels overgegaan tot een drie-stromen-beleid in de hoortoestel voorschriften, te weten:

- A Protocol Au-A geeft de audicien de mogelijkheid om - na het diagnostische onderzoek op het AC - de gehele aanpassing zelf te doen. Eindcontrole AC na een seintje van de audicien. Wij noemen dit het sandwichmodel.
- B Protocol Au-B geeft de audicien enige ruimte maar wel wordt een controle binnen 3 maanden vastgelegd om zonodig (ook ongevraagd) zelf bij te sturen.
- C Protocol Au-C is het bindend-voorschriftmodel dat wij tot nu toe voor alle voorschriften hanteerden. Dit is vanaf nu bedoeld voor kinderen, verstandelijk gehandicapten en voor al die patiënten waarvoor het AC een reden heeft om de touwtjes geheel in handen te houden.

Deze nieuwe protocollen met een bijbehorend nieuw ontworpen proefrecept zijn medio 2003 aan de audiciens voorgelegd. Daartoe is op initiatief van het AC een avond belegd in het gebouw van 'de Friesland'. De avond werd goed bezocht: elk Fries audiciensbedrijf was met een of meer mensen vertegenwoordigd. De nieuwe werkwijze heeft de volle instemming van de aanwezige audiciens gekregen. Het AC zal voorts het effect van een door de audicien voorgeschreven hoortoestel volgens een nieuw protocol gaan controleren. Hiervoor zal gebruikt gaan worden het Glasgow Profile of Hearing Aid Benefits. Bij deze methode wordt samen met de patiënt voorafgaand aan de toestelaanpassing de doelen hiervan expliciet gemaakt. Achteraf wordt getoetst of deze doelen gehaald zijn, en zo neen, wat daar dan aan kan worden bijgesteld. Een aanzet hiertoe is inmiddels gemaakt. Voorts zal de frequentie-karakteristiek van het hoortoestel gecontroleerd (kunnen) gaan worden terwijl de patiënt het toestel draagt. De huidige generatie digitale hoortoestellen vraagt daarvoor aparte apparatuur waarover het AC op dit moment niet beschikt. (2e generatie Insertion Gain apparatuur)

Toelichting 2: Audiologie-assistentie

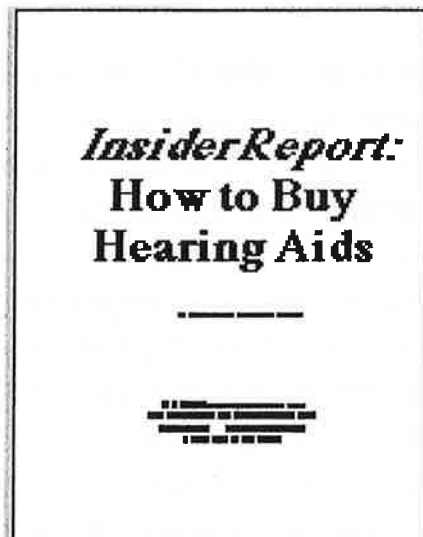
De audiologie-assistente mevrouw A. Bloemhof heeft een dienstverband van 16 uur per week. Sinds 1999 heeft zij op gentlemen's agreement basis 21 uur per week gewerkt, maar zij heeft de wens te kennen gegeven om dat per 1-1-2004 weer terug te brengen naar 16 uur. Los van alle de-regulering ontstaat er per 1 januari 2004 derhalve behoefte aan 5 uren per week audiologie-assistent. Het blijkt echter vrijwel onmogelijk te zijn hiervoor vervanging te vinden, eenvoudigweg omdat er op de arbeidsmarkt vrijwel geen audiologie-assistenten te vinden zijn. Iemand opleiden is tamelijk kostbaar en door het kleine dienstverband inefficiënt (vooropgesteld dat de (enige) opleiding op het gewenste moment daadwerkelijk gegeven wordt). Veel efficiënter is aantrekken daartoe van een logopedist. Deze heeft grote delen van de benodigde kennis reeds in huis, is breder inzetbaar en kan daardoor in geval van ziekte/zwangerschap de andere logopedisten vervangen (zie ook hoofdstuk II-1, toenemende patiëntenstroom)

Pro memorie zou eventueel ook gedacht worden aan het aantrekken van een audiometrist op MBO niveau, aangezien veel van het werk van de audiologie-assistent en logopedist louter audiometrisch is. Deze audiometrist zou dan in huis uitsluitend de audiometrie doen ten behoeve van allen die betrokken zijn bij vervolghandelingen. Gezien echter de later te bespreken noodzaak van het aantrekken van een derde fysicus (als audioloog in opleiding) is het probleem van de wegvallende 5 uren akoepedie opgelost met het aantrekken van deze derde fysicus en het aantrekken van een extra dagdeel logopedist.

Voorgesteld wordt voorgesteld het alsnog aantrekken van een audiometrist op MBO niveau uit te stellen tot er afspraken zijn gemaakt met verpleeghuizen over de daar gewenste audiometrie. (zie hoofdstuk II-2)

Samenvatting en conclusie

- 1 Er is meer akoepedie- en audiometrie-tijd nodig om de kennis van de hoortoestelaanpassers in huis op peil te houden.
- 2 Er is minimaal 5 uren per week akoepedietijd nodig.



Aan beide problemen kan worden tegemoet gekomen door het aantrekken van een dagdeel logopedist aangevuld met enige tijd van de aan te trekken nieuwe audioloog in opleiding.

- ✓ Middelen moeten worden vrijgemaakt om het multidisciplinaire karakter van het AC voor de buitenwereld zichtbaar te laten blijven. Kosten nader te bepalen.

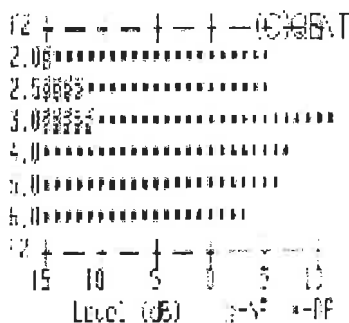




Inleiding

Het vroeg opsporen van een kind met (ernstig) gehoorverlies is zinvol omdat een snelle behandeling en begeleiding in het pedagogisch traject leidt tot een betere taalontwikkeling en (mede daardoor) tot een betere algehele (lees ook: sociaal- emotionele) ontwikkeling. De laatste jaren is uit veel wetenschappelijk onderzoek duidelijk geworden dat niet alleen een vroege opsporing zinvol is maar dat een zeer vroege opsporing nog zinnvoller is. De laatste 35 jaar bestond de opsporing uit een (goed georganiseerde) screening van het gehoor bij kinderen vanaf een maand of negen oud. De screening bestond uit 3 fasen. Wanneer het kind bij de derde screening opnieuw uitviel was het gemiddeld een maand of 14 oud en voordat eenmaal de feitelijke diagnose slechthorendheid bij een AC gesteld was was het kind al gauw een 16 maanden oud (zo het kind dan al naar een AC verwezen werd, want daar schortte het in Nederland ook nog wel eens aan). Aangetoond is nu dat interventie bij slechthorendheid voor de zesde levensmaand tot significant betere revalidatiesuccessen leidt dan wanneer wordt ingegrepen als het kind 16 maanden oud is. Inmiddels zijn er meetmethoden op de markt verkrijgbaar die het doen van gehooronderzoek (van aanvaardbare kwaliteit) op zeer jonge leeftijd mogelijk maken. Deze methoden staan bekend onder de namen OAE's en BERA (of ABR dan wel AABR). (zie begrippenlijst)

Een ander voordeel van neonatale screening is dat op deze leeftijd de metingen niet of nauwelijks worden vertroebeld door voorbijgaande middenoorproblematiek, hoewel een bezwaar van de meting is dat allerlei middenoorproblematiek nu juist wordt gemist. Deze keuzes zijn inmiddels gemaakt.



print uit het OAE toestel

De eerste gehoorscreening in de vorm van een afgenomen OAE zal nu gelijktijdig met de hielprik (screening op drie stofwisselingsziekten) plaatsvinden, een kleine week na de geboorte. Bij een positieve uitslag (alarm) vindt een tweede OAE meting plaats een week later. Valt deze weer positief uit dan is een derde screening aangewezen met een zogenaamde automatische BERA, hierna te noemen AABR. Hierbij krijgt het kind een soort helmpje op waarin zich elektroden bevinden en het automatisch werkend apparaat (niets anders dan een

black box) geeft aan of het aanbieden van geluid door de hersenstam is waargenomen. Is deze AABR opnieuw positief dan volgt onmiddellijke verwijzing naar een AC. De huisarts wordt als verwijzer hier overgeslagen, hij geeft achteraf zijn toestemming. De landelijke huisartsenvereniging en de regionale huisartsen verenigingen zouden hiermee akkoord zijn.

Elders in Nederland is inmiddels een start gemaakt met het screenen van het gehoor van pasgeborenen op de leeftijd van 1 week oud en in Friesland wil JGZ daarmee starten per 1 januari 2004.

Participatie van het AC

Het ACF is door JGZ Friesland benaderd met de vraag om actief te participeren in de derde neonatale screening. Inmiddels zijn de volgende afspraken gemaakt:

- o De eerste twee (OAE-) screeningen worden verzorgd door eigen mensen van JGZ. De scholing van nieuwe medewerkers hierin zal plaatsvinden in samenwerking met het AC.
- o Voor kinderen die voor de derde (AABR-) screening in aanmerking komen wordt een beroep gedaan op een medewerker van het AC. Voorlopig zal de helft van het de in aanmerking komende kinderen gescreend worden door een medewerker van JGZ en de andere helft (100 zuigelingen) door een medewerker van het AC (minimaal HBO niveau). Deze wordt als het ware ingehuurd door JGZ.

Er zijn verschillende redenen voor JGZ om te opteren voor deze constructie

- o De specificiteit van de twee OAE testen is al zodanig dat de kans op aanzienlijk perceptief verlies na twee positieve uitslagen significant is. Dat houdt in dat de kans dat dit kind voor verdere diagnostiek en begeleiding naar het AC zal gaan, eveneens significant is. Indien een medewerker van het AC nauw bij de de derde screening is betrokken, kan adequaat worden ingespeeld op de vragen die de ouders zullen stellen bij een eventuele positieve (alarm) uitslag. De gang naar het AC voor de feitelijke diagnose kan hier worden voorbereid. Die voorbereiding moet niet worden onderschat omdat - anders dan voorheen - de ouders met eventuele blijvende slechthorendheid van hun kind worden geconfronteerd, lang voordat zij daar zelf vermoedens over zouden krijgen.
- o Omdat snelheid van werken belangrijk is, kan ziekte, zwangerschap en dergelijke een storende factor zijn waar het de continuïteit van het werk betreft. Er moeten dus minstens 2 mensen beschikbaar zijn die elkaars werk op elk moment kunnen overnemen. JGZ beschikt niet over voldoende mensen die vertrouwd zijn - of gemaakt kunnen worden - met dit soort werk.

Motivatie voor het AC om te participeren bij de neonatale screening:

Niet alleen inhoudelijk, maar zeker qua uitvoering komt deze derde screening tot op zekere hoogte overeen met de wijze waarop het AC diagnostiek bedrijft. Het is begrijpelijk en terecht dat JGZ wil profiteren van de kennis en de ervaring die er op dit gebied in het AC is.

Participatie lijkt een goede kans te bieden om de banden met een instelling als JGZ te verstevigen. Maar ook gezien de korte verwijzings-lijnen naar het AC na een derde alarm ligt participatie eigenlijk ook al voor de hand.

Verdere overwegingen hierbij zijn:

- o Het is verre van denkbeeldig dat het einde van de zelfstandige perifere AC's nabij is. Een collega merkte in dit verband onlangs op dat het zaak was om de huid zo duur mogelijk te verkopen, niet of de huid verkocht zou worden. Nu volstaat de vaststelling dat de neonatale screening de perifere AC's de mogelijkheid biedt om op het gebied van vroege audiologische diagnostiek (voorlopig) een speler in de markt te blijven.
- o Anderzijds valt te verwachten dat door de komst van deze nieuwe neonatale screening het aantal naar het AC verwezen zeer jonge kinderen zal afnemen. Immers: middenoorproblematiek zal bij een positieve uitslag (alarm) een veel minder grote rol spelen, terwijl een niet gering deel van de in het AC onderzochte kinderen juist bij de CAPAS uitgevallen zijn wegens middenoorproblematiek. Jonge kinderen met middenoorproblematiek - tussen twee haakjes - zullen minder snel bij het AC komen is de verwachting. (zie ook begrippenlijst: CAPAS)

Uitwerking

Uit informatie van JGZ blijkt dat - op statistische overwegingen - te verwachten valt dat in Friesland per jaar ca 7400 kinderen voor de eerste neonatale screening aangemeld zullen worden en dat ca 260 daarvan niet door de 2e screening komen. Dat zal neerkomen op ca 5 zuigelingen per week. Hiervoor moet een 'derde screener' dus op pad. JGZ is van mening dat dat niet anders kan dan thuis, eist dat zelfs. Naar onze mening biedt het daarentegen vele voordelen om de derde screening in het AC te laten plaatsvinden. In de onderhandelingen met JGZ bleek dat er bij het maken van keuzes hierin op de achtergrond ook enkele niet-zakelijke belangen mee speelden. In elk geval werd afgesproken dat in 2004 overeenkomstig de wens van JGZ de derde screening "aan het kraambed" zal plaatsvinden. In oktober 2004 zal de procedure worden geëvalueerd. (Zie ook bijlage kranten artikel Stadskrant Rotterdam).

Zoals gezegd wordt verwacht dat het om 5 zuigelingen per week zal gaan. Daarvan zal een AC medewerker de helft voor zijn/haar rekening nemen en daarvoor zal 1 dag per twee weken uitgetrokken worden. Deze AC medewerker zal voor deze 'halve dag per week' gedetacheerd worden bij JGZ.

