

Klinische audiologie een kunde of een kunst in een intensieve patiëntenhouderij, het AC?

**1^e KKAu lezing
door
C.L. van Ligtenberg
2 november 2007**

“Een zelfstandig perifeer audiologisch centrum is een jaar geleden geïncorporeerd in een ziekenhuis annex een revalidatie instituut, alles onder de leiding van een vooruitstrevende Raad van Bestuur. De directeur-audioloog, een midden vijftiger met een groot aantal dienstjaren, wordt bij de voorzitter geroepen. Deze heeft zich behoorlijk verdiept in de antecedenten van deze man, en zegt: “ Wat heb ik toch een bewondering voor u. U zag kans destijds met eenvoudige instrumenten en excellent denkwerk haarscherpe functionele diagnoses te stellen. U heeft nog samengewerkt, dacht ik, met de twee eerste hoogleraren Audiologie, die als pioniers van het vak gerekend kunnen worden. U heeft een geweldige knowhow en inzicht in de patiëntenproblematiek ontwikkeld. Uw betrokkenheid is fenomenaal. Ja, u heeft de klinische-audiologie tot kunst verheven. Wij kunnen niet zonder u.... maar toch gaan we het proberen!!!!

Dit is vrij naar de conference van Youp van het Hek “De wereld draait door” uit 2001.

Het is de taak van de cabaretier om mensen wakker te schudden als er sprake lijkt te zijn van vervreemding van de menselijkheid en humaniteit.

In dit stukje conference worden eigenlijk twee, met elkaar verband houdende problemen, gesignaleerd.

Als eerste zou je kunnen constateren dat, indien een grote organisatie als een ziekenhuis adequaat en efficiënt wil werken, het management de boventoon lijkt te moeten voeren. Alle afdelingen dienen gelijkvormig en uniform georganiseerd te worden.

Als tweede is dan vaak het gevolg dat er geen ruimte meer is voor individueel gemotiveerd vakmanschap, zo u wilt “een deskundige in de geneeskunst”. Kwaliteit wordt opgeofferd aan de rationaliteit. “Meten is weten” is ook “weten is meten” geworden.

Wij werken nu overeenkomstig een gedetailleerde regelgeving, volgens vaste procedures. Handboeken, richtlijnen, protocollen, voorschriften, tijdtabellen, etc. vormen ons “gereedschap”.

Het individu, de patiënt, lijkt niet meer centraal te staan. Is het onderzoek, de behandeling nog gericht op het individuele welzijn van patiënt? Kan de medicus - als lid van de Maatschappij der Geneeskunst en als gemotiveerd deskundige en “kunstenaar” zich nog met die individuele patiënt bezig houden? Of is hij gevangen in de regels en meetprocedures? Belemmeren de protocollen en regelgeving, zijn “kunstenaarschap”?

Het lijkt dat de organisatie niet meer ten dienste staat van de “vakman”, maar ook niet meer van de individuele patiënt. De organisatie is er ter wille van haarzelf. De organisatie is niet meer het middel maar het doel.

Verpleegsters lopen met tijdtabellen en allerhande formulieren die ingevuld moeten worden in plaats van dat ze de tijd kunnen vinden om patiënt te begeleiden en voor zijn specifieke vragen de tijd kunnen nemen, een antwoord te vinden.

* Ondanks de perfectie van de organisatie zijn echter de wachtlijsten niet verminderd, integendeel.

* Ook heeft de - tot in perfectie doorgevoerde organisatie – niet geleid tot een kostenbesparing, integendeel.

* Ook kunnen er vragen gesteld worden of de kwaliteit van de geneeskunst vergroot is?

Door dit alles lijkt echter wel de kwetsbaarheid te zijn vergroot. - --Toevallig raakt er een slangetje los van een sterilisator en honderden mensen zijn geïnfecteerd met het aids-virus. Wel was alles gedaan volgens het “handboek” Wij moeten immers vertrouwen hebben op het handboek en kennelijk minder op ons gezonde verstand--.

Het management bepaalt dat de organisatie immers als een trein moet lopen. Dit gezegde is overigens niet toevallig. Immers bij de NS zien wij in heviger mate ook deze verschijnselen. De treinenloop is tot in het detail geregeld. Op papier is het een summum van management en representeert het een subliem organisatiemodel.

