



Vakblad voor audiciens | nummer 1 | jaargang 7 | Februari 2013

De Audiciens

Het vakblad dat ons versterkt

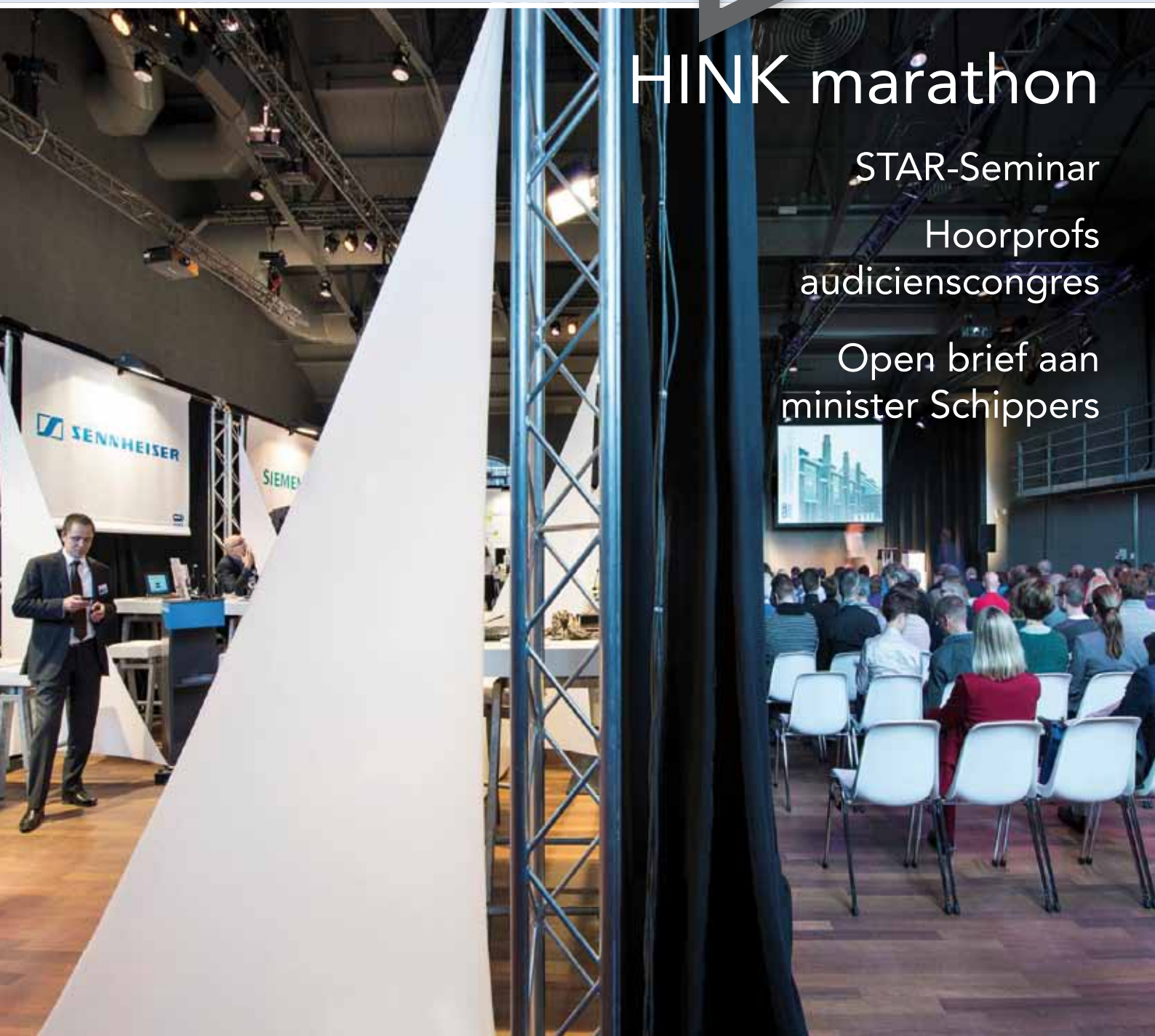


HINK marathon

STAR-Seminar

Hoorprofs
audicienscongres

Open brief aan
minister Schippers



BIJ AANKOOP VAN EEN HOORTOESTEL



**GRATIS
LEESBRIL**

T.W.V. €29

ALLEEN BIJ
SPECSAVERS



Gratis leesbril t.w.v. €29 bij aanschaf van een hoortoestel. Voor extra glasopties gelden vaste toeslagen. Niet inwisselbaar voor geld en u kunt dit bedrag ook als korting gebruiken op een ander type bril. Maximaal 1 per persoon en niet in combinatie met andere aanbiedingen. © 2013 Specsavers Optical Group. All rights reserved. www.specsavers.nl