Twee a drie zuigelingen van deze 5 zullen niet door deze derde screening komen. Deze kinderen zijn dus volgens afspraak op datzelfde ogenblik naar het AC verwezen. Daar zal een diagnostisch akoestisch hersenstam onderzoek (BERA) plaats moeten vinden. Dit zijn Bera's die tot nu toe niet protocollair werden verricht aangezien deze kinderen pas naar het AC kwamen op een leeftijd waarbij pedo-audiometrie mogelijk was. Deze vroeg-diagnostische Bera's vragen naar schatting een dagdeel per twee weken tijd. Aangezien verwacht mag worden dat de neonatale gehoorscreening als effect zal hebben dat minder kinderen naar het AC verwezen zullen worden gaan wij er voorshands van uit dat deze twee tijdsfactoren tegen elkaar wegvallen. Er zal tevens apparatuur aangeschaft moeten worden om de werking van het middenoor te controleren. Door de weekheid van de gehoorgang en het bot daaromheen kan dat bij neonaten niet gebeuren met dezelfde apparatuur als bij volwassenen. Hiervoor moet worden aangeschaft een impedantiemeter met hoogfrequente probe-toon.

Logopedist

Het AC zal voor de derde screening een *logopedist* leveren. De sensitiviteit (zie begrippenlijst, bijlage) van de tweede OAE-screening is namelijk zodanig hoog dat er een aanzienlijke kans bestaat dat de baby vervolgens eveneens niet door de derde screening (de AABR) komt. Dat betekent bovendien tevens een significante kans op perceptie slechthorendheid. Voor het slechtnieuwsgesprek bij de moeder (respectievelijk de ouders) na de derde screening betekent dit een specifieke vaardigheid die in principe door een HBO-geschoolde zou moeten gebeuren. Dergelijke onderzoeken op het AC worden (om protocollaire redenen alleen al) gedaan door een logopedist.

Afspraken met JGZ (oktober 2003)

Begin oktober werden met JGZ de volgende afspraken gemaakt die per 1 januari 2004 zullen ingaan:

- o De helft van het aantal aangemelde zuigelingen wordt gezien door mevrouw Ineke Smit van JGZ, de andere helft door een medewerker van het AC
- o Het AC levert een *logopediste* 1 dag per 14 dagen. In principe zal dat mevrouw Annet Voogd zijn
- o De kosten van 1 dag logopedist per 14 dagen worden gedragen door JGZ.
- o Bij ziekte zullen de dames Smit (JGZ) en Voogd elkaar vervangen.

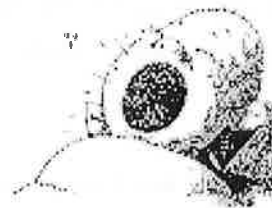
- o De verdeling van de werkzaamheden over de provincie gebeurt in overleg
- o Vakantieafspraken moeten werkbaar zijn. Mevrouw Smit en Annet Voogd regelen dit onderling.
- o De Algo (brainstem-) screener wordt aangeschaft door JGZ, het AC leent van JGZ.
- o Er wordt vooreerst een overeenkomst gesloten van een jaar. Er vindt een evaluatiegesprek plaats in oktober 2004
- o Verrekening van de kosten zal plaats vinden op basis van nacalculatie: Loonkosten begroot op ca 3000,- per jaar, Reiskosten 1400,- Onvoorzien 600,- Totaal 5000,-
- o Een en ander wordt in een door beide partijen ondertekende overeenkomst vastgelegd

Samenvatting en conclusie

Ten behoeve van de neonatale screening zal per 1 januari 2004 zal een logopedist in dienst genomen worden voor een dagdeel per week

Kosten

- ✓ arbeidsloon worden gedeclareerd bij JGZ :
 loonkosten begroot op ca 3000,- per jaar
 Reiskosten 1400,-
 Onvoorzien 600,-
 Totaal 5000,-
- ✓ aanschaf extra apparatuur (hoogfrequent impedantiemeter): 5000 euro





Inleiding

Alhoewel op het moment van schrijven van deze notitie er nog steeds geruchten gaan dat 'het allemaal niet doorgaat' lijkt het er toch steeds meer op dat per 1 januari 2004 een andere manier van financiering gaat plaats vinden. De langdurige kabinetsformatie eerder in 2003 heeft hier veel onzekerheid gegeven, maar nu het nieuwe kabinet een feit is, is dat proces toch in een stroomversnelling gekomen. Deze nieuwe manier van financiering van de zorg staat bekend onder de naam Diagnose Behandel Combinatie (DBC). De gedachte daarbij is dat een zekere hulpvraag gecategoriseerd kan worden, zodanig dat aan elke combinatie van vraag en aangeboden behandeling een tarief kan worden gekoppeld. Voor AC's die in feite al werkten met een dergelijk systeem (de hele en halve jaarkaart) is niet duidelijk wat nu de meerwaarde is van dit systeem, maar de wind waait nu eenmaal uit deze richting en het heeft weinig zin om hier lang bij stil te staan.

Uitvoering

Voor het ACF betekent de invoering van het DBC systeem een aanzienlijke hoeveelheid extra administratie, waar weinig tegenover staat. Om te beginnen zal de computeradministratie moeten worden voorzien van een systeem waarbij het aantal bezoeken dat een zekere patiënt aan het AC brengt in 12 maanden tijd, het aantal en soort verrichtingen per bezoek, de hoeveel (gereserveerde) tijd per bezoek en het aantal deelnemende disciplines per bezoek leiden tot een eenduidige uitkomst. Deze uitkomst is dan de DBC op basis waarvan de nota geschreven kan worden. Het totaal aantal verrichtingen, tijd, aantal disciplines etcetera per DBC wordt een 'zorgprofiel' genoemd. De kostprijsberekening van een zorgprofiel moet volgens een daartoe aangereikte methode geschieden en zo komt de vaststelling van een DBC-prijs tot stand. Jaarlijks moet op deze wijze de hoogte van het bedrag van elke DBC worden berekend.

Voor het AC is van groot belang dat voorheen de jaarkaart geschreven kon worden na het eerste bezoek, maar dat de DBC pas tot een nota leidt na afronding van de behandeling. Dat kan in principe een jaar duren na het eerste bezoek. Als hier geen speciale maatregelen worden getroffen leidt dit tot liquiditeits-problemen waarover met de bank gesproken moet worden. Het CvZ (College van Zorgverzekeraars, voorheen de Ziekenfondsraad) heeft de FENAC toegezegd dat hier constructieve plannen aangedragen zullen worden. Inmiddels is het eind 2003 en er zijn nog geen berichten hieromtrent vanuit CvZ. Begin oktober heeft de FENAC haar leden laten weten dat per 1 januari 2004 gestart wordt met een dubbele financiële

administratie: het jaarkaarten systeem zal in 2004 blijven fungeren als werkelijke financiering, het DBC systeem zal daarnaast als schaduw systeem worden bijgehouden. Het AC heeft eind 2001 een subsidie ontvangen van Hfl 100.000 om het DBC systeem te implementeren. Op basis van afspraken in Fenac-verband is 60% van dit bedrag gereserveerd om gezamenlijk te komen tot een kader. Voor de begeleiding hierin is door de FENAC het bedrijf Q-consult ingeschakeld. De resterende Hfl 40.000,- zal mogen worden aangewend om het systeem in het eigen AC te implementeren. Een aanzet daartoe is inmiddels gemaakt in de vorm van een opdracht aan de systeembeheerder van ACF (Card-Services te Heerenveen)

Concreet

De vraag kan gesteld worden wie in het AC nu de registratie feitelijk uitvoert of moet uit gaan voeren. Daarvoor komen in aanmerking

- 1 degene die het onderzoek doet / doen
- 2 de directie secretaresse
- 3 de audioloog die aan het eind van elk bezoek dat een patiënt aan het AC brengt de medische status doorneemt en de rapportage verzorgt.

ad 1 Vaak is er sprake van meer dan een medewerker die aan het onderzoek deelneemt. De laatste in rij zou dan degene moeten zijn die het verrichtingenbriefje invult. Eventuele fouten die hier gemaakt worden kunnen of geld kosten of leiden tot een frauduleus aandoende situatie.

ad 2 Omdat niet van tevoren vaststaat hoeveel tijd er besteed is/wordt aan een onderzoek en welke disciplines er aan het onderzoek hebben deelgenomen, zou de directiesecretaresse dat moeten opmaken uit de aantekeningen in de status. Dit zal zonder twijfel tot fouten leiden dan wel tot een onevenredige tijdsbelasting. Wel valt te overwegen om iedere deelnemer aan het onderzoek op zekere dag een eigen verrichtingenbriefje te laten invullen met datum, discipline en duur van de werkzaamheden zodat de secretaresse dat zonder meer in de computer kan invoeren.

De vraag is echter of dat tot meer efficiency leidt dan mogelijkheid 3.

ad 3 De audioloog is protocollair de laatste in rij die de status na een bezoek van de patiënt controleert. Op dit moment wordt door de audioloog dan ook het verrichtingen briefje ingevuld. Het ligt voor de hand dat de audioloog dan ook de DBC registratie doet om dezelfde reden waarom hij ook de LOGAC (spraak-taal) registratie verricht. Het aantal administratieve en dus niet klinische taken van de audioloog zullen hiermee toenemen.

Opmerking

De secretaresses/administratief medewerkers verzorgen de uitvoering van de DBC-registratie (opneming in de geautomatiseerde financiële administratie). Er zullen significant meer nota's verstuurd worden)

Samenvatting en conclusie

De administratie rond het schrijven van nota's neemt toe. Als dit inderdaad deels ten laste komt van de audioloog dan komt deze administratietijd niet meer ten goede aan patiëntenzorg en daarvoor zal gecompenseerd moeten worden.

Eerder (maar ook later) in deze notitie kwam (komt) de wenselijkheid ter sprake van het in dienst nemen van een audioloog in opleiding. Ook in de DBC registratie kan hiervoor een reden worden gezien.

Kosten:

- ✓ audioloog en/of audioloog in opleiding
- ✓ kosten secretaressetijd





Inleiding

Sinds enige tijd is er in geheel Nederland sprake van een trend tot fusering van grote audiologische zorgaanbieders. Instituut Guyot in Haren, oorspronkelijk geen andere doelgroep hebbend dan dove kinderen, zag haar populatie uitdunnen door allerlei veranderingen in medische technieken en in de samenleving. Guyot heeft vervolgens allereerst verschillende zorg- en onderwijsaanbieders aan zich gebonden tot een zg. regionaal expertise centrum (REC), door de overheid erkend. Vervolgens is een fusie aangegaan met het Voorburgse Doveninstituut Effatha. Doel hiervan was vooral om tegenwicht te bieden aan het in het Zuiden van het land zeer prominent aanwezige Instituut voor Doven (IvD) te Sint-Michielsgestel. Door deze fusie van Guyot met Effatha kwam het Haags Audiologisch Centrum onder de vleugels van de Effatha-Guyot groep en niet veel later werd ook het Audiologisch Centrum van de Amsterdamse GGD overgenomen. Op dit moment zijn overigens ook reeds samenwerkingsafspraken gemaakt tussen Effatha-Guyot en IvD. Als kleine speler blijft nog over de Koninklijke Aurisgroep in Rotterdam, die echter geen AWBZ erkenning heeft.

Deze grote instituties voeren een actief beleid waar het gaat om het aantrekken van allerlei zorg-activiteiten die communicatieve problemen betreffen. Deze conglomeraties zijn nu zo groot aan het worden dat de inspectie van de gezondheidszorg in een rapport uit begin 2003 haar bezorgdheid uitsprak over de afnemende mogelijkheden die de cliënt krijgt inzake medezeggenschap. (Gezien en gehoord" Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg voor mensen met een zintuiglijke beperking). In het betreffende rapport wordt vastgesteld op blz. 31:

In het oorspronkelijk advies van het CvZ was een indeling van Nederland in vier regio's voorzien: Guyot voor Noordoost, Effatha voor Noordwest, Sint-Michielsgestel voor Zuid Oost en de Ammanstichting voor ZuidWest. De feitelijke situatie begin 2002 is een opdeling in tweeën: Noord- en Zuid-Nederland.

De (perifere) Audiologisch Centra zullen in de prille diagnostische fase nog een rol spelen, maar als het gaat om de zg. verlengde diagnostiek en begeleiding bij geconstateerde slechthorendheid dan wel communicatie-problemen (met name bij kinderen) spelen de AC's nu al geen rol meer van betekenis meer. Het is niet ondenkbaar dat ook vroeg-diagnostische rol op termijn eveneens zal worden overgenomen door de grote audiologische conglomeraties.

Dit is geen verheugende ontwikkeling zoals de inspectie voor de volksgezondheid schrijft. In de eerste plaats niet omdat de ouders hierdoor steeds minder keuzevrijheid hebben (wat haaks staat op de bedoeling van de zojuist gerealiseerde cliëntgebonden-budget regeling) en ten tweede niet vanwege de nu ontstane logheid en bureaucratie, die in elk geval door de ouders als storend wordt ervaren. Het kost steeds meer moeite om voor een zekere kwestie binnen een zo grote organisatie een verantwoordelijk aanspreekpunt te vinden. Aldus de ouders volgens nog steeds hetzelfde rapport.

Samenwerkende AC's

Een zestal jaren geleden is er binnen het overlegverband van de 10 perifere audiologische centra sprake geweest van een samenwerkingsverband waarbij gedacht werd aan de oprichting van bijvoorbeeld een gemeenschappelijk bureau. Achterliggende gedachte was dat de FENAC wel de belangen behartigde van alle erkende Audiologische centra maar dat de diversiteit binnen de FENAC (Academische Ziekenhuizen, en zelfs AWBZ instellingen als Sint Marie zijn vertegenwoordigd) een adequate belangen-behartiging van de perifere AC's in de weg stond. Initiatieven hierin overigens werden gehinderd door het feit dat zelfs de perifere AC's niet allemaal dezelfde belangen en problemen hadden. Zo was het Rotterdamse AC onderdeel van de Amman stichting, nu Auris groep. Het AC 'Hoensbroeck' was onderdeel van een groot revalidatieinstituut (Lucasstichting) en het AC in Amsterdam was onderdeel van de GGD. Wat overbleef (tot op de dag van vandaag) was en is een plezierige, maar niet besluitvormende vergadering van directeuren van perifere AC's (het DIPAC-overleg) waar twee maal per jaar van gedachten wordt gewisseld over gemeenschappelijke zaken.