Waag het echter niet - als gehandicapte in een rolstoel - de conducteur – als er al een conducteur is - te vragen hem te helpen in te stappen en een plaatsje te vinden. De kans dat de trein daardoor enkele minuten vertraging kan ondervinden waardoor mogelijk tientallen reizigers de “overstap” missen, is dan groot. Er wordt dan geklaagd en de conducteur krijgt op zijn minst een reprimande omdat hij compassie heeft getoond met een individu.

Zulk een doorgevoerd organisatiemodel maakt het systeem ook kwetsbaar, want als er in de herfst veel blaadjes vallen dan ligt het hele systeem overhoop.

Een subliem voorbeeld is natuurlijk de intensieve landbouw. Aantallen en monoculturen worden de parameters. De veehouder zit meer achter zijn computer, dan dat hij zijn stal bezoekt. Weet u dat er steeds minder boeren zijn, maar dat in 2002 er 11,5 miljoen varkens, 4 miljoen stuks rundvee en 93 miljoen stuks pluimvee in Nederland gehouden werden.

--En dan gaat het mis. Er valt een vogelpest-virus uit de lucht--.

30 Miljoen kippen worden gedood inclusief 170.000 hobbykippen en andere vogels. Totale schadepost: ruim een miljard euro. Misschien verzuchtten sommige boeren wel: Had ik maar een gemengd bedrijfje waar ik mijn echte beroep als boer kon uitoefenen? Wie weet?

Ik keer nog even terug naar de gezondheidszorg.

1^e Voorbeeld. De thuiszorg.

Daar is alles geprotocolleerd. De anders in het verleden zo behulpzame, gemotiveerde en deskundige thuishulp komt nu binnen met een minutentabel. Vijf minuten voor het aankleden, twee minuten voor zetten van een kop thee, 1 minuut voor het geven van de medicijnen, etc. etc. en na 30 minuten, als ze de jas aantrekt om weg te gaan, antwoordt ze nog op een simpel verzoekje van de cliënt "Daar ben ik niet voor, hoor, dag, tot morgen", en weg is ze. En dan: Drie maanden daarna is cliënt overleden en is de thuishulp overspannen. Overspannen omdat ze haar beroep niet kon uitoefenen. Ze moest een robot zijn, maar ze wilde een gemotiveerde en deskundige cliënt-verzorgster zijn.

2^e voorbeeld: Het ziekenhuis.

Een 66-jarige vrouw krijgt plotseling zonder aanleiding een "sleepvoet" Er zijn geen pijnklachten maar ze kan niet goed op haar tenen van haar ene been staan. Via de weg van de huisarts, contact gezocht met een gerenommeerd ziekenhuis - met een "triple A" status m.b.t. bejegening van patiënten - voor onderzoek en eventuele behandeling.

Het afsprakenbureau is buitengewoon vriendelijk en zegt dat het onderzoek ook 's avonds kan, zij het over 3 maanden. Als de patiënte zegt ook overdag te kunnen is de wachttijd 4 maanden. Patiënte is uiteindelijk 15 minuten voor de afspraaktijd 's avonds aanwezig. De wachtkamer is leeg, niemand die wacht en er komt in de volgende 10 minuten ook niemand binnen. 5 Minuten voor de tijd komt de specialist naar buiten en vraagt betrokkene binnen.

"Wat kan ik voor U doen"? Patiënte vertelt in enkele minuten het voorgaande verhaal. De anamnese wordt binnen twee minuten afgebroken en de specialist zegt: "Ik zie het al. Eerst maar foto's en een MRI maken". Weer een paar weken wachten, dan worden foto's en een MRI gemaakt. Daarna wachten op een oproep voor verder onderzoek Niets van dat al. Na 6 weken wordt er opgebeld en wordt het volgende medegedeeld:

"Eigenlijk is er weinig aan de hand. Heup en knieën geven geen bijzonderheden te zien. Ook de tussenwervelschijven zijn zodanig, dat gezien de leeftijd niet van een evidente pathologie mag worden gesproken. "En de moeilijkheden met het afwikkelen van de voet en het krachtverlies in het been, dan?" vraagt mevrouw. "Ja mevrouw, gezien uw leeftijd, doen we hier liever maar niets aan" Einde telefoongesprek.