Specsavers[®]

Beste collega's,

Als een vakblad 4x per jaar verschijnt kan het voorbij gaan aan de waan van de dag en zich toeleggen op het weergeven van feiten en vakinhoudelijke informatie van de diverse seminars, congressen en symposia. Die waren er genoeg. Maar audiciens mochten afgelopen najaar ook diep in de buidel tasten om te worden bijgepraat over de invoering van functiegerichte aanspraak. Alle onderdelen zijn aan bod geweest, alle kanten zijn belicht en steeds moest een slag om de arm worden gehouden omdat het duidelijk was dat een aantal zaken niet geregeld zou zijn vóór de invoeringsdatum van 1 januari.

Inmiddels werken we allemaal met het nieuwe protocol, zij het nog zonder de digitale ondersteuning. Paul Valk stelt in zijn column: 'Ik heb niks tegen protocollen en systemen, zolang de professional maar zijn of haar gezond verstand mag blijven gebruiken. Ik sta dan ook altijd weer verbaasd van professionals die voor zichzelf of voor anderen protocollen ontwikkelen die werken als een dwangbuis. Als ze dat protocol dan ook nog 'zelflerend' noemen dan weet ik zeker dat het niet deugt.'

Het is een feit dat de 'professionals die voor anderen protocollen ontwikkelen' nu wél de vakvereniging hebben uitgenodigd om mee te praten. AudiNed begint voet aan de grond te krijgen en kan audiciens een stem geven. Ook de Open brief die Audined stuurde aan de minister heeft nogal wat teweeg gebracht m.b.t. media-aandacht.

Ondanks alle commotie, veranderende bedrijfsvoering en verschaalde vakinhoud gaat het werk gewoon door. De slechthorende staat hoe dan ook centraal en de audicien zal als vakman/vrouw óók met de beperkingen van het nieuwe systeem alles uit de kast halen om de klant optimaal te helpen. Ook al lijkt het er op dat niet de klant maar juist de zorgverzekeraar centraal staat. Lees de column van Hans van Pagée!

De meeste symposia en seminars gaan gelukkig over het vak en bieden mogelijkheden om de vakkennis te vergroten. Dáár profiteert de klant van. En iedereen weet dat een tevreden klant het belangrijkste marketingtool is.

Sterkte in deze turbulente tijden,

De redactie



5 STAR-Seminar

15 Nieuwe geluiden over tinnitus



21 Open brief aan minister Schippers

25 Hoorprofs Audiciencongres



29 HINK Marathon 2012

en verder:

1 april: Keuzeprotocol Horen	23
Acceptatietest	24
Herman ten Berge	36
Persberichten	36
Geslaagden	37
Column wederhoor	39
Column GAIN	41
Agenda	42



Open een nieuwe wereld van verstaan met ChannelFree™ signaalbewerking.

Er zit simpelweg meer in voor u en uw klanten met Bernafon: bijvoorbeeld de ChannelFree™ technologie. Het analyseert het inkomend signaal in zijn geheel en past 20.000 keer per seconde het niveau aan. Door het identificeren en analyseren van elk onafhankelijk foneem, verbetert ChannelFree™ signaalbewerking spraakverstaan in conversaties en zorgt voor een natuurlijk geluid in diverse luistersituaties. Wilt u hier meer over horen? Neem dan contact met ons op **en ontdek de vele mogelijkheden van Swiss Engineered technologie.**