Midden jaren 90 reeds, is door bestuur en directie van het ACF actief gezocht naar mogelijkheden om met andere AC's tot een samenwerkingsovereenkomst te komen. Doel was immer het bereiken van een hogere efficiency bij het inzetten van mens en materieel en bovendien een serieuze gesprekspartner voor derden te kunnen blijven. Om uiteenlopende redenen hebben alle besprekingen daaromtrent nooit tot succes geleid.

De Noordelijke perifere AC's

De AC's Twente, Zwolle en Amersfoort, de druk voelende van de almaar groter wordende audiologische conglomeraties, zochten medio 2002 naar wegen om zich zelf en elkaar sterker te maken. Begin 2003 werd ook het AC Friesland gevraagd te participeren bij de gedachtevormingen rond een samenwerkingsverband van de nu vier Centra. De verwachting nu is, te komen enerzijds tot een sterkere Stichting Gezinsbegeleiding (zie deel II) die daardoor een serieuze gesprekspartner kan zijn, maar niet in de laatste plaats te komen tot de vorming van een sterk samenwerkingsverband in de vroege audiologische diagnostiek.

Als iets dergelijks inderdaad tot stand zou kunnen komen, zal het principe van het zelfstandige Audiologische Centrum beter gewaarborgd zijn en zal dat een grotere kans tot overleven hebben.

De vier AC's en de Stichting gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland zijn in oktober 2003 overeengekomen hun plan aan hun besturen voor te leggen, inclusief een tijdpad. In juni reeds heeft het bestuur van het ACF groen licht gegeven om op deze weg voort te gaan.

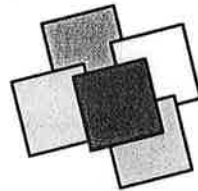
Eind september werd voorts besloten het samenwerkingsverband de naam PENTO te geven, verwijzend naar de vijf initiatiefnemers (zie bijlage E 'Pentoscript').

Samenvatting en conclusie

- ✓ Zekere taken die nu vanuit de audiologische jaarkaart (lees DBC's) worden gefinancierd zullen vanuit de AWBZ kunnen worden gefinancierd. Dit maakt gelden vrij voor andere audiologische zaken
- ✓ Verwacht mag worden dat de samenwerking met AC Twente, -Amersfoort en -Zwolle de taken van het management zal verlichten.
- ✓ Het ACF zal in de behandelende/begeleidende sfeer meer mogelijkheden krijgen.

Kosten:

de kosten en (relatieve) opbrengsten die aan de nieuwe samenwerking verbonden zullen zijn laten zich pas in de loop van komend jaar wat beter in beeld brengen





Screening en diagnostiek van verstandelijk gehandicapten en patiënten in verpleegtehuizen.

De laatste jaren is duidelijk geworden dat de zintuigfuncties van verstandelijk gehandicapten tot nu toe te weinig aandacht hebben gekregen. Zo blijkt er veel verborgen slechthorendheid te bestaan bij patiënten die tot nu in de eerste plaats een andere vorm van zorg ontvingen zoals dat het geval is bij verstandelijk gehandicapten en verpleeghuispatiënten.

Audiologisch onderzoek bij verstandelijk gehandicapten.

Dankzij het enthousiasme en de inzet van een aantal betrokken deskundigen (prof. H. Evenhuis, dr. M. Vink) is er in Nederland een screeningsprogramma bij verstandelijk gehandicapten tot stand gekomen van waaruit een relatief grote vraag naar nadere diagnostiek van onder andere de gehoorfunctie naar voren komt. In Friesland wordt op dit moment in de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten op goed niveau gehoorscreening gedaan en men wacht met smart op een diagnostisch antwoord vanuit de AC's. (zie bijlage C). In toenemende mate wordt vanuit verschillende instellingen nu druk uitgeoefend op de (perifere) AC's om op vrij grote schaal audiologische diagnostiek te verrichten en aansluitend tot revalidatie te komen. Door de aard van de problematiek is het vaak niet (goed) mogelijk deze onderzoeken op het AC te doen en is het noodzakelijk dit 'op locatie' te doen. Het zal duidelijk zijn dat dit een grote tijdsinvestering vraagt en dat is de reden waarom het ACF hier tot nu toe niet geestdriftig op heeft gereageerd. Het ontbreekt gewoonweg aan voorzieningen. Belendende instituten blijken hier trouwens dezelfde problemen te ervaren. Dat neemt niet weg dat de vraag er duidelijk ligt en in het kader van de onderhavige bezinning zal hier een keuze moeten worden gemaakt.

Tot nu toe zijn met Talant/Maartenswoude (zie begrippenlijst) praktische werkafspraken geweest die vooral inhielden dat patiënten naar het AC werden verwezen om daar onderzocht te worden. Als dat niet of onvoldoende duidelijkheid gaf werd in overleg met Talant vaak besloten om dat maar te aanvaarden. Eind 2002 hebben de twee audiologen elk een dag gehooronderzoek (hersenslam audiometrie) op locatie (Maartenswoude, Drachten) verricht wat in de meeste gevallen ook dan nog evenmin de gewenste duidelijkheid gaf. Helemaal zinloos zijn deze bezoeken echter toch niet geweest omdat de audioloog - op grond van zijn ervaring - op dat moment ter plaatse wel een advies kon geven over de dan te nemen stappen. Deze twee dagen hebben ons geleerd dat deze onderzoeken verricht moeten worden door (zeer) ervaren mensen.

Audiologisch onderzoek bij verpleeghuispatiënten.

Verscheidene AC's in den lande hebben afspraken gemaakt met de verpleeghuis-artsen in de regio inzake het op locatie verrichten van gehooronderzoek. Ook hier zal het ACF een beleid moeten formuleren.

Een voorzichtig begin gemaakt zou gemaakt kunnen gaan worden met een screeningsprogramma. Per dagdeel zou bij een tiental patiënten een luchtgeleidings-audiogram afgenomen kunnen worden bijvoorbeeld bij 4 frequenties. Wordt aan een zeker criterium voldaan, dan zou verwijzing kunnen volgen naar het AC. Anders dan bij de audiometrie bij verstandelijk gehandicapten is bij deze screening geen bijzondere ervaring vereist.

Samenvatting en conclusie.

Als het AC er voor kiest om in beide programma's te gaan participeren (respectievelijk te starten) dan zou daarvoor tijd moeten worden vrijgemaakt voor

- ✓ een dag per maand audioloog
- ✓ naar schatting vier dagdelen per maand audiometrist (bijvoorbeeld een doktersassistent na korte audiometrische scholing)
- ✓ reiskosten (met name de audiometrist)

opbrengsten

- ✓ Een hele jaarkaart (of een adequate DBC) per onderzochte verstandelijk gehandicapte patiënt
- ✓ Een kwart of halve jaarkaart (dan wel een eenvoudige DBC) per gescreende patiënt uit het verpleegtehuis. Overigens valt bij deze groep patiënten ook te denken aan een (jaarlijks te verlengen) overeenkomst per verpleegtehuis zoals dat met de Skelp het geval is.



tekening: Mijam Vissers

Deel II

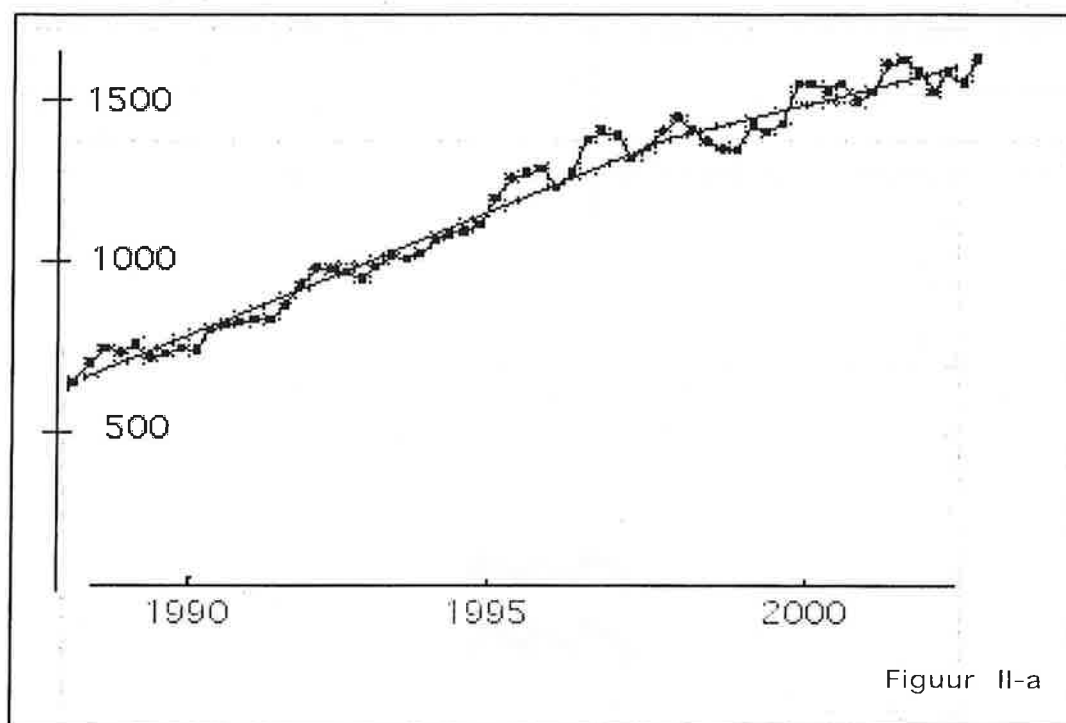
Veranderingen, specifiek voor ACF

II-1	Toenemende patiëntenstroom.	23
II-2	Uitbouw van - en participatie in - gezinsbegeleiding	29
III	Samenvatting en aanbevelingen	31





Het aantal patiënten dat jaarlijks het AC bezoekt laat al vele jaren een stijgende lijn zien. De verwachting die in 1991 werd uitgesproken in de notitie 'Wind in de Rug' is ruimschoots uitgekomen.

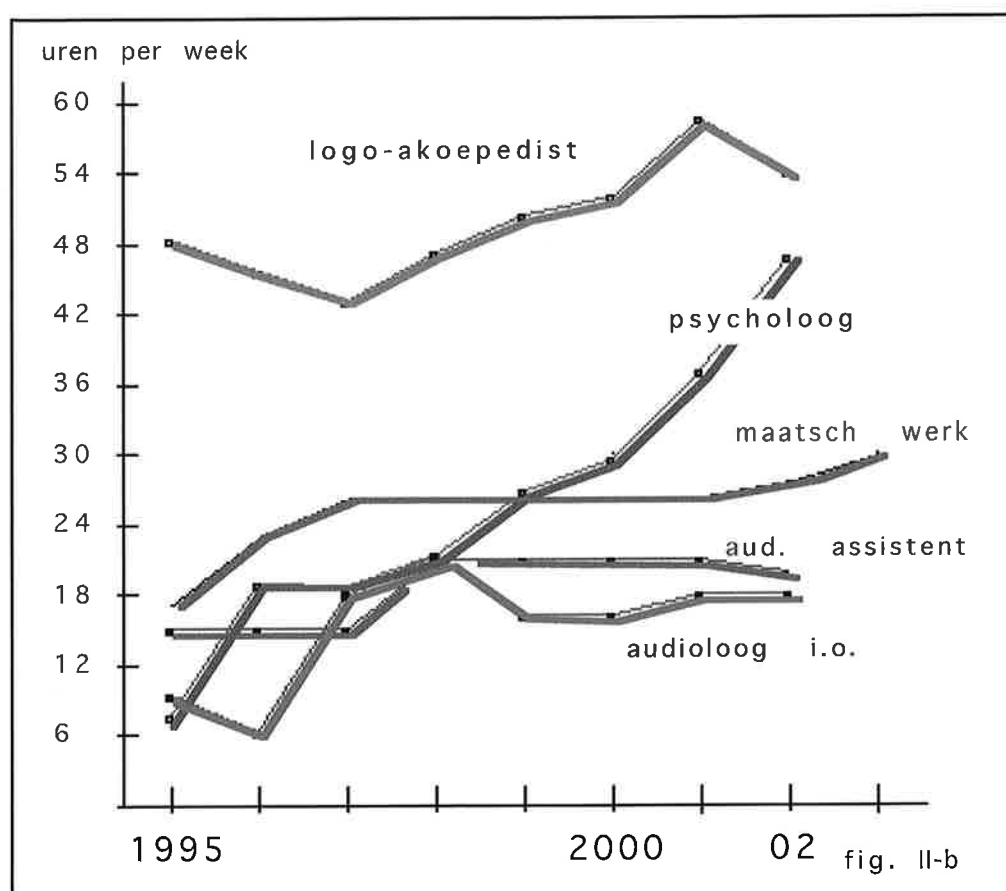


Het aantal patiënten dat jaarlijks het AC bezoekt lijkt al meer dan 10 jaar volgens een rechte lijn toe te nemen alhoewel er een lichte knik valt waar te nemen aan het einde van de jaren 90. Het is verleidelijk om op basis hiervan een voorspelling te doen voor het aantal te patiënten de komende jaren, maar gezien de eerder geschetste veranderingen in het veld zou dat een hachelijke onderneming zijn. Factoren die het aantal zullen drukken zijn de eerder genoemde de-regulering en de neonatale screening. Een actieve participatie in de gezinsbegeleiding (ook voor kinderen met spraak/taalmoeilijkheden) en de audiometrie in verpleegtehuizen zouden een stimulerend effect kunnen hebben op het aantal patiënten dat het AC zal bezoeken. Afhankelijk van het min of meer actieve beleid wat hier wordt ondernomen zou voorzichtig gesteld kunnen worden dat het aantal patiënten op jaarbasis zich over een jaar of tien zal stabiliseren op 1800 à 2000.

Het personeelsbestand (klinisch werkend) heeft zich de laatste jaren ontwikkeld (in uren per week) zoals in onderstaande figuur is weergegeven (bron: ACF jaarverslagen).