Wat is hier aan de hand? Mogelijk wilde de specialist wel gaarne zijn "geneeskunst" optimaal uitoefenen, maar werd zijn motivatie overruled door de te verwachten resultaten van de MRI. Kwaliteit is opgelost in rationaliteit.

Mogelijk is hij "gevangen" in de protocollen en regels. Ik noem er b.v. drie:

1. "Metten is weten" is misschien "weten is metten" geworden en wel zodanig dat een onderzoek niet nodig lijkt te zijn. Het MRI-toestel is immers een "wonderapparaat"

2. Handel liefst zoveel mogelijk telefonisch af, dat bespaart veel kosten en maakt het managen van het ziekenhuis overzichtelijker.

3. Als het niet strikt nodig vermijd dan een curatieve therapie van een bejaarde (66 jaar). Kansen op een succes zijn altijd minder dan een ingreep bij een 20 jarige.

Resultaat voor patiënte: Teleurgesteld en onzeker. Moet ze nu uitwijken naar Duitsland of België?

Is het ziekenhuis een intensieve patiëntenhouderij geworden?

In bijna alle sectoren van de maatschappij zien wij de groei naar de intensievehouderij (vult u maar in: een intensieve bankhouderij, een intensieve bejaardenhouderij, een intensieve advieshouderij, een intensieve onderwijshouderij, etc.). Het management is heilig geworden. We kunnen met Peters en Pouw, aan wie ik een aantal definities en naamgevingen heb ontleend, spreken van een “organisatiefundamentalisme”.

Een paar kenmerken zijn:

1. Van boven af worden doelen gesteld, plannen gemaakt die onvoorwaardelijk moeten worden geïmplementeerd.
2. Rationele en efficiency principes hebben de overhand. Controle en beheersing van het proces is troef. Schaalvergroting viert hoogtij. “Meten is weten” is ook “weten is meten” geworden. Individuele vakmanschap is ongewenst.
3. Compartimentering van afdelingen en mensen. Het inrichten van werkcellen en het plaatsen van schotten. Isolatie van mensen. Denk b.v. aan keuzemenu’s van een telefonische helpdesk. Als metafoor het volgende plaatje.

Maatschappelijke diensten Een “intensieve mensenhouderij”?



4. Voorschriften en regels leggen de werkwijze volledig vast. De ISO-normen geven daarvan een prachtig voorbeeld. Managers zijn de bewakers en de bedenkers van de voorschriften. Management is het doel en niet meer het middel.

Hoe zit het nu met de audiologische centra. Zijn er nog aanwijzingen dat het AC meer een “organische” structuur is dan een intensieve patiëntenhouderij? Is er nog ruimte om b.v. de klinische audiologie uit te oefenen als een “kunst” of is het meer een routinematige kunde geworden, vastgepind door regels, protocollen en voorschriften. Kunnen we nog zeggen tegen een all-round opgeleide audiologie-assistent: “Probeer bij deze patient eens een goed basis-audiologisch onderzoek te verrichten, en schenk vooral aandacht aan de anamnese” of zeggen we: “graag een audiogram en spraakaudiogram, er staat 30 minuten voor, denk eraan”

Met andere woorden: Staat de klacht van de individuele patiënt nog centraal, of maken wij ons alleen maar zorgen of de organisatie wel vlekkeloos verloopt?

Allereerst wil ik graag twee voorbeelden geven waaruit m.i. blijkt dat klinische audiologie zowel een “kunst” als een “kunde” aspect omvat: Ik laat u het plaatje zien van een casus die ikzelf in 1958 heb onderzocht. Het was één van de eerste patiënten van het AC in Nijmegen. Het centrum functioneerde 1 middag in de week.

EEN CASUS IN 1958

Een van de eerste patiënten van AC Nijmegen

Patient:	13 jarige jongen
Klacht:	Toenemende slechthorendheid, thuis en op school merkbaar.
KNO- onderzoek:	GB. Geen ingetrokken trommelvliezen.
<u>Toonaudiometrie:</u>	
Luchtgel. AS en AD:	ca 60 à 65 dB
Beengel. AS en AD:	ca 30 à 35 dB
Bin. Drempel:	ca 50 dB
Sweep-tone audiom.:	ca 50 dB
Spraak-audiom.:	Conform toonaudiometrie DV ca 10 %
Opmerking:	Door “hoesten” kan de midden- oorfactor enigszins beïnvloed worden

Een geval met een discrepantie tussen de binaurale en monaurale audiometrie en een KNO-heelkundig niet te verklaren air-bone gap.