Bernafon Nederland B.V.
Postbus 22
4180 BA Waardenburg
Telefoon: +31 (0)418 66 70 40
info@bernafon.nl

www.bernafon.com

bernafon 
Your hearing • Our passion

StAr-seminar 2012

In 2008 besloot toenmalig minister Klink dat de gehele gezondheidszorg zou overgaan op functiegericht voorschrijven en hoorzorg is nu als laatste aan de beurt. Gezien de bezoekersaantallen op 12 en 17 november jl. hebben bijna alle audiciens van Nederland het Star-seminar bezocht om te worden bijgepraat over de laatste ontwikkelingen in het functiegericht voorschrijven. Desondanks bleef er nog veel verwarring en onzekerheid. Dagvoorzitter Paul Valk riep op om de hakken uit het zand te halen en de schouders eronder te zetten. 'We wisten het', maar dat neemt niet weg dat het ongelukkig samenvalt met bezuinigingsoperaties en recessie. Het is belangrijk om protocol goed uit te voeren, maar om goed te voorzien waar de cliënt het meeste baat bij heeft zijn expertise, ervaring, 'gut feeling' en een professionele blik van de audicien van het allerhoogste belang. De audicien moet tegen een lagere prijs goede en adequate zorg leveren, maar daarbij mag de kwaliteit niet in het geding komen. Zorgverzekeraars moeten dit faciliteren. Kwaliteit is waar StAr voor staat, kwaliteit is een houding, excellentie zit in je karakter! Dus ook als er een cultuuromslag komt, levert de StAr-audicien kwaliteit en moet helder zijn waarom deze cliënt op deze manier wordt geholpen.

WAT VINDEN ZORGVERZEKERAARS?

De huidige veranderingen zijn ingezet door de overheid, maar zorgverzekeraars spelen een prominente rol. Martin Houben, zorginkoper generieke zorginkoop bij VGZ, wil graag in dialoog blijven met de spelers in het veld. Er zijn wijzigingen in de aanspraak die de verzekerde maakt op zorg en dat betekent dat afspraken moeten worden herzien. 2013 zal het jaar zijn waarin alle bijzonderheden in dit nieuwe traject aan het licht moeten komen en waarop zo nodig protocol moet worden aangepast. Hij doet dan ook een dringende oproep aan de audiciens, branche, patiëntenverenigingen en andere partijen om in dit traject signalen te blijven afgeven m.b.t. het verloop, problemen en valkuilen om zo samen op zoek te gaan naar goede en betaalbare oplossingen.

01-01-2002

Toen 11 jaar geleden(!) de deregulering in de hulpmiddelen-sector begon, was het uitgangspunt om de zorg dusdanig in te richten dat iedereen in een individuele situatie kon worden voorzien van adequate zorg. Stap voor stap werd functiegericht voorschrijven van aanspraak geïmplementeerd via speciaal daartoe ontwikkelde protocollen waarmee kan worden bepaald wat voor de specifieke klant in een specifieke situatie goede zorg is. Auditieve zorg is de laatste zorgsoort die overgaat naar functiegerichte voorschrijving en daarmee de laatste stap in het project deregulering hulpmiddelen. Aan functiegerichte aanspraak zijn voorwaarden verbonden. Zo is er het protocol Zorgtoewijzing om rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor iedere verzekerde te waarborgen. Er moet draagvlak bestaan bij gebruikers, gebruikersorganisaties, brancheorganisaties en uitvoeringsorganisaties. Ook uitvoerbaarheid is een voorwaarde. Daar wordt momenteel veel in geïnvesteerd door o.a. NVAB en NVVS. Zorgverzekeraars krijgen de mogelijkheid om bij reglement nadere voorwaarden te stellen aan specifieke

hulpmiddelenzorg. Hiermee heeft de zorgverzekeraar regie via het contracteerbeleid en kunnen ze ook aanbesteding doen in aanbod (voorkeuze). Het protocol Auditieve zorg is sterk gericht op hardware, hoortoestellen en techniek. Uit onderzoek is bekend dat slechts 20% van de communicatie bestaat uit hooroverdracht. Als de focus in het protocol ligt op deze 20% is dat een smalle basis. Hoorzorg is veel meer dan techniek. Misschien moet meer aandacht worden gegeven aan communicatie via lichaamstaal, liplezen en gebaren.