Aantal uren per week van 1995 tot 2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
logopedist	48,5	45,6	43,2	47,3	50,4	52	58,7	54
psycholoog	7,6	19	18,7	21,6	27	29,7	37	46,8
aud ass	15,2	15,2	15,2	21	21	21	21	20
audioloog i.o.	9,5	6,3	18	21,6	16,2	16,2	18	18
maats wrk	17,7	22,8	26,6	26,6	26,6	26,6	28,4	30,3



N.B.

In de bovenstaande figuur is het aantal werkuren van de directeur (in zijn hoedanigheid van audioloog) niet meegenomen.

Toelichting op figuur II-b

psycholoog

Het aantal uren psychologie kon ruimschoots op peil gehouden worden terwijl dat veel lastiger bleek bij de logopedie-uren. Daar zijn twee redenen voor :

- 1 De spraak/taal subsidiegelden maken dit mogelijk: de psychologen werken voor het overgrote deel op spraak-taal subsidiegeld (sinds augustus 98).
- 2 Ten tweede: de praktijk wijst uit dat het eenvoudiger is een psycholoog aan te trekken voor een (bijna) vol dienstverband dan voor een fractie daarvan.
Omgekeerd is dat bij de logo-akoepedisten: zij worden slechts voor een deel gefinancierd vanuit de spraaktaalsubsidie. Het andere deel wordt gefinancierd vanuit het audiologisch tarief. Bovendien blijkt het veel lastiger een logopedist aan te trekken voor een volledig dienstverband.

Geconcludeerd kan worden dat vooreerst beschikt kan worden over voldoende uren psychologie.

Logopedist en audiologie-assistent

De logopedist verricht in het AC akoepedisch werk naast logopedisch werk. De vervroegde uittreding van een van de logopedisten in maart 2003 en de gelijktijdige zwangerschap van de andere heeft enige onzekerheid gebracht in het aantrekken van meer logopedist, wat op zijn beurt heeft geleid tot een nu onaanvaardbaar wordend grote wachtlijst voor een eerste (akoepedisch) bezoek. Daar komt nu bij - zoals in het hoofdstuk de-regulering ter sprake kwam - dat de audiologie assistent in 1997 een tijdelijke arbeidstijd uitbreiding heeft gekregen, maar dat zij nu te kennen heeft gegeven in 2004 weer terug te willen gaan naar 16 uur per week. De behoefte aan meer akoepedische tijd zal zich binnenkort derhalve extra doen gelden.

Logopedist en audiologie-assistent verrichten vrijwel alle gehooronderzoeken. Het totaal aantal werkuren van logopedist en audiologie assistente bepalen dus voor het overgrote deel het aantal jaarkaarten per jaar. Het is denkbaar dat de knik in fig. II-a gerelateerd is aan het achterblijven van het aantal arbeidsuren akoepedie.

Deze noodzakelijke vervanging/uitbreiding zal deels gezocht moeten worden in de vorm van een logopedist en niet in audiologie-assistent. Daar zijn twee redenen voor. Om te beginnen is het uiterst lastig om een kant en klare audiologie-assistent te vinden. Een assistent opleiden vraagt een kandidaat die (perse) minimaal HAVO met wiskunde-achtergrond moet hebben. De opleiding kost dan een jaar lang een dag per week, vooropgesteld dat de cursus dat jaar

gegeven wordt. Een logo-akoepedist daarentegen is voor een belangrijk deel reeds opgeleid en is daarbij in het AC veel breder inzetbaar.

Het wegvallen van 5 uren audiologie-assistente en de behoefte aan uitbreiding op het logo-akoepedische kan helaas niet gecompenseerd worden door een uitbreiding van het dienstverband van een van de huidige logopedisten. Wel mag worden aangenomen dat de nieuwe audioloog in opleiding - althans voorlopig- kan bijdragen aan benodigde tijd voor akoepedisch werk, maar niet in de benodigde mate. Er zal derhalve voor gekozen worden een nieuwe logopedist aan te trekken.

Terzijde:

Het is in principe mogelijk dat zuiver audiometrisch onderzoek (niet akoepedisch in brede zin) ook gedaan kan worden door een (intern opgeleide) doktersassistent (zie de conclusie van het hoofdstuk 'audiometrie bij verpleeghuispatiënten'). Op dit moment echter zou de omvang van zo een dienstverband toch te klein zijn om efficiënt te zijn. Wanneer op termijn de verpleeghuizen voor audiometrie in aanmerking zouden komen, zou dit wel een optie kunnen zijn. Voorgesteld wordt daarom nu om deze oplossing pro memorie te houden, omdat de behoefte aan de brede inzetbaarheid van een logopedist/akoepedist op dit moment het grootst is.

Audioloog.

In de vier jaren dat de opleiding van de Audioloog i.o. geduurd heeft is geleidelijk de hoeveelheid feitelijk klinisch werk verschoven van 50% in 1999 naar 84% in 2002. Per 1 oktober heeft hij zijn registratie behaald en daarmee is hij voor 100% klinisch inzetbaar geworden.

Dat betekent in 2004 een kleine uitbreiding t.o.v. 2002.

Er dienen zich echter een paar problemen aan.

- o In de eerste plaats zal het aantal werkuren van de directeur audioloog de komende jaren genormaliseerd moeten gaan worden. Tot nu toe besteedde de audioloog directeur ca 40 uren per week aan klinisch werk en ca 20 uren aan bedrijfsmatige taken. In welke mate het aantal uren audioloog moet worden teruggebracht en in welk tempo kan een punt van discussie zijn, maar dat er iets moet gebeuren is duidelijk.
- o Daar komt een belangrijk aandachtspunt bij. De werkzaamheden van de audioloog zijn specialistischer geworden, niet alleen door de komst van technisch zeer geavanceerde hoortoestellen maar ook door de komst van nieuwe audiometrische technieken. Ook de reeds eerder genoemde de-regulering van de hoortoestelverstrekking (Hoofdstuk I-1)

heeft de behoefte aan meer specialisatie doen ontstaan. Zoals in dit eerder genoemde hoofdstuk al aan de orde kwam hebben beide audiologen in huis ieder hun eigen aandachtsgebied gekregen. Dit brengt het potentiële probleem met zich mee dat bij ziekte en vakanties op dat moment noodzakelijke knowhow wegvalt. Dit probleem is met kunst en vliegwerk nog wel tijdelijk op te lossen, maar zonder maatregelen in elk geval niet structureel. Bovendien zou een eventuele (blijvend of langdurige) uitval van een van beide audiologen grote consequenties hebben voor de continuïteit van het werk in het AC. Ervaringen van collega's in het land bij het zoeken naar (vervangende) geregistreerde audiologen zijn bedroevend. Bij het zoeken en vinden van een geregistreerde audioloog is er dan ook zelden sprake van iets anders dan 'boompje verwisselen'. Het moet daarom uitgesloten geacht worden dat bij een eventuele calamiteit (zeker in Friesland) op korte termijn een vervangende audioloog gevonden zal worden. Er zal in dat geval derhalve een fysicus opgeleid moeten worden. Gezien de huidige omvang van het AC en de bijbehorende werkdruk is de directeur-audioloog echter niet goed meer in staat om een nieuwe audioloog van de grond af aan op te leiden, terwijl de tweede audioloog per definitie geen opleidings-bevoegdheid kan krijgen binnen 5 jaar na de eerste registratie.

Teneinde de continuïteit van het audiologisch werk te waarborgen, is besloten in 2004 een fysicus aan te trekken die in de praktijk door de heer Huijnen zal worden opgeleid onder supervisie van de directeur-audioloog. Hiermee is tevens een antwoord gevonden op het verloren gaan van 5 werkuren audiologie-assistent. Het zal gaan om louter een opleidingsplaats die na afronding van de opleiding (4 jaar) kan worden ingenomen door een volgende op te leiden fysicus.

Maatschappelijk werk.

Er bestaat zonder enige twijfel behoefte aan uitbreiding van het maatschappelijk werk. Een van de redenen daarvan is dat de op gang komende samenwerking met de gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland de participatie van de maatschappelijk werkster vraagt. Het gaat daarbij vaak om taken die voorheen eveneens door het AC werden verricht, maar bekostigd werden vanuit de audiologische jaarkaart. Door deze taken nu te financieren vanuit de AWBZ ontstaan mogelijkheden die voorheen financieel niet haalbaar waren. (veelal zorg voor volwassenen betreffende). Nota bene: de FENAC dringt er op aan dat de AC's gaan aansturen op ouderbegeleiding bij geconstateerde spraak/taalproblemen bij kinderen. Dit zal inzet gaan vragen niet alleen van de logopedisten, maar eveneens van de maatschappelijk werkster.

Echter het realiseren van een en ander gaat op vrij grote technische problemen stuiten (waaronder huisvesting). Voorgesteld wordt om dit punt als pro memorie aan te houden.

Samenvatting en conclusie:

- ✓ Het aantal uren psycholoog is voorlopig voldoende.
- ✓ Het aantal uren logopedie, audiologie assistent en audioloog maar ook maatschappelijk werk houdt onvoldoende tred met het aantal onderzochte patiënten per jaar.
- ✓ Het aantal werkuren van de directeur audioloog dient genormaliseerd te worden.

Uitbreiding dienstverband

logopedist

(waarvan 8 uren gefinancierd vanuit elders) +16 uur 3000 euro

3e fysicus +36 uur 40.000?

psycholoog Niet

maatschappelijk werk pro memorie

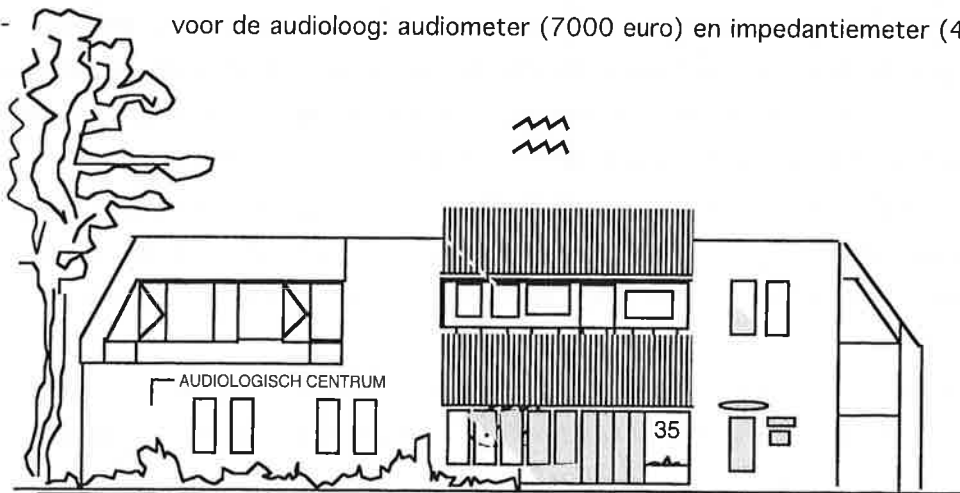
directeur-audioloog -10 nihil

o Consequenties voor de huisvesting:

- De huidige werkruimte van de tweede psycholoog is de ruimte die bij de in gebruikneming van het huidige pand bedoeld was voor de boekhouder. Het betreft 10 m2. Dit is zonder meer te krap voor het doen van onderzoek en waar mogelijk wordt dan ook uitgeweken naar een andere ruimte als die toevallig vrij is. Voorgesteld wordt nu het slapend archief door verbouw zo te herschikken dat er een werkruimte van 18 m2 voor de 2e psycholoog ontstaat. Een advies van de architect is aangevraagd.
- werkruimte nodig voor de 3e fysicus.
- Pro memorie: werkruimte voor uitbreiding van maatschappelijk werk

o Consequenties voor audiologische apparatuur:

- voor de audioloog: audiometer (7000 euro) en impedantiemeter (4000 euro)



**Gezinsbegeleiding Midden- en Oost Nederland****Inleiding**

In 1986 werden landelijk de zogenaamde Stichtingen Gezinsbegeleiding voor ernstig slechthorende kinderen opgericht. De gedachte daarachter was dat de begeleiding van ernstig slechthorende kinderen (meer dan 80 dB verlies) zo gespecialiseerd werk was dat het niet verstandig was elk AC afzonderlijk daarmee aan de gang te laten gaan. Afzonderlijke instellingen zouden zich daarmee gespecialiseerd bezig moeten houden. De Gezinsbegeleidingen die nu opgericht werden kwamen vrijwel zonder uitzondering voort vanuit de Audiologische Centra zelf. In het Noorden van het land echter werd dat gegund aan het Doveninstituut Guyot in Haren, wat tot een stroeve werkrelatie leidde met het ACF omdat de benadering van het ernstig slechthorende kind vanuit een 'dove' gedachte plaats vond en niet vanuit een 'horende'. Hierover is tot op de dag van vandaag over en weer nauwelijks enig begrip ontstaan waardoor het ACF tot op heden het onderbrengen van kinderen met een weliswaar groot gehoorprobleem, maar wel zeker met profitabele gehoorresten als problematisch ervaart. Voor de begeleiding van jonge kinderen met een Cochleair Implantaat is het visieverschil zelfs nog eens zo nadrukkelijk aanwezig. Er heeft recentelijk (september 2003) een constructief gesprek plaats gevonden met de directeur zorg en de directeur onderwijs van Koninklijke Effatha-Guyot, maar dat er op korte termijn veel in positieve zin veranderen zal is nog verre van duidelijk.

In midden Nederland was in 1986 ontstaan de Stichting Gezinsbegeleiding Midden- en Oost Nederland (SGB-MON). Deze door de AWBZ erkende stichting kwam voort uit de AC's Twente, Zwolle en Amersfoort. Een poging van het AC Friesland om - in een bepaald geval - gebruik te maken van deze SGB-MON (in plaats van de begeleiding door Guyot) liep op een kleine teleurstelling uit met heel praktische oorzaken zoals reisafstand en financiën.