Wat te doen? Enkele suggesties zijn gegeven. Echter niets van dat al is uitgevoerd. Wel is een voorstel voor een pollitzerkuur gehonoreerd.

EEN CASUS IN 1958 II

AC Beraad (teamvergadering) met KNO-arts, (foniator)

- a. Psychologisch onderzoek?
- b. Logopedisch (taal) onderzoek?
- c. Schoolbezoek / huisbezoek ?
- d. Exploratie middenoor?

Niets van dat al

Een Pollitzerkuur

Het lijkt net een analogon van het maken van een schilderij door Karel Appel. Hij doopt zijn kwast in een verfbad en smijt vervolgens als een “kunstenaar” een kwak verf op het doek. De latere schouwers vonden het schilderij echte “kunst” Als ik echter hetzelfde zou doen als Karel Appel, dan dient ongetwijfeld de schoonmaakdienst gebeld te worden.

EEN CASUS IN 1958 III

Uitkomst

- **Een Pollitzerkuur 2 x per week, elke keer gevolgd door audiometrie**
- **Na iedere Pollitzer actie verbeterde het audiogram met ca 10 dB.**
- **Na 3½ week was het gehoor bdz. verbeterd tot nagenoeg een normale drempel**
- **Controle na 3 en 6 maanden gaf geen hoor-klachten meer te zien.**

Zie hier het verloop van de kuur. De resultaten zijn frappant. Het gehoorverlies is na korte tijd van “speciale aandacht” opgeheven en de klachten zijn geheel verdwenen.

Nu 34 jaar later. Ook een patiënt door mij gezien. Ik laat de belangrijkste gegevens volgen. Eigenlijk dezelfde uitgangspositie als in 1958. Een snel gemaakt audiogram was voor de KNO-arts voldoende om een exploratie te verrichten. Toen er niets veranderde was het in principe “een eenvoudig geval” geworden voor aanpassing van hoortoestellen.

Toen kwam ook de vraag voor solo-apparatuur om de instructie bij paardrijles te kunnen volgen. Dus een verwijzing naar het AC.

EEN CASUS IN 1992

**(34 jaar later)
een meisje van 14 jaar**

Bevindingen kno in kliniek

- **Beiderzijds gemengd verlies ca 70 dB (air-bone gap ca 30 dB)**
- **Exploratie middenoor (Geen afwijkingen)**
- **Daarna dubbelzijdige aanpassing PP oorhangers**
- **Inzenden naar AC voor Soloapparatuur voor o.a. paardrijles in de manege.**

Het AC (mogelijk op het verkeerde been gezet) gaat enthousiast aan de gang. Allerlei audiologische onderzoekstechnieken worden losgelaten, Psycholoog en Maatschappelijk Werkster worden ingeschakeld. Verbeterde aanpassing wordt uitgevoerd.

En dan, bij een controle waarbij eerst eens even een soort “time-out” werd genomen blijkt dat er helemaal geen sprake kan zijn van een slechthorendheid.

EEN CASUS IN 1992 II

(34 jaar later)

Een meisje van 14 jaar

Bevindingen AC

- **Beiderzijds gemengd verlies ca 70 dB (air-bone gap ca 30 dB)**
- **Tympanogram: enigszins afgevlakt. Stapediusreflexen niet zo duidelijk aanwezig**
- **Psychologisch onderzoek**
- **Oriëntatiebezoek (MW) aan huis en school**
- **Hoortoestel controle en (her)aanpassing**
- **Met huis tuin en keuken (flut)proefjes lijkt het gehoor normaal te zijn.**
- **Ontwenning hoortoestellen en redressering gedrag, moeizaam en kostbaar.**

In de wachtkamer was namelijk gebleken dat patiënte reageerde - die onbespied dacht te zijn – op enkele geluiden die ze onmogelijk gehoord kon hebben, gezien haar gehoorverlies. U begrijpt natuurlijk dat de redressering daarna een moeizaam proces was.

De vergelijking tussen de twee cases laten misschien de volgende conclusies toe.