ZORGPLAN

Er is een protocol ontwikkeld door audiciens, NVAB, GAIN, NVVS en wetenschappers op audiologisch gebied. Zorgverzekeraars hebben contracten door de NVVS laten toetsen om te beoordelen of het belang van de klant voldoende aan bod komt. Het protocol moet zorgen dat hoortoestelselectie op objectieve en onafhankelijke wijze tot stand komt. Het zorgplan is een stappenplan over een lange termijn waarin een inschatting wordt gemaakt hoe de klant over 5 jaar zal communiceren. Hoortoestellen worden ingedeeld in 5 categorieën. De audicien moet op basis van het zorgplan binnen een categorie het juiste hoortoestel selecteren. Binnen het nieuwe beleid is dit de toegevoegde waarde van de audicien. Binnen de spelregels heeft de audicien een autonome positie waar expertise, ervaring en vakkennis een grote rol spelen. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft dit protocol een officiële status gegeven. Het maakt vanaf 1 januari deel uit van de overeenkomst die zorgaanbieders en zorgverzekeraars sluiten. Martin Houben geeft nadrukkelijk aan dat het géén statisch document is; alle updates vormen onderdeel van het gesloten contract. Hij voorziet medio 2013 al een herziening of aanvulling. Doel is altijd om toe te werken naar de beste zorg voor de klant. ►►►

IN VOORBEREIDING

Declaratie-instrumenten, inventarisering van klantwensen, adequate zorg en ontwikkelingen worden samengebracht in een digitaal aanvraagportaal bij VECOZO. Data wordt geanonimiseerd, geanalyseerd en teruggekoppeld naar het werkveld. Op deze manier wordt de zorgaanbieder voorzien van bijkomend advies over de dagelijkse praktijk en de voortgaande ontwikkeling. De uitkomsten kunnen nuttig zijn t.b.v. het inkoopbeleid. Audiciens kunnen de uitkomsten gebruiken als referentie om de zorg aan de klant voortdurend te verbeteren. Om dit te realiseren hebben de zorgverzekeraars een stichting in het leven geroepen: KODAH i.o. (Klant Output Data Analyse Horen). Om dit te financieren wordt per hoortoestel €2,- extra gecollecteerd om te investeren in deze stichting. KODAH geeft namens de zorgverzekeraars opdrachten aan bijvoorbeeld AMC, VU en PACT om data te analyseren waarmee zorgverzekeraars van onderbouwd en deskundig advies worden voorzien. De klant staat altijd centraal. Met fabrikanten is afgesproken dat kenmerken van hoortoestellen transparant gemaakt worden om onderling vergelijken mogelijk te maken. Via KODAH zijn deze gegevens toegankelijk voor de geprotocolleerde werkwijze. Naast het zorgtoewijzingsprotocol, het digitaal aanvraagportaal, reglement hulpmiddelen en stichting KODAH wordt ook hard gewerkt aan een geordende lijst van hoortoestellen en categorisatie. Deze lijst is geen keurslijf, maar een instrument om richting te geven aan selectie. Voorlopig moet nog heel wat werk worden verzet om alles in goede banen te leiden en te komen tot een werkbaar resultaat.

OVERGANGSPERIODE

Cliënten die uiterlijk 31 december 2012 zijn binnengekomen en waarvan het aanpastraject doorloopt in 2013 kunnen gebruikmaken van de oude regeling. Alle instroom per 01-01-2013 valt onder de nieuwe regeling. In december hebben alle contractanten van VGZ een brief ontvangen met het verzoek een lijst in te leveren van alle cliënten die op 31 december in een aanpastraject zitten. Aanvang van een aanpastraject is het moment waarop de NAW-gegevens zijn genoteerd als de cliënt bij de audiciens (niet de KNO-arts) binnenkomt. Cliënten kunnen wel zelf kiezen voor de nieuwe regeling. In dat geval is het niet gunstig ze op de 'einde-jaars lijst' te zetten omdat omzetting achteraf ingewikkeld kan zijn. Ondanks verhalen hanteert Achmea dezelfde afwikkeling. Ook als een Achmea-verzekerde klant is bij een audicien die geen contract (meer) heeft met Achmea, dan bestaat er een aanvullend contract voor de huidige klant m.b.t. tot financiering en nazorg.

BIJBETALEN

De mogelijkheid tot bijbetalen voor gewenste functies die niet vallen binnen de functiegerichte aanspraak is nog onduidelijk. Iedere zorgverzekeraar kan beslissen bijbetaling al dan niet toe te staan. Er is geen expliciete



Martin Houben en Paul Vqalk beantwoorden vragen uit de zaal

overeenstemming van zorgverzekeraars, maar ze zijn wel solidair. Waarschijnlijk wordt bekeken hoe e.e.a. gaat verlopen. Als er pijnpunten ontstaan is niets definitief, aldus Martin Houben, maar er is een vertrekpunt vastgesteld. Het is een dynamisch proces dat kan worden bijgestuurd met input vanuit het veld. Audiciens zijn de ambassadeurs voor de klant en moeten informatie terugkoppelen naar de zorgverzekeraar.