De gaande schaalvergroting van reeds grote AWBZ-instellingen (zoals het inmiddels gefuseerde Effatha- Guyot en de inmiddels ook al zeer groot geworden Viataal in het Zuiden van het land) deed bij de drie sterk betrokken AC's de behoefte voelen om de eigen positie in het audiologische veld te versterken. In een zoeken hiernaar werd het ACF begin 2003 door hen uitgenodigd deel te nemen aan besprekingen, die tevens zouden moeten leiden tot een grotere betrokkenheid van het ACF bij de SGB-MON. Vanwege allerlei noodzakelijke AWBZ - procedures die daarmee samenhangen is vooreerst besloten dat het ACF niet feitelijk participeert in GB-MON.

Via een andere constructie kan echter toch het beoogde doel bereikt worden. Besloten is om betrokken medewerkers van het ACF op te (laten) leiden tot gezinsbegeleiders en deze in voorkomende gevallen te detacheren bij GB-MON. Op deze wijze kan het ACF actief betrokken blijven bij een professionele begeleiding van het betreffende kind, terwijl de gelden daarvoor (zoals het hoort) vanuit de AWBZ geleverd worden. Het voordeel voor GB-MON is een groter budget aangezien zij wordt afgerekend op volume. Het voordeel voor het ACF is dat werkzaamheden die nu òf helemaal niet plaatsvinden, òf betaald worden vanuit het jaartarief, dan gefinancierd kunnen worden vanuit de AWBZ waardoor er meer gelden beschikbaar blijven voor andere audiologische voorzieningen. Voorlopig wordt gedacht dat de werkzaamheden in dit kader een dagdeel per week vragen van een van de AC logopedistes. De te investeren tijd door de maatschappelijk werkster wordt om praktische redenen pro memorie gehouden.

samenvatting en conclusie

- ✓ In principe zijn hier geen financiële gevolgen.

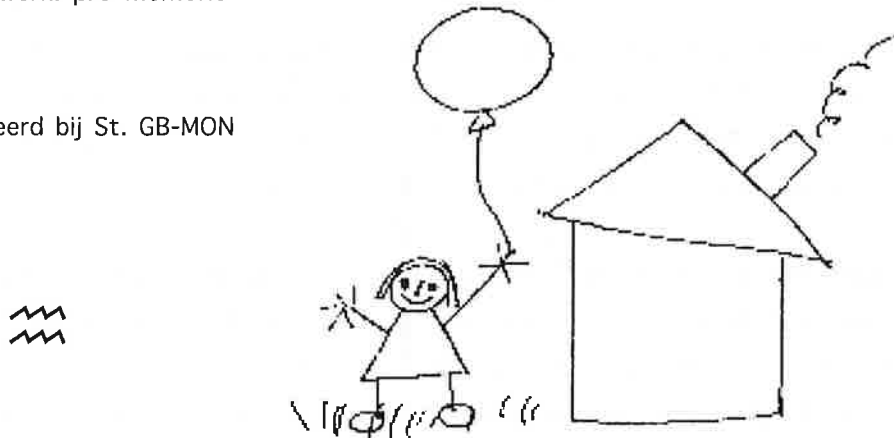
Daar een en ander een uitbreiding betreft van de werkzaamheden - ook al is de financiering daarvan gewaarborgd vanuit de AWBZ - zal er echter een zeker aantal uren per week extra logopedist moeten worden aangetrokken met een ACF arbeidsovereenkomst.

Derhalve: ten behoeve van de werkzaamheden voor de St. GB MON zal per 1 januari 2004 vrijgemaakt worden een logopedist voor een dagdeel per week

maatschappelijk werk: pro memorie

Kosten in Euro:

worden gedeclareerd bij St. GB-MON



**Gesignaleerde problemen**

- a Hoortoestelaanpassingen vragen een steeds specialistischer kennis (het aantal relatief eenvoudige toestelaanpassingen zal de komende jaren afnemen)
- b Psychosociale problemen bij slechthorendheid zullen nadrukkelijker dan nu zichtbaar gemaakt moeten worden voor de buitenwereld (verwijzers, audiciens en patiënten)
- c De participatie bij de neonatale screening en de daaruit volgende 'vroeg-begeleiding' is een nieuwe taak van het AC en vraagt om het ontwikkelen van een aparte specialisatie
- d De invoering van de DBC systematiek vraagt veel extra administratie en waarschijnlijk extra tijd van de audioloog, maar ook van het secretariaat.
- e Schaalvergroting in het audiologisch veld maakt het ACF kwetsbaarder.
- f Het aantal verwezen patiënten per jaar neemt nog steeds toe.
- g Het aantal werkuren van de directeur audioloog moet structureel met ca 10 per week verminderen

Het zorgpakket moet worden uitgebreid met

- i gehooronderzoek bij verstandelijk gehandicapten
- ii gehooronderzoek bij verpleeghuispatiënten,
- iii gezinsbegeleiding ernstig slechthorende kinderen

Oplossingen worden gezocht in

- 1 samenwerking met drie andere AC's en de Gezinsbegeleiding Midden Oost Nederland
Op termijn kan gedacht worden aan fusie, maar de samenwerkende instellingen zijn van mening dat dit als het ware logisch moet voortvloeien uit de samenwerking en men wil het niet als doel op zich zien. De hiermee samenhangende kosten zijn op dit moment nog niet eenvoudig te expliciteren
- 2 De samenwerking met de 3 andere AC's en de St. GB-MON heeft eveneens tot doel uitwisseling van personeel mogelijk te maken. Hierdoor zou (tijdelijke) krapte beter kunnen worden opgevangen.

- 3 In het kader van de neonatale diagnostiek moet aansluiting worden gezocht bij de werkwijze elders in het land. Inmiddels heeft het samenwerkingsverband PENTO van de 4 Noordelijke perifere AC's en de St. GB MON een werkgroep in het leven geroepen die een en ander vorm moet gaan geven.

- nieuwe meetapparatuur nodig (HF impedantiemeter) kosten: 5000 euro

- 4 Uitbreiding met een 3e fysicus, die zal worden opgeleid tot audioloog .

Doel:

- 1 waarborgen van de continuïteit van de audiologische kennis
- 2 compensatie bij verlies aan uren akoepedie
- 3 invullen van akoepedie behoefte wegens toenemende patiënten stroom
- 4 het verminderen van de werklast van de directeur audioloog

personeels kosten ca 40.000 euro per jaar. De salarisrichtlijn staat dit toe.

aanschaf extra audiologisch apparatuur: audiometer, impedantiemeter ca 2500 euro per jaar

- 5 uitbreiding met een logopedist voor 2 dagen per week waarvan een dagdeel wordt gedeclareerd bij JGZ en een dagdeel bij St. GB-MON.

kosten voor ACF : ca 6000 euro per jaar. De salarisrichtlijn staat dit toe.

- 6 aan uitbreiding van het aantal uren maatschappelijk werk op termijn moet worden gedacht. Grootste moeilijkheid hier is de huisvesting.

kosten pro memorie 2 dagen per week *)

- 7 Voor de invoering van de DBC's zal extra tijd nodig zijn op de administratie
Kosten nog moeilijk te schatten

- 8 Extra werkruimte moet worden geschapen voor tenminste de 3e fysicus en de psycholoog
kosten verbouwing: geschat 40.000 euro dzw. per jaar $1/20 * 40.000 = 2000$ euro/jr.



*) Half december werd besloten om begin 2004 een tweede maatschappelijk werkster aan te trekken om de volgende redenen

- 1 de kwaliteit van het maatschappelijk werk is zeer gebaat met het nu ontstaan van intervisie- mogelijkheid tussen twee mensen van dezelfde discipline.
- 2 maatschappelijk werk is de laatste discipline in het AC waarvan de werk-continuïteit niet gewaarborgd is omdat deze steunt op slechts een persoon. Haar afwezigheid door ziekte gedurende de gehele maand december heeft dat pijnlijk duidelijk gemaakt en de behoefte aan vervanging acuut.
- 3 het werk van de maatschappelijk werker is emotioneel zwaar. Mevrouw Wassenaar geeft aan de werklast in haar eentje niet goed aan te kunnen. Het dienstverband is om die reden op haar verzoek anderhalf jaar geleden teruggebracht van 90% naar 80%. Zowel deze vermindering van uren als de toegenomen behoefte aan maatschappelijk werk, alsmede het feit dat vanaf januari 2004 enige van haar werkzaamheden verricht zullen worden vanuit AWBZ financiering (gezinsbegeleiding) rechtvaardigen het aantrekken van een tweede maatschappelijk werker.

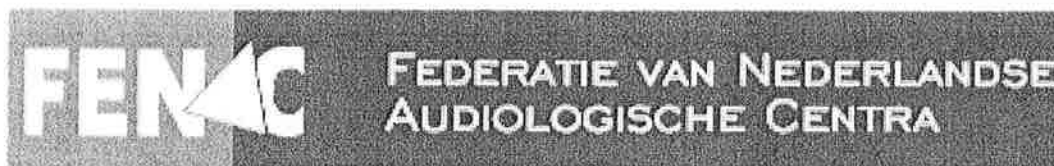


Sommige processen bleken bij de afsluiting van deze notitie al in gang gezet, andere waren al veranderd. De eerste letters kwamen in juni 2003 op papier. Het was verstandig om er na een een half jaar een punt achter te zetten, want het zijn inderdaad stroomversnellingen waar de AC's in terecht zijn gekomen. De notitie die nu tot stand kwam kan derhalve gezien worden als een 'foto' van deze stroomversnellingen. De werkelijkheid gaat met 'kolkend geweld' verder. De vraag kan gesteld worden tot welk beleid de gesignaleerde problemen en processen zouden moeten leiden.

Het komende jaar zal het Pentoverband zijn formele beslag krijgen. De jaren daarop zal langzaam maar zeker worden ingevuld. Het is niet alleen lastig om vooruitlopend daarop beleid te formuleren, het lijkt bovendien niet verstandig. Met de geschetste problematiek voor ogen - die immers voor vrijwel alle Pento leden min of meer dezelfde is - zal behoedzaam een weg worden gezocht die gaandeweg de vier deelnemende AC's in de pas zal laten lopen. Het bestuur van het Audiologisch Centrum kiest er derhalve voor om de gebeurtenissen dienaangaande af te wachten. De directeur houdt het bestuur nauwgezet op de hoogte van de processen waarbij het bestuur voortdurend in de gelegenheid zal zijn om 'bij te sturen' waar nodig.

december 2003

namens het bestuur van de Stichting Audiologisch Centrum Friesland
drs. P.T. Kraft, directeur



Protocol Audiologische Centra voor pasgeborenen met een vergrote kans op slechthorendheid of doofheid
op grond van een alarmerende uitkomst bij neonatale gehoor screening.

Vastgesteld 15/08/01

Inleiding

In de komende jaren zal universele neonatale gehoorscreening in ons land worden ingevoerd. De NICU kinderen worden nu al met AABR gescreend (ALGO) en de gezonde neonaten zullen worden gescreend met behulp van OAE's en AABR. De screening heeft als doel om de behandeling en begeleiding van congenitaal slechthorende baby's en hun ouders voor de leeftijd van 6 maanden te laten starten. Dat vereist dat de leeftijd, waarop de audiologische diagnose zeker is, maximaal 4-5 maanden is.

Het is nu zaak te zorgen dat de AC's een goede diagnostische follow-up kunnen bieden aan de kinderen die bij neonatale screening 'verdacht voor een gehoorstoornis' worden bevonden.

Het onderstaande protocol bedoelt de uniformiteit en kwaliteit van handelen door audiologische centra na aanmelding van een baby met een 'alarmerende gehoorscreeningsuitslag' te bevorderen.

Uitgangspunten:

1. In de neonatale periode, de leeftijd van 0-29 dagen, zo nodig gecorrigeerd voor vroeggeboorte, is door een screening een verhoogde kans op slechthorendheid geconstateerd. De screening kan duiden op een bilaterale of een unilaterale slechthorendheid.
2. Het kind wordt zo spoedig mogelijk verwezen naar een audiologisch centrum voor het uitvoeren van diagnostische audiometrie,
 - 2.1. omdat
 - 2.1.1. Het opnieuw doen van een screening de ongerustheid van de ouders niet kan wegnemen
 - 2.1.2. Bij wederom een screening en vervolgens wederom een alarmerende uitslag er opnieuw uitstel van definitieve conclusies ontstaat
 - 2.1.3. Er haast is, om voor de leeftijd van 6 maanden de behandeling en begeleiding te kunnen starten
 - 2.2. waarvan het doel is vast te stellen
 - 2.2.1. of er inderdaad sprake is van een gehoorstoornis, uni- dan wel bilateraal
 - 2.2.2. hoe groot eventueel de gehoorverliezen zijn,
 - 2.2.3. van welk aard de verliezen zijn, conductief, cochleair, retrocochleair of gemengd.