Vergelijking tussen de 2 cases

Casus 1958

- **Actie: meer intuïtief dan rationeel**
- **Oplossing: ongevaarlijk, niet duur “experiment”**
- **Resultaat: optimaal**

Meer kunst dan kunde?

Casus 1992

- **Actie(s): protocollair. Adagium: “Meten is weten”**
- **Oplossing: dure tijdvrerende acties**
- **Resultaat: matig bevredigend**

Meer kunde dan kunst?

Hoe zit het nu met de organisatie van het AC. Is het AC ook een intensieve slechthorende houderij geworden? Of blijft er ruimte voor een “organische” structuur als tegenhanger van de intensieve patientenhouderij? Is de organisatievorm nog zodanig dat de klinische audiologie als beoefening van kunst kan worden toegepast ten behoeve van de individuele patiënt?

De geschiedenis van het ontstaan van de centra kan ons toch iets leren. Wij zien in de afgelopen 60 jaar duidelijke tendenzen in de ontwikkeling van audiologische centra tot speciale entiteiten buiten ziekenhuis verband. Maar ook zijn andere krachten werkzaam die de audiologische hulp ingebed willen zien in het organisatiemodel van het ziekenhuis. Met de kennis van heden inzake de organisatie van de gezondheidszorg en met name van de ziekenhuizen, zou in het laatste geval het AC waarschijnlijk een “intensieve patientenhouderij” zijn geworden.

1. Omstreeks 1947 verscheen een rapport van de hand van wijlen fysicus-audioloog Huizing een rapport met de titel die op de volgende dia is weergegeven:

1947 H.C. Huizing

- “Het sociaal en medische aspect van het hoorprothese-vraagstuk”
- Onder auspiciën van VBBS en KNO vereniging

1948 Advies van de Gezondheidsraad

- **Bevordering van de oprichting van centrale instituten waar patiënten-slechthorenden, volgens de nieuwe wetenschappelijke inzichten kunnen worden onderzocht en waar hoorprothesen kunnen worden aangepast en waar patiënten een instantie vinden die hen bij herscholing de zo nodige hulp kan verlenen.**

De inhoud gaf aan dat het revalidatie proces een tweeledig proces is. Enerzijds een klinisch-audiologisch proces van onderzoek en meten en anderzijds een proces van aandacht en zorgbesteding aan psychologische factoren. Organisatorisch was van belang dat er geen enkele aanduiding was dat het gehele proces opgedeeld zou moeten worden in verrichtingen, hetgeen in de gezondheidszorg wel gebruikelijk was.

2. Op 28 december 1948 werd, desgevraagd vanwege de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een advies van de Gezondheidsraad openbaar..

Zoals U kunt lezen ziet men hier de eerste definitie van het “Audiologisch Centrum” naar voren komen. Opvallend is wel dat de audiologische hulpverlening voor kinderen en ouderen nauwelijks in de definitie is begrepen.

Overigens probeerde de fysicus-audioloog Groen hier al uitvoering aan te geven, nabij de 1^e Constantijn Huygensstraat te Amsterdam samen met de NVSH (de latere NVVS)

Hoewel niet uitdrukkelijk vermeld laat de definitie ook een zekere ruimte voor een multidisciplinaire aanpak. Ook zijn er geen signalen dat e.e.a. perse in een ziekenhuis moet worden ondergebracht, bij b.v. een KNO-praktijk. Dus behoeft de vorm van de uitvoering niet volgens een ziekenhuis-organisatiemodel te verlopen. Dus geen verrichtingen-analyse. Integrale hulp lijkt in principe mogelijk.

Een breed opgezette “Commissie inzake Revalidatie van Slechthorenden” - geïnstalleerd in 1950 - bracht in 1951 verslag uit. De oprichting van Audiologische Centra werd bepleit. Ook werd beschreven waaraan het centrum moest voldoen.

- **1951 Commissie inzake Revalidatie van Slechthorenden**

Rapport:

- **Noodzaak oprichting Audiologische Centra. Accent op hulpverlening aan jonge kinderen.**
- **Beschrijving van**
 - * **Accommodatie**
 - * **Inrichting**
 - * **Personeelsbezetting**
 - * **Kostenbegroting**

In dit advies werd meer accent gelegd op de opvang van audiologische hulpverlening aan jonge slechthorende en dove kinderen. De audiologische hulpverlening aan volwassenen (voornamelijk hoortoestelaanpassing) werd toen in de eerste plaats tot het domein van de KNO-heelkunde gerekend.

Dit rapport had aanvankelijk - niet qua individuele zorg voor het slechthorende kind - maar wel qua organisatie vorm, regelgeving en financiering een negatief effect.

1. Gezien de bepleite multifunctionaliteit (medisch, psycho-fysisch, onderwijskundig, wetenschappelijk) zou een centrum bij voorkeur binnen universitair verband tot ontwikkeling gebracht moeten worden. Gezien de zeer beperkte financiële middelen werd de gehele audiologische zorg echter vaak als een sluitpost gezien van de KNO-heelkundige afdeling van het academisch ziekenhuis.

2. De regelgeving en organisatie model van het ziekenhuis werd van toepassing, waardoor het “integrale aspect” van de hulpverlening gevaar liep.

3. De hoortoestellenverstrekking van volwassenen werd een verrichtingen tarief in een ziekenhuis. Het ideaal van Huizing en Groen was eigenlijk daardoor verdwenen. Het AC als een aparte entiteit was bijna teniet gedaan.

De periferie zat echter niet stil. Er werden centra opgericht hetzij gelieerd aan Instituten voor Doven, hetzij verbonden aan, G.G.D's etc. (Rotterdam 1952, PAI 1953, Instituut voor Doven te St. Michielsgestel 1955,

Vendrik, hoogleraar klinische-fysica, Brinkman kno-arts te Venlo en buitengewoon hoogleraar van 1956 tot 1958 te Nijmegen en Peutz, akoestisch adviseur, begonnen in 1957 het AC in Nijmegen, aanvankelijk als onderdeel van het universitair preklinisch instituut en als uitvloeisel van de activiteiten van het toenmalige Instituut voor Doofstommen te St. Michielsgestel. In 1958 werd het AC overgeheveld naar de KNO-afdeling te Nijmegen.

De eerste erkenningen.

De behoefte aan audiologische hulpverlening door Audiologische Centra werd enigszins vergroot, toen door Ziekenfondsen een bijdrage verstrekt zou gaan worden voor de aanschaf van hoortoestellen voor kinderen beneden de 16 jaar. Aanpassing hoortoestellen bij volwassenen werd steeds meer het domein van de KNO-arts. Tot 1962 werden de erkenningen afgegeven op advies van de Commissie inzake de Revalidatie van Slechthorenden. Na 1962 door de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid.

Dit had tot gevolg dat medio 1960 erkenningen werden verleend aan een veelvormige verscheidenheid van centra waarvan slechts een enkele voldoende entiteit had om met een redelijk volledige personeelsbezetting en een goede outillage de audiologische hulpverlening in een regio bevredigend te kunnen verzorgen.

Ziekenfondsen komen nu in het geweer.

- a. Ziekenfondsen en ook enkele particuliere verzekeringen hebben wat uitbreidingen gerealiseerd in hun pakket t.b.v de slechthorenden
- b. Ziekenfondsen zagen dat de audiologische hulpverlening aan volwassenen in ziekenhuizen geen gelijke tred hield met de ontwikkelde medisch-audiologische mogelijkheden
- c. Daarnaast was het voor een aantal ziekenfondsen onaanvaardbaar dat een audiologisch centrum niet toegankelijk was voor iedere verzekerde.

Om deze redenen gingen een aantal ziekenfondsen ertoe over om, hetzij zelf het initiatief te nemen tot de oprichting van audiologische centra, hetzij te bevorderen dat audiologische centra zouden worden opgericht.

Voorbeelden van deze centra zijn, de AC's in Amersfoort, Eindhoven, Hengelo, Tilburg, Zwolle, Leeuwarden.

Gezien de ontwikkelingen werd het noodzakelijk de reeds genoemde erkenningregeling te wijzigen. De erkenningsregeling werd vervangen door het Verstrekkingenbesluit inzake Audiologische Hulpverlening van 1966.

- **Verstrekkingenbesluit inzake audiologische hulp ziekenfondsverzekering 6 januari 1966**

Artikel 1

- **Deze beschikking verstaat onder een audiologisch centrum een erkende of voorlopig erkende inrichting, bestemd voor het onderzoeken van de gehoorfunctie door de betrokken samenwerkende deskundigen**

Artikel 1 is buitengewoon belangrijk geworden. Immers er is geen beperking meer opgelegd met betrekking tot een patiënten-groep, (kinderen, volwassenen, bejaarden, allen kunnen gebruik van het AC maken)

Wel is de verwijzing nog gelimiteerd (kinderen door kno-arts, kinderarts of psychiater, volwassenen uitsluitend door een KNO arts)

Financiering audiologische centra.