3. Het kind zal bij het diagnostisch onderzoek de leeftijd van 1-3 maanden hebben. Op deze leeftijd is objectieve frequentiespecifieke drempel bepaling (nog) niet routinematig mogelijk. We zullen ons dus moeten beperken tot
 - 3.1. Brainstemmaudiometrie met klikstimulatie (BERA), waarbij de drempel voor het frequentiegebied rond 3 kHz bepaald kan worden.
 - 3.2. Impedantiemetrie:
 - 3.2.1. het tympanogram, waarmee de al of niet normale beweeglijkheid van het middenoor voor geluidstransport bepaald kan worden
 - 3.2.2. Stapedius Reflex drempelbepaling, waarmee per frequentie het stimulatie niveau bepaald kan worden, waarbij de stimulus voor de patiënt ook luid tot zeer luid is.
 - 3.3. (her) screening met OAE's, maar nu frequentiespecifiek, bij 1 kHz en hoger.
 - 3.4. Gedragsobservatieaudiometrie, waarbij reactie drempels bij lage, midden en hoge tonen gezocht kunnen worden.
4. Bij elke uitspraak over 'het gehoor' van deze jonge kinderen, moet zowel de onderzoeker zich bewust zijn, alsook de ouders uitgelegd worden, dat meetresultaten in principe een beperkte geldigheid hebben, zowel in de tijd als qua betekenis op lange termijn.
 Bijvoorbeeld: aanwezigheid van de emissie betekent niet meer dan dat er nu een goed of vrijwel goed oor is. Het oor kan slechter worden (en zal dat vrijwel zeker door OME ook wel eens worden). De uitspraak een 'normaal' gehoor bij een normale emissie is niet meer dan een waarschijnlijkheidsuitspraak, gebaseerd op de zeer grote kans dat er meer centraal niets aan de hand is. Maar in individuele gevallen zoals bij een aantal NICU kinderen kan die kans veel minder groot zijn. Voor de ander methodieken gelden mutatis mutandis soortgelijke beperkingen.
5. Het protocol volgend zouden begeleiding en behandeling op de leeftijd van maximaal 6 maanden begonnen moeten zijn. De ratio achter deze stelling wordt het best weergegeven in de literatuur betreffende de taalontwikkeling van neonataal geïdentificeerde slechthorende kinderen vergeleken met die van later geïdentificeerde kinderen.
6. Uni- versus Bilateraal alarm
 - 6.1. Een alarm bij screening is gebaseerd op het feit dat met een objectieve meting niet kon worden aangetoond dat een oor goed was op het moment van screening. Dit kan gelden voor 1 of voor 2 oren van een kind.
 - 6.2. Gezien de grote verschillen in ontwikkelingskansen tussen kinderen met 1 goed oor en kinderen met 2 slechte oren, verdient het aanbeveling bij de planning van diagnostische onderzoeken absolute voorrang te geven aan kinderen met een bilateraal alarm. Indien er sprake is van wachttijdproblematiek in een AC is het acceptabel als kinderen met een unilateraal alarm wat langer moeten wachten op een diagnostisch onderzoek van hun ene mogelijk slechte oor.

- 6.3. Een unilateraal alarm kan voor de ouders echter even verontrustend zijn als een bilateraal alarm. Daarom dient een audioloog van het AC toch net zo snel contact met de ouders op te nemen als bij een bilateraal alarm.
- 6.4. In een telefonisch contact tussen audioloog en ouders kan de eerste dan inschatten
 - 6.4.1. hoe zeer de ouders verontrust zijn en
 - 6.4.2. wat enig uitstel van het diagnostisch onderzoek voor hen betekent.
- 6.5. Indien uitstel voor de ouders acceptabel is, dan mag dit desnoods tot de leeftijd van 9 maanden worden uitgesteld.

bron http://www.stadskrant-rotterdam.nl/?read=7085&edition=71&tmpl=tmpl_stk_print_cs.html
Stadskrant Rotterdam

Gehoorscreening baby's werkt goed

De consultatiebureaus voor Ouder- en Kindzorg (OKZR) hadden anderhalf jaar geleden de primeur om als eerste in Nederland te starten met de neonatale gehoorscreening. Hierbij krijgen pasgeboren baby's van ongeveer 10 dagen oud een gehoortest. Voorheen vond een eerste gehoorscreening plaats bij kinderen van negen maanden. Nu, na anderhalf jaar evalueert OKZR de neonatale gehoorscreening. Is deze nieuwe methode effectiever? Worden de vervolgstappen gewaarborgd? En niet het minst belangrijk; zijn de ouders tevreden met de nieuwe gehoorscreening?



Alle ouders van pasgeborenen in Rotterdam krijgen via het secretariaat van OKZR een uitnodiging met informatie over de screening. De pasgeboren baby krijgt een zacht dopje in het oor dat klikgeluidjes maakt en metingen in het oor verricht. De test wijst uit of kinderen in staat zijn zachte geluiden te horen, omdat zij anders niet goed leren praten. Het is belangrijk dat de test zo vroeg mogelijk gebeurt. De resultaten van de behandeling van een gehoorstoornis blijken namelijk beter te zijn als de stoornis binnen enkele maanden na de geboorte is vastgesteld. De behandeling moet dan bij voorkeur vóór de leeftijd van 6 maanden beginnen.

Tweede en derde test

Gerda Kemp, verpleegkundige bij OKZR en uitvoerder van de test: 'Als een kind onvoldoende scoort, vragen we de ouders om nog een keer terug te komen voor een tweede test. Als deze test ook onvoldoende uitwijst, nemen we een uitgebreide test af. Dat vindt plaats op het kantoor op de Coolsingel. Is deze test ook onvoldoende, dan verwijzen we de ouders met het kind door naar een audioloog van het Sophia kindziekenhuis. Daar krijgt het kind nogmaals een test en wordt er een afspraak

gemaakt met een KNO-arts. De KNO-arts of het Audiologisch centrum test dan onder meer de beweeglijkheid van het trommelvlies.'

'We merken dat we met de komst van de nieuwe screening, minder vaak hoeven door te verwijzen, vult collega Yvonne Vermeulen aan. Dat komt omdat tijdelijk verstorende factoren, zoals bijvoorbeeld een verkoudheid, op deze leeftijd veel minder voorkomen. Een ander voordeel bij deze screening is dat we rechtstreeks kunnen doorverwijzen, zonder tussenkomst van de huisarts. Bij de 'CAPAS'-test, de test bij negen maanden, was dat wel het geval.'

Samenwerking

Tussen OKZR en het Erasmus Medisch Centrum, afdeling Sophia en de Koninklijke Aurisgroep (Audiologisch centrum) bestaat een goede samenwerking. We kunnen nu vroeger ingrijpen en daardoor lopen deze kinderen geen taal- en/of spraakachterstanden op. 'En dat is natuurlijk heel waardevol', aldus Yvonne. Yvonne is één van de casemanagers die door OKZR is ingezet voor de screening. Zij volgen de kinderen, óók nadat de kinderen zijn doorverwezen. Een keer per zes weken is er een kindbespreking. Hierin nemen de casemanagers, de audioloog van het Sophia en de Koninklijke Aurisgroep deel. Yvonne: 'We bespreken dan de status van de kinderen die in behandeling zijn. Zo komt het voor dat kinderen aan één oor doof blijken te zijn of dat kinderen helemaal geen gehoorgang hebben. Soms kunnen ze de gehoorgang alsnog open maken en daarmee het gehoor corrigeren. Helaas lukt dat niet bij ieder kind. Voor ouders komt zo'n mededeling dan hard aan. Per jaar zijn er gemiddeld 6-8 kinderen die doof of zeer slechthorend zijn. Dan is het goed om dat zo vroeg mogelijk te weten. En dat kan dus met deze nieuwe vorm van testen! We kunnen op vroege leeftijd ingrijpen en begeleiden, bij zowel de ouders als het kind. Natuurlijk zijn dat de minder leuke dingen van het vak, maar het hoort erbij,' beaamt Yvonne.

Gerda: 'We merken dat de ouders het prettig vinden dat, als er sprake is van slechthorendheid of doofheid, ze dat zo vroeg mogelijk weten. Ze willen uiteraard het beste voor hun kind, maar het verstoort het prille babygeluk. Dat is heel begrijpelijk. In het begin merkten we dat de gehoorscreening nog weinig bekendheid had. Als ouders dan al binnen een paar dagen werden opgeroepen voor de test, dachten ze vaak dat het een foutje was. Het heeft nu meer bekendheid, en daarmee is ook de opkomst een stuk verbeterd!'

Onderzoeksprotocol gehoorscreening Maartenswoude

Inleiding:

Dit onderzoeksprotocol betreffende gehoorscreening is in principe bestemd voor alle cliënten van Maartenswoude. Het betreft hier "inhaaldiagnostiek" bij mensen die nog nooit eerder, langer dan 10 jaar geleden of onvolledig gescreend zijn. Er zal nog een aanvullend protocol ontwikkeld moeten worden voor de herhalingsonderzoeken. Dit protocol is gebaseerd op de "Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij verstandelijk gehandicapten" van de NVAZ (Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zorg voor verstandelijke gehandicapten) uit 1995 (zie bijlage). Het is doorgesproken met de artsen in Maartenswoude Drachten, met dhr. P. Kraft, audioloog van het Audiologisch Centrum Leeuwarden en met dhr. M. Fabius, K.N.O. arts in het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten. Hun opmerkingen zijn vervolgens in het protocol verwerkt.

Het protocol

De cliëntenpopulatie wordt in twee groepen onderverdeeld:

1. Mensen die middels (spel)audiometrie of een gestandaardiseerde fluistertest gescreend kunnen worden. Over het algemeen zijn dit de **licht tot matig verstandelijk gehandicapten**
2. Mensen waarbij audiometrie of afname van een fluistertest niet mogelijk is, maar waarbij middels OAE en tympanometrie het gehoor gescreend kan worden. Het betreft hier de groep **(zeer) ernstig verstandelijk gehandicapten**.

Bij beide groepen zal vooraf gaand aan het onderzoek controle op cerumen plaatsvinden.

Dit gebeurt door de doktersassistentes.

Ad.1. LICHT TOT MATIG VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Is er sprake van een:

- **Goed gehoor**, dan volgt herhaling van het onderzoek na het vijftigste levensjaar.
- **Afwijkend gehoor** (gehoor aan beide oren afwijkend), dan volgt tympanometrie.

- Is het tympanogram **goed**, dan volgt een verwijzing naar het ACF.
- Is het tympanogram **afwijkend**, dan wordt dit na ongeveer 6 weken herhaald. Indien het dan nog steeds afwijkend is, volgt een onderzoek door de huisarts. Deze inspecteert o.a. het trommelvlies. Als er geen duidelijke afwijkingen zijn die behandelbaar zijn of een verwijzing naar de KNO-arts rechtvaardigen, wordt er een sinusfoto aangevraagd.
- Is de sinusfoto **niet afwijkend**, dan volgt een verwijzing naar de KNO-arts
- Is de sinusfoto **duidelijk afwijkend**, dan volgt een behandeling met antibiotica en een neusspray (een combinatie van een week xylometazoline en een corticosteroïdspray voor langer gebruik). Na 6 weken wordt er een controlefoto gemaakt. Is deze goed, dan volgt er opnieuw een gehooronderzoek. Is deze afwijkend, dan volgt verwijzing naar de KNO-arts.
- Is de sinusfoto twijfelachtig, dan wordt de KNO-arts telefonisch verzocht de foto te beoordelen
- **Afwijkend gehoor aan één oor**, (voor zover te beoordelen) dan volgt tympanometrie aan het afwijkende oor.
- Is het tympanogram **goed**, dan volgt geen nader onderzoek (met één goed oor kan in principe voldoende gehoord worden). In principe volgt controle na 5 jaar.
- Is het tympanogram **afwijkend met een groot volume**, dan volgt onderzoek door de huisarts en overleg met of verwijzing naar de KNO-arts.
- Is het tympanogram **afwijkend met een normaal volume**, dan volgt controle na 6 weken en eventueel verdere beoordeling door de huisarts

Ad.2. (ZEER) ERNSTIG VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

Is er sprake van een:

- **Goed gehoor**, (OAE niet afwijkend), dan volgt herhaling van het onderzoek na het vijftigste levensjaar.
- **Afwijkend gehoor**, (OAE aan beide oren afwijkend) dan volgt tympanometrie.
- Is het tympanogram **goed**, dan kunnen er middels een observatie meer gegevens worden verzameld over het gehoor. Vervolgens moet er per cliënt individueel bekeken worden of verwijzing naar het ACF of het verrichten van een BERA onder narcose zinvol is. Bij deze beslissing moet onder andere worden meegewogen of het aanmeten van een hoortoestel op proef een optie is, en of het weten of de cliënt

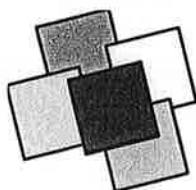
geluiden kan onderscheiden of niet grote gevolgen zal hebben voor de wijze van communiceren. Vervolgens moeten de voor- en nadelen van verder onderzoek zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen in nauw overleg tussen de logopedist, de zorgcoördinator, de arts en de familie.

- Is het tympanogram **afwijkend**, dan volgt de procedure zoals omschreven onder 1.
- **Afwijkende OAE aan één oor**, dan volgt een tympanogram van het afwijkende oor. De verdere procedure verloopt dan zoals onder 1 omschreven.

Drachten, 1-10-2001

Bouke de Jager, logopedist
Karin Woldringh, logopedist
Alexandra Berculo, arts

Pentoscript



Een samenvoeging van doelstellingen, voorgenomen beleid en wensen van het Audiologisch Samenwerkingsverband Pento, te weten de vier samenwerkende Audiologische Centra Amersfoort, Zwolle, Twente en Friesland en de Stichting Gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland.

versie 1.02
3 december 2003
www.pento.nl

Pento beleidsnotitie

Doel

De vier samenwerkende Audiologische Centra van Amersfoort, Zwolle, Friesland en Hengelo en de Stichting gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland hebben zich tot doel gesteld een gezamenlijk audiologisch zorgsysteem in te richten. Het samenwerkingsverband draagt de naam Pento, waarin zij de gelijkwaardigheid van de vijf deelnemende stichtingen tot uitdrukking wil brengen.

Aanleiding

De Stichting Gezinsbegeleiding Midden/Oost Nederland (hierna te noemen SGB) wordt in haar verbrede en door de AWBZ gefinancierde zorgpakket gehinderd door de diversiteit in werkwijze van de participerende Audiologische Centra (AC's). De AC's spreken de wens uit hun audiologische zorg te integreren via de SGB en zijn gemotiveerd voor harmonisatie en verdere samenwerking.

Meer expliciet: de aanleiding tot de samenwerking is de wens tot een geïntegreerde aanpak van diagnostiek, behandeling en begeleiding.

Allereerst wordt gedacht aan een start waarbij Pento (nog) geen juridische status heeft. Op basis van inspanningsverplichting en afspraken zullen een aantal activiteiten worden gebundeld om ervaring op te doen.

Uit eind 2003 zal informatie worden ingewonnen over een eventuele juridische structuur op termijn: wordt het een "SGB+" of een nieuwe stichting? Wordt het een holding, een vereniging? Op dit moment bestaat er geen intentie tot fusie.

Inhoudelijk

o zorg

Er zal een gezamenlijke benadering zijn van door de AWBZ gefinancierde zorg. SGB is verantwoordelijk voor de hier geleverde zorg. Het plan is dat zij daarvoor een beroep kan doen op medewerkers van de participerende audiologische centra. De centra op hun beurt worden vergoed voor het inzetten van personeel en overheadkosten volgens een afgesproken format. Dit *format* voor verrekening moet nader uitgewerkt worden. Tevens is een AC de aanbesteder van de zorg voor een cliënt. SGB is vervolgens uitvoerder en is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de inhoud van de geleverde zorg.

De doelgroep bestaat uit slechthorende en dove kinderen, kinderen met een achterstand of stoornis in de taal- en spraakontwikkeling en hun sociale omgeving. Dit zou later uitgebreid kunnen worden met bijvoorbeeld Hanencursussen en met volwassenen-revalidatie zoals spraakafzien cursussen, lotgenotengroepen, en wat

dies meer zij. Ofwel: zorg die voor individuele centra moeilijk in de lucht te houden is en in groter verband een betere continuïteit heeft.

NB: De Hanencursus geeft ouders van kinderen met spraak/taal-moeilijkheden handvatten bij de (logopedische) begeleiding van hun kind

- o Productontwikkeling en scholing
Gedacht wordt aan een gezamenlijke productontwikkeling en scholing. Dit punt zal nader worden uitgewerkt.
- o Overhead
 - Onderzoek zal gedaan worden naar een gezamenlijke aanpak van PR zoals activiteiten in de richting van (en communicatie met) verwijzers, cliënten en audiciens (convenanten).
 - Onderzoek zal gedaan worden naar gezamenlijke informatievoorziening zoals een intranet.
 - Afstemming zal plaats gaan vinden van financieel beleid. Daarbij moet gedacht worden aan begrotingen, jaarrekeningen, honoreringen, inschaling van medewerkers, dienstverleningen aan SH-scholen etcetera
 - Er zal gestreefd worden naar een gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid en een gemeenschappelijke ICT-aanpak.
 - Onderzoek moet plaatsvinden naar harmonisatie van het personeelsbeleid, zoals FWG-kwesties, CAO-uitvoering, uitwisselingsmogelijkheden van personeel. Per punt zal worden gezien wat de prioriteit is, wat de winst kan zijn en hoe een gezamenlijkheid kan worden bereikt.

N.B. Het is wellicht zinvol om per item een aandachtsfunctionaris binnen de directies te kiezen.

Resumé

- o SGB MON ontwikkelt zorgplannen en -producten in afstemming met behoeften uit de AC's.
- o De directies van de 5 instellingen zullen zorgdragen voor het langzaam in elkaar schuiven van overhead
- o Er zal sprake zijn van informatie uitwisseling ten aanzien van personele zaken als krapte, voorwaarden en waarderingen, systemen voor declaraties en vergoedingen. Gestreefd zal worden naar harmonisatie van procedures in personeelsbeleid waardoor uniformiteit zal ontstaan in uitvoering van regelingen, administratieve procedures etc.

- o Gestreefd wordt naar directionele harmonisatie. Beleidsvoornemens zullen op elkaar afgestemd worden, maar ook PR, het benaderen van verwijzers, informatiestromen, intranet en automatisering. Onderzocht zal worden in hoeverre er kan sprake kan zijn van specialisatie binnen directieleden op organisatorisch, financieel en/of ICT gebied.
- o Gestreefd wordt naar het opzetten van een gemeenschappelijk financieel beleid en een gezamenlijk optreden naar zorgverzekeraars en derden. Bovendien zal duidelijke worden gepoogd subsidieafhandeling te stroomlijnen en bureaucratie te verminderen.
- o Uiterlijk eind 2003 zal publiekelijk uiting gegeven worden aan het bestaan van dit samenwerkingsverband

Zwolle, 2 september 2003

Opzet voor de statuten van een op te richten Vereniging PENTO

De vier samenwerkende Audiologisch Centra en de Stichting Gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland ('de deelnemende instellingen') richten met elkaar de Vereniging PENTO op.

Deze Vereniging heeft ten doel:

- Het bieden van een breed zorgpakket (diagnostiek, advisering en begeleiding) voor mensen met een communicatiebeperking vanwege een gehoorverlies en/of een achterstand of stoornis in de taal- en spraakontwikkeling.
- de samenwerking te bevorderen tussen de centra, uniformering van de zorg, harmonisatie van het personeelsbeleid, de beeldvorming en vertegenwoordiging tegenover derden.
De samenwerking schept de voorwaarden voor een eventuele verdere integratie dan wel samenwerking met een meer verplichtend karakter in de toekomst.

N.B. De zorg wordt geleverd door of namens de deelnemende instellingen en heeft een audiologische signatuur, d.w.z. is gestoeld op de doelstellingen waarop de audiologische centra en gezinsbegeleiding zijn opgericht.

Het doel is tweeledig: inhoudelijk en beheerstechnisch.

De Vereniging tracht deze doelen te bereiken door (niet in een specifieke volgorde):

inhoudelijk

- o het onderzoeken en benutten van nieuwe mogelijkheden binnen de huidige financieringsstructuren (waaronder begrepen de AWBZ) en het ontwikkelen van nieuwe zorgproducten
- o het organiseren van gezamenlijke bij- en nascholing van de medewerkers van de deelnemende instellingen.
- o het bevorderen van uniformering in werkwijze van aan de deelnemende instellingen verbonden teams en individuele professionals
- o het stroomlijnen/integreren van bestaande zorg

beheer

- o het bevorderen van afstemming en integratie van de administratieve werkwijze en (informatie-) systemen (automatisering) van de deelnemende instellingen
- o het bevorderen van een gecentraliseerde en geüniformeerde werkwijze bij uitvoering van arbeidsrechtelijke zaken (CAO, inschaling)
- o het vertegenwoordigen van de deelnemende instellingen tegenover overheid, zorgverzekeraars en andere externe instanties op een aantal vooraf bepaalde onderwerpen (limitatieve opsomming)
- o een structuur te bieden waarin medewerkers en diensten kunnen worden ondergebracht die ten dienst staan van de deelnemende instellingen
- o een structuur te bieden waarin financiële verrekening kan plaatsvinden van door de deelnemende instellingen onderling verrichte diensten
- o het centraal vergaren en bewaken van managementinformatie van de deelnemende instellingen
- o het bevorderen van uitwisselbaarheid van personeel
- o het integreren van de kwaliteitssystemen tot een PENTO-kwaliteitssysteem en de verdere ontwikkeling hiervan
- o het bevorderen van toepassing van wachtlijstarbitrage
- o het voeren van een centraal inkoopbeleid van apparatuur en testmateriaal

Achtergrondinformatie AWBZ

Informatie AWBZ ten aanzien van Pento-activiteiten

De zorg die de Stichting Gezinsbegeleiding Midden-Oost Nederland (SGB) als zorginstelling verleent, valt sinds 1-1-2002 onder de zorgaanspraken AWBZ.

Per 1-1-2002 is de gehandicaptenzorg ook onder de indicatiestelling gebracht.

Modernisering AWBZ

Per 1-4-2003 is de AWBZ gemoderniseerd. Vanaf die datum zijn de aanspraken geformuleerd in zeven functies:

1. huishoudelijke verzorging
2. persoonlijke verzorging
3. verpleging
4. ondersteunende begeleiding
5. activerende begeleiding
6. behandeling
7. verblijf

Doel van de modernisering is: de zorg afstemmen op de wensen van de cliënt waarbij de cliënt keuzemogelijkheden heeft tussen zelf regelen van zijn zorg vanuit een *persoonsgebonden budget* (PGB) en *zorg in natura* (ZIN). Binnen zorg in natura heeft de cliënt de keuze tussen verschillende zorgaanbieders met een diversiteit in zorgproducten.

Indicatiestelling

Voor het verkrijgen van AWBZ zorg is een functiegerichte indicatiestelling nodig door een indicatieorgaan: nu nog het LCIG in de toekomst het RIO.

Het indicatieorgaan stelt vast of een cliënt naar aard, inhoud en omvang de gevraagde zorg nodig heeft, inventariseert de **zorgvraag** en stelt de functies vast waarvoor de cliënt in aanmerking komt.

Na het **indicatiebesluit** (waarin functie en klasse genoemd wordt) kan een cliënt naar een zorgaanbieder gaan en kan zorg gestart worden.

Zorgkantoor

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de toewijzing van de zorg. De SGB heeft met het zorgkantoor Zwolle een contract afgesloten welke zorg zij levert (doelgroep, producten, omvang). Het zorgkantoor ontvangt een afschrift van het indicatiebesluit en doet een verzoek bij de SGB als zorginstelling de zorg te leveren. Na een afgesproken termijn is de SGB verplicht het zorgkantoor te rapporteren.

Opmerkingen:

- Als er een voorliggende voorziening is (bijvoorbeeld vanuit de ziekenfonds wet, eerstelijnszorg etc.) kan er geen gebruik gemaakt worden van de AWBZ
- Bij het aanvragen van de zorg door een zorgaanbieder moet de zorgvraag onderbouwd worden met een transparant zorgplan waarin het RIO stap voor stap kan zien wat er gedaan wordt.

De zorg voor auditief-communicatief gehandicapten valt onder de functies:

4. ondersteunende begeleiding

5. activerende begeleiding
6. behandeling waarbij de SGB de functies 5 en 6 levert.

Ad 5. Activerende begeleiding omvat:

1. activiteiten gericht op ontwikkelen of behouden van vaardigheden
2. activiteiten gericht op het leren omgaan met de gevolgen van de handicap
3. training oefening met concrete doelen
4. begeleiding die zowel individueel als in groepsverband gegeven kan worden
5. een continue, systematische en multidisciplinaire aanpak.

Ad 6. Behandeling omvat:

1. de behandeling is van medisch/specialistische gedragswetenschappelijke aard
2. de behandeling moet direct gericht zijn op de handicap dat wil zeggen gericht op herstel of vermindering van progressie
3. bij de behandeling is de diagnose nog niet gesteld; onderzoek, observatie en advies maken deel uit van de behandeling
4. behandeling is gericht op voorkomen van de gevolgen van de handicap (ontstaan van nieuwe stoornissen)
5. de behandeling is specifiek, complex van aard waarbij een multidisciplinaire aanpak en afstemming nodig is
6. de behandeling wordt niet geleverd door ziekenhuis, paramedische praktijk etc.

Planning oprichting vereniging Pento

Datum toelichting	actie
5 jun 03	vaststellen doelstellingen
juli-aug	advies inwinnen BAMZ, notaris opstellen concept-statuten
2 sep	bespreken advies BAMZ en notaris bespreken concept-statuten vaststellen naam bespreking inventarisatie SGB-activiteiten
Sep	informereren eigen besturen
Okt	PR
Okt-dec	formereren bestuur uitwerken statuten
1e kwartaal 2004	oprichting (uiterlijk 2-3-04)
2004	aanstellen P&O-medewerker

Begrippen

bijlage E

Aurisgroep (Koninklijke)

De Koninklijke Auris Groep biedt onderwijs, begeleiding en (audiologische) zorg aan kinderen, jongeren en volwassenen met auditieve en/of communicatieve problemen. De organisatie omvat centra voor onderzoek en advies, scholen voor speciaal onderwijs, audiologische centra en specifieke dienstverlening: ambulante onderwijsbegeleiding, gezinsbegeleiding en arbeidstoeleiding. Het werkgebied omvat Zuid-West en Midden-Nederland. De Koninklijke Auris Groep is ontstaan uit een samenwerkingsverband van ACC Midden-Nederland (Utrecht), de Kring (Goes) en de Koninklijke Ammanstichting (Rotterdam). De centrale doelstelling is het ontwikkelen van kwalitatief hoogwaardige zorg, onderwijs en dienstverlening voor mensen van 0 tot 100 jaar met auditieve en/of communicatieve beperkingen in Midden en Zuid-West Nederland. De Koninklijke Auris Groep vormt met Het Rotsoord (Utrecht) een Regionaal Expertise Centrum voor Midden en Zuidwest Nederland (REC MZw) en heeft de organisatie daarop aangepast. Informatie over het REC MZw vindt u op de website www.recmzw.nl bron. <http://www.auris.nl>

BERA

Brainstem Evoked Respons Audiometry

capas

Compacte Amsterdamse Peado-Audiologische Screener
Dit gehooronderzoek gebeurt meestal als een kind negen maanden oud is. Gehoorscreening bij negen maanden met Capas of Ewing De gehoorscreening op het consultatiebureau op de leeftijd van negen maanden heeft de gemiddelde leeftijd waarop perceptief dove kinderen worden aangemeld voor diagnostiek vervroegd naar een leeftijd van ongeveer 12 maanden. Voor de negen maanden gehoorscreening bestaan twee methoden: de Ewing methode waarbij de geluiden in het echt gemaakt worden

en de gestandaardiseerde Capas methode waarbij de geluiden uit geluidsboxjes komen. De Capas methode is binnen de NSDSK ontwikkeld. Ook de administratie van de screening verloopt bij de Capas geautomatiseerd. De beide methoden hebben een groot nadeel: veel kinderen werden doorgestuurd naar een audiologisch centrum die uiteindelijk alleen een geleidingsverlies (door snot in het oor) bleken te hebben. De negenmaands-screening verdwijnt en wordt vervangen door de neonatale gehoorscreening.