De financiering was aanvankelijk zeer moeizaam. Van fl. 40,- per patiënt per jaar werd in 1967 een voorlopig tarief van fl. 75,- per patiënt per jaar vastgesteld

In dat jaar begonnen echter ook de onderhandelingen tussen het Gemeenschappelijk overleg van Ziekenfondsorganisaties (Voor-loper van de Vereniging van Ziekenfondsen) en de niet-universitaire Audiologische Centra om voor alle perifere centra tot aanvaardbare tarieven te komen. In 1968 en 1969 werd het volgende bereikt:

Uitgegaan zou voortaan worden van een kostendekkend tarief per patiënt per jaar op basis van een calculatieschema.

Ieder centrum met een erkenning diende daartoe een modelovereenkomst te sluiten. Belangrijk is daarin weer artikel 1.

Het geeft een zekere “universaliteit”.

- 1968-1969 Modelovereenkomst Audiologische hulpverlening

Artikel 1

- **Onder audiologische hulp wordt verstaan het onderzoek van de gehoorfunctie van de verzekerde door de betrokken samenwerkende deskundigen en de hieruit eventueel voortvloeiende revalidatie van deze functie.**

In 1971 deelden echter slechts 5 perifere centra mee in dit riante financieringsstelsel.

De jaarcalculaties werden ieder jaar (tot 1980) goedgekeurd door de Ziekenfondsraad. Vermeldenswaard is dat vooral het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsen een geweldige stimulans is geweest om dit resultaat ook bij de Ziekenfondsraad erdoor te krijgen Namen als Werkman en Andriessen mogen niet onvermeld blijven.

Zij wilden met name het Audiologisch Centrum uit de ziekenhuisorganisatie halen zodat in overzichtelijke kleinschalige instituten, de deskundigen alle mogelijkheden zouden hebben de Klinische Audiologie in dienst van de patiënt te stellen. Maar ook om op die wijze de functionele diagnostiek en de revalidatie uit te kunnen bouwen. Vele ziekenfondsen hadden bv. de buik ervan vol van de zeer matige kwaliteit van de hoortoestelaanpassing in ziekenhuizen.

Het audiologische veld realiseerde zich helaas vaak onvoldoende de kansen die de verworven mogelijkheden konden bieden.

Er waren immers geen belemmeringen meer om geheel ten dienste te staan van de patiënt en men was niet gevangen in een dodelijk regelings-en financieringssysteem, als aanhangsel van een ziekenhuis. Er was helaas echter sprake van een zekere lethargie.

Mede op aandringen van de ziekenfondsen is door enkelen vanuit het veld een aanzet gegeven om enige ordening aan te brengen in de toen veelvormige verscheidenheid van audiologische centra.

Het rapport uit 1971 van Grobben en Van Ligtenberg vormde de aanleiding voor het installeren van een commissie van de Gezondheidsraad onder leiding van de KNO-arts Köster.

- **1971: Grobben en Van Ligtenberg**
Het Audiologisch Centrum: Organisatie en Functie

- **1975: Rapport van de Gezondheidsraad (Köster)**
Advies omtrent Audiologische Centra
 - a. **Noodzaak van een gedefinieerde entiteit van het AC**
 - b. **Bij voorkeur een stichting als rechtspersoon**
 - c. **Erkenningen uitsluitend voor regionale privaatrechtelijke instellingen en audiologische entiteiten van academische ziekenhuizen**
 - d. **Eisen aan accommodatie en personeelsbezetting**

Het rapport Köster gaf een hele reeks aanbevelingen waarvan er enkele zijn genoemd in de dia. De aanbeveling dat centra eigenlijk Stichtingen zouden moeten zijn is van uitzonderlijk belang gebleken.

Nog enkele saillante gebeurtenissen dienen vermeld te worden. Ik laat ze in een dia zien.

- **1975: Oprichting FENAC als werkgeversorganisatie (Grobben, Schouten, Van Ligtenberg)**
- **1979: Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) Audiologisch Centrum als ziekenhuisinstelling voor een enkelvoudige verrichtingen.**
- **1980: FENAC lid van kamer 1 van de ziekenhuizen van het COTG**
- **1988: CAO Ziekenhuizen en PGGM voor privaatrechtelijke instellingen geregeld**

Opmerkelijk is dat vanaf eind zeventiger jaren steeds meer centra werden omgevormd tot zelfstandige entiteiten. Ook werden enkele afdelingen van ziekenhuizen gesloten. Nu was ook de weg vrij voor de FENAC om plaats te nemen in kamer 1 van de ziekenhuizen van het COTG in 1980. De FENAC had een zelfstandige zetel en werd niet geïntegreerd in de toenmalige NZR. De NZR moest daartoe 1 zetel van de 6 afgeven.

In 1980 was in principe het volledige fundament gelegd voor de uitgroei en het bestaan van algemeen toegankelijke regionale centra met een “organische” structuur. Er waren voldoende mogelijkheden om ad hoc de zorg om het individu te bepalen. Bijna 25 jaar lang hebben de centra vanaf 1980 een uitzonderingspositie bekleed. Zij zijn niet onderhevig geweest aan het stelsel van het verrichtingen-tarief noch aan de destijds ingevoerde budgettering van de ziekenhuizen. De invoering van de DBC's hebben ze echter niet kunnen ontlopen.

Ook een laatste belemmering werd opgeheven toen de centra onder de AWBZ gingen vallen in 1991. De verwijzing door de huisarts werd daartoe mogelijk. Na terugplaatsing in 1996 van de centra als een verstrekking krachtens de Ziekenfondswet is het verworven recht van de verwijzing door de huisarts niet herroepen.

De mogelijkheden van de centra zijn na 1996 nog meer verruimd door b.v. de herziening in 1999 van artikel 1 van het “Verstrekkingsbesluit” van 1966 en door de structureel geworden subsidie in 2001 van het onderzoek naar de taal-spraak problematiek.

Met grote schreden heb ik de geschiedenis van de Audiologische Centra doorlopen en heb ik getracht de totstandkoming van de AC's als “organische” entiteiten te schetsen. Ik had mijn speech de volgende titel mee willen geven.

Klinische audiologie een kunde of een kunst in een intensieve patiëntenhouderij, het AC?

door

C.L. van Ligtenberg

2 november 2007

Ik ben blij dat de vraag - zoals door mijzelf is gesteld – op dit moment, nog ontkennend beantwoord kan worden. Er blijven echter gevaren op de loer liggen. Enkele gedachten dienaangaande mag ik misschien ter overweging meegeven

- 1 Zorg dat de centra niet “opgevreten” worden door grote patientenhouderijen, zoals ziekenhuizen e.d.
2. Denk voortdurend aan de unieke positie die de audiologische centra binnen de gezondheidszorg in Nederland bekleden. Zulk een specifieke structuur zult u in het buitenland nauwelijks aantreffen.
3. Ga met wijsheid om met de DBC's. Specificeer zo weinig mogelijk en laat het jaarkaartidee zoveel mogelijk bestaan. Het geeft u ruimte en armslag om snel in te spelen op de veranderlijke behoefte van de individuele patiënt.
4. Zorg dat de patiënt de “geprivilegieerde” blijft in uw centrum. Organiseer de hulp om de individuele patiënt heen.
5. Zorg bv. dat de toegang tot uw centrum niet bemoeilijkt wordt door lange wachtlijsten en/of telefonische onbereikbaarheid.
6. Bouw in uw organische entiteit voortdurend aan de “kunstbeoefening” van de klinische audiologie en stel hoge prioriteiten aan opleiding en bijscholing van uzelf en medewerkers. Want kennis is een van de fundamenteen van de creativiteit
7. Blijf de klinische audiologie op de kaart zetten, b.v ook door de - nu door de internationaal erkende opleiding “Bachelor of Audiology” - alle support te verlenen.
8. Tenslotte laat het management altijd het middel zijn en nooit het doel. Blijf er altijd op toezien dat de “kunst van de audiologische hulpverlening” nimmer ondergeschikt wordt aan de regelgeving van een “intensieve organisatie-structuur”

Dank voor uw aandacht

2 november 2007

Ir. C.L. van Ligtenberg