DBC (Diagnose Behandel Combinatie) Per 1 januari 2003 vindt een grote verandering in de Nederlandse ziekenhuizen plaats. De overheid en brancheorganisaties (de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland) hebben namelijk een bestuurlijk akkoord gesloten om per 1 januari 2003 een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem in te voeren voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Dit systeem is gebaseerd op de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Het DBC-systeem vervangt het huidige stelsel van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsum-financiering van medisch specialisten. De brancheorganisaties en het ministerie van VWS zien de invoering van de DBC-systematiek als een belangrijk instrument in de overgang naar een meer vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg. Daarbij zijn de zorgverzekeraars voor hun verzekerden aanspreekbaar voor het contracteren van voldoende goede zorg. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten over volume, prijs en kwaliteit, worden gefaciliteerd door een stelsel van producten die medisch herkenbaar en kostenhomogeen zijn. Het nieuwe DBC-systeem, dat de zorgvraag van de patiënt centraal stelt, vormt hiertoe het vehikel. De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de

zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert. In deze definitie worden met 'activiteiten' zowel medische als medisch ondersteunende verrichtingen, zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen en aantal dagen dagverpleging bedoeld. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). In principe is elk soort diagnose die in een ziekenhuis wordt gesteld, te vertalen naar een DBC. DBC's hebben betrekking op zowel klinische als poliklinische zorg-activiteiten. Een DBC typeert de zorgvraag van een patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag doorloopt. Van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste controle. Om de prijs van een DBC te bepalen, wordt aan de activiteiten of verrichtingen in het zorgproces zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis, als de werklast van de medisch specialist (honorarium) gekoppeld. In totaliteit bepalen deze activiteiten en verrichtingen en de daarvoor geldende kosten, de totale kosten van een DBC. bron

<http://www.dbc2003.nl/new2/getpage.php?page=10>

Effatha Guyot groep

bron advertentietekst april 2003:

<http://www.nationalevacaturebank.nl/partner/dz1/34260.html?functiegroep=57>

De Effatha Guyot Groep is een organisatie voor onderwijs, zorg en dienstverlening aan doven, slechthorenden en communicatief beperkten. De organisatie bestaat uit een groot aantal scholen en afdelingen en telt bijna 1500 medewerkers verspreid over meer dan 25 locaties. De omzet bedraagt ruim € 60 miljoen per jaar. De groep is financieel gezond en beschikt over een aanzienlijk vermogen. Het hoofdkantoor bevindt zich in Zwolle. De operationele organisaties Effatha en Guyot zijn na een bestuurlijke fusie, die in het voorjaar van 2001 zijn vorm heeft gekregen, nu in een fase van opbouw van het

concern Effatha-Guyot, een groep die hoogwaardig onderwijs en zorg levert aan de doelgroep. Binnen die doelgroep vallen alle personen, die doof, auditief of communicatief beperkt zijn. Vanuit verschillende locaties in Nederland, met name in de regio Haren, Amsterdam en Zoetermeer biedt Effatha Guyot ondersteuning aan ouders, kinderen en jongeren. Deze variëren van ambulante behandeling tot residentiële zorg. Tevens wordt er vanuit verschillende locaties in Nederland onderwijs geboden aan doven, slechthorenden en communicatief beperkten. Behalve dat het hier om cliënten gaat, die vanuit de Effatha Guyot Groep enige vorm van onderwijs, behandeling of begeleiding krijgen, omvat de doelgroep steeds meer cliënten van externe instellingen. Daarnaast heeft de Effatha Guyot Groep een rijke traditie in het (laten) verrichten van wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van haar doelgroep. Een samenwerking op diverse beleidsgebieden met Viataal in Sint Michielsgestel maakt onderdeel uit van de externe beleidsagenda.

Fenac

Federatie van Nederlandse Audiologische Centra

Neonatale Gehoorscreening

In 1965 is de afdeling Vroegtijdige Onderkenning Gehoorstoornissen (VOG) opgericht. Deze afdeling houdt zich bezig met de gehoorscreening op jonge leeftijd. In de jaren vijftig bleek al snel dat kinderen op een relatief late leeftijd werden aangemeld bij de AC's. De kinderen waren gemiddeld vijf jaar oud. De ontwikkeling van deze kinderen was dan al ingrijpend beïnvloed door de auditieve problematiek, dit gold met name voor de taalontwikkeling en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Met vroege onderkenning en diagnostiek kan adequate hulpverlening worden geboden die ten goede komt aan het kind. Een gehoorscreening op jonge leeftijd is hierbij noodzakelijk.

Inmiddels heeft de voortschrijdende techniek het mogelijk gemaakt het gehoor al enkele dagen na de geboorte te testen. Dit gebeurt met het aanbieden van zogenaamde oto-akoestische emissies door middel van een

oordopje. Landelijk is deze neonatale gehoorscreening inmiddels een feit. Bij de NSDSK is reeds enige jaren onderzoek gaande naar de bruikbaarheid en haalbaarheid van deze screeningsmethode. Binnen de afdeling stuurt men aan op een landelijke dekking van de screening. De mogelijkheid om het proces te kunnen monitoren zorgt voor goede kwaliteit en adequate doorstroom naar audiologische centra. Vanuit de afdeling wordt deelgenomen aan de landelijke implementatie aangaande neonatale gehoorscreening. Tevens worden trainingen verzorgd om deze gehoorscreening uit te voeren. bron: <http://www.nsdsk.nl/vog.html>

Neonatale Gehoorscreening Implementatie

Het project 'Implementatie neonatale gehoorscreening' werd uitgevoerd samen met TNO-PG (Preventie en Gezondheid) en de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling van de NSDSK. Doel van dit project was na te gaan onder welke condities neonatale gehoorscreening het meest effectief en het meest efficiënt kan worden ingevoerd. Ruim 3200 kinderen werden geïnccludeerd in deze studie. De screening werd uitgevoerd in drie verschillende settings: bij 800 kinderen werd de neonatale gehoorscreening in combinatie met de PKU/CHT screening thuis uitgevoerd op dag 4-7, bij 800 kinderen werd de neonatale screening uitgevoerd in combinatie met het eerste huisbezoek in week 2-4 na de geboorte en bij 1600 kinderen op aparte zittingen op het consultatiebureau in week 2-4 na de geboorte. Voor de screening werd de oto-akoestische Emissies (OAE) methode gebruikt in een drietrapscreening, waarbij bilateraal gescreend werd. De resultaten van de screening in termen van refers per screeningsronde, overall refer, fout positieve resultaten en aard en ernst van de gehoorproblemen bij gesignaleerde kinderen zijn onderzocht, alsmede de meningen van de ouders en de ervaringen met de screening. Uit het onderzoek kwam naar voren dat screening in combinatie met de PKU/CHT screening de beste resultaten oplevert. Het

referpercentage na drie screeningsrondes bedroeg hier 2.2%. Bovendien bleken de ouders zeer positief te reageren op de neonatale gehoorscreening. De verwachting is dat een screeningsproces met tweemaal OAE en eenmaal AABR mogelijk de gewenste reductie oplevert in het gevonden refer percentage. In 2002 is gestart met de landelijke implementatie van de neonatale gehoorscreening. De totale implementatie moet in vier jaar zijn afgerond. Na implementatie in een regio, zal de screening op negen maanden worden stopgezet. Wel zal er een overgangsjaar zijn, waarin zowel de neonatale gehoorscreening als de Ewing- of Capas-screening moet worden ondersteund. bron
<http://www.nsdsk.nl/gehoortest%20bij%20pasgeboren%20baby's.html>

NOAH

Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen Het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH) is een overlegorgaan van vertegenwoordigers van de NVVS, FOSS, FENAC, KNO-vereniging, NVAB, GAIN en Nationale Hoorstichting. NOAH heeft zich bezonnen op de toekomst van de gehoorrevalidatie in Nederland. Een pro-actief beleid met waarborgen voor vraaggestuurde en een goed bereikbare audiologische en otologische zorg voor ieder die dat nodig heeft, is het resultaat. Nederland telt inmiddels circa 1,5 miljoen slechthorenden. Het aantal gerevalideerde slechthorenden houdt geen gelijke tred met het totaal aantal slechthorenden en is nog steeds uitermate laag. Nederland telt 450.000 hoortoestel dragers. Dat betekent dat slechts 1 op 3 slechthorenden is gerevalideerd. De verwachting bestaat -RIVM, 2000- dat binnen enkele jaren een forse inhaalslag gemaakt zal worden op het gebied van gehoorrevalidatie. De druk op KNO-praktijken en Audiologische Centra zal daardoor aanzienlijk toenemen. De druk vanuit de overheid, de politiek en zorgverzekeraars om budgettair paal en perk te stellen aan de te verwachten kostenstijgingen zal naar verwachting tevens aanzienlijk

	toenemen.
NSDSK	Nederlandse stichting voor het Dove en Slechthorende Kind
NVAB	Nederlandse vereniging van audiciensbedrijven
NVVS	Nederlandse vereniging van slechthorenden
NVZ	Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen
OAE's	Oto akoestische emissies Onder oto-akoestische emissie wordt verstaan geluid dat door het oor zelf geproduceerd wordt (onder andere) onder invloed van geluiden die van buiten komen. De afgelopen jaren wordt het meten van die emissies gebruikt om slechthorendheid op te sporen. Het binnenoor (slakkenhuis of cochlea) blijkt bij stimulatie van buiten zelf tonen te produceren, die maatgevend zijn voor het functioneren van het binnenoor. Als met name de buitenste haarcellen in het slakkenhuis (die het geluid doorgeven aan de gehoorzenuw) beschadigd zijn, is die emissie duidelijk minder. Oto-akoestische emissies zijn het gevolg van het feit dat de versterking van geluiden in het binnenoor niet gelijkmatig (lineair) verloopt, maar afhankelijk is van het niveau en de toonhoogte van die geluiden. Geluid wordt dus door het binnenoor min of meer vervormd doorgegeven aan de gehoorzenuw en juist die vervorming wordt gebruikt bij deze nieuwe vorm van gehoormeting. Men spreekt in deze gevallen dan ook van "Distortion product Oto-akoestische Emissie", of de Engelse afkorting ervan DPOAE.
Sensitiviteit	In statistische zin is de kans dat een test positief is als de conditie waarop getest wordt aanwezig is. D.w.z. als het kind slechthorend is, de test dan ook inderdaad alarm slaat.
Specificiteit	In statistische zin is de kans dat een test inderdaad een negatieve uitslag geeft als de conditie waarop wordt getest afwezig is. D.w.z. als het kind niet slechthorend is de test inderdaad geen alarm geeft Vals-positief is het verschijnsel dat een test wel eens een positief resultaat geeft terwijl de conditie waarnaar gezocht wordt in werkelijkheid niet aanwezig is. Vals-negatief is het verschijnsel dat een test wel eens negatief uitvalt terwijl

	de ziekte wel degelijk aanwezig is
Talant	Talant is per 1 januari 2002 ontstaan uit een fusie tussen drie aanbieders in de Friese gehandicaptenzorg: Maartenswoude, D.A.G. Friesland en Heechhout Kaai. Talant is beschikbaar voor 3600 mensen met een verstandelijke handicap in Friesland en heeft 3800 medewerkers. Talant biedt logeermogelijkheden en meerdere vormen van thuisondersteuning aan kinderen, volwassenen en diens ouders en verwanten. Ook kent de organisatie diverse vormen van (poliklinische) behandeling en observatie.
Vals-negatief	is het verschijnsel dat een test wel eens negatief uitvalt terwijl de ziekte wel degelijk aanwezig is
Vals-positief	is het verschijnsel dat een test wel eens een positief resultaat geeft terwijl de conditie waarnaar gezocht wordt in werkelijkheid niet aanwezig is.
Viataal	Viataal is ontstaan uit een fusie tussen het Instituut voor Doven (Sint-Michielsgestel) en de Mgr. Terwindtstichting. Viataal is een nationaal en internationaal centrum voor voorlichting, consultatie, diagnostiek, onderwijs, behandeling en begeleiding aan communicatief beperkte mensen. Deze communicatief beperkte mensen zijn: kinderen, jeugdigen en volwassenen die doof, slechthorend, doofblind of auditief/verstandelijk beperkt zijn; mensen met ernstige spraak-/taalmoeilijkheden en meervoudig beperkte mensen met bijvoorbeeld gedragsproblemen. Viataal is georganiseerd volgens het divisiemodel en heeft 1650 cliënten en circa 1450 medewerkers. Het totale budget voor onderwijs en zorg bedraagt circa 60 miljoen euro. Viataal heeft Diagnostische centra in Sint-Michielsgestel en Nijmegen. Deze centra onderzoeken de mogelijkheden en ontwikkelingen die te maken hebben met het communicatieve vermogen van de cliënt. Omdat zoveel verschillende factoren van invloed (kunnen) zijn, is daarbij sprake van een multidisciplinaire aanpak. Zo blijkt bijvoorbeeld de diagnostiek, waarbij zowel het gehoor als de visus wordt onderzocht, van groot belang. Binnen de

Diagnostische Centra en de zorgcentra, verspreid over het land wordt vroegbehandeling gegeven aan zeer jonge kinderen en begeleiding aan hun ouders. Doel hiervan is de communicatie zo vroeg mogelijk op gang te brengen. Zorg en Onderwijs De begeleiding op het gebied van zorg en onderwijs kan intern plaatsvinden, maar ook extern. Medewerkers bieden extramurale en ambulante ondersteuning waar dat mogelijk en gewenst is. Dat wil zeggen dat ze cliënten thuis, in Viataal-centra voor niet-residentiële zorg, in een andere instelling of op een andere school begeleiden. Viataal heeft scholen voor Speciaal Onderwijs en Voortgezet (Speciaal) Onderwijs in Sint-Michielsgestel/Vught en in Nijmegen/Groesbeek. Een aantal leerlingen van de scholen woont tijdens de schoolweek full- of parttime in een leefgroep, de meeste gaan na schooltijd naar huis. Wonen en werken Cliënten die full- of parttime binnen de instelling verblijven, hebben de keuze uit een palet aan woonvormen. Afhankelijk van hun leeftijd en mogelijkheden wordt gezocht naar een passende en gewenste woonvorm met veel of weinig begeleiding. Er zijn leefgroepen voor kinderen, fasehuizen voor jongeren en sociowoningen voor volwassenen. Individuele woonvormen zijn de woonondersteuning Martha (met veel begeleiding) en de Begeleid Zelfstandig Wonen-huizen (met erg weinig ondersteuning). Ook zijn er woonvormen voor bewoners die zeer intensieve begeleiding nodig hebben. Alle volwassen bewoners wordt passende en plezierige dagbesteding of werk geboden; extern en waar noodzakelijk in eigen beheer. De Dienst Geestelijke Zorg van Viataal houdt zich bezig met het geestelijk welzijn van bewoners, ouders en medewerkers. Bureau Arbeid helpt vooral externe dove volwassenen en leerlingen die de scholen van Viataal verlaten aan een passende baan.