EVALUATIE

Evaluatie is in het proces van groot belang. De NVAB haakt dan ook nadrukkelijk in op het proces van dataverwerking en redenen tot bijstelling. StAr zal actief alle wijzigingen die voor de audiciens van belang zijn bijhouden in het Handboek, zodat alle informatie in één naslagwerk bij elkaar is gebracht. De procesbeschrijving over het Zorgprotocol (NOAH) moet voor de jaarwisseling klaar zijn en wordt als nieuw element van het Star-handboek toegestuurd aan de audiciens. Overige wijzigingen volgen op termijn. Paul Valk roept audiciens op ideeën over aanpak, informatie en communicatie te delen via de StAr-website. Hierop kunnen klachten, vragen en opmerkingen worden verzameld. Audiciens die zijn aangesloten bij beroepsvereniging Audined kunnen ook op het besloten deel van de AudiNed website signalen afgeven m.b.t. het verloop, problemen en valkuilen in het nieuwe systeem. Ook deze inventarisatie wordt doorgestuurd naar ZN.

HET ZN-PROTOCOL

Mark Laureyns is lid van de ZN-werkgroep protocollering en zeer betrokken vanuit de bedrijfstak. Belangrijk is dat een protocol werkbaar is en dat objectief de mate van de beperking en de beleving hiervan door de patiënt wordt vastgesteld. Ook de doelstelling is niet onbelangrijk. Daarom moet o.a. duidelijk zijn in welke situaties de patiënt goed moet kunnen functioneren en wat voor deze patiënt essentieel en haalbaar is. Daarbij is de subjectieve beleving van de patiënt reëel. De beleving van de patiënt moet kloppen met de objectief verkregen resultaten. Al deze aspecten worden meegenomen in het ZN-protocol.

ZES ASPECTEN

Als het gaat over beperking, zijn er zogenaamde harde en zachte aspecten die belangrijk zijn voor het functioneren met een hoortoestel. Harde aspecten hebben een duidelijke relatie met gehoorfuncties, kunnen vrij gemakkelijk worden opgemaakt uit het audiometrisch rapport en zijn (rechtlijnig) te verbeteren met een hoortoestel, zoals detectie van geluid en spraakverstaan in stilte. Een derde aspect is spraakverstaan in ruis, wat niet altijd rechtlijnig is af te leiden.

Zachte aspecten zijn vanuit het audiogram slecht te voorspellen maar hebben een grote invloed op de eerste drie. Zo is het kunnen lokaliseren van geluid (centrale verwerking) lastig op te vangen met een hoortoestel. Op dit aspect kan niet altijd verbetering worden verwacht. Als lokalisatie problematisch is heeft dit invloed op het te behalen eindresultaat van de hoortoestelaanpassing. Focus (aandacht - cognitie - discriminatie) is ook een aspect dat op basis van het audiogram slecht te voorspellen is. Het herkennen van cognitieve aspecten van het systeem is essentieel om te kunnen functioneren in een akoestische omgeving. Een hoortoestel zal dit op zich niet verbeteren, maar er moet wel rekening mee worden gehouden. Een laatste aspect is ruistolerantie (vermoeidheid en stressgevoeligheid). Hierbij gaat het niet altijd om de luidheid van het signaal, het kan ook geroezemoes zijn.

Naast audiometrische tests die zonder uitzondering moeten worden uitgevoerd, moeten alle zes aspecten in kaart worden gebracht om een volledig beeld te krijgen van de slechthorende. Interventie met hoorzorg is meer dan alleen het kiezen van een hoortoestel. De manier van aanpakken en begeleiden is de kern van zorg.

VRAGENLIJST

Om de verschillende aspecten te onderzoeken wordt gebruikgemaakt van de Amsterdamse Vragenlijst die hiervoor op enkele punten is aangepast. Om het gebruiksgemak te verhogen is naast de papieren lijst een automatische versie ontwikkeld. Deze heeft een directe link naar de ZN-database waar de (ook de op papier ingevulde) antwoorden worden vastgelegd. Hiermee wordt o.a. voorkomen dat de cliënt gaat 'shoppen' en elders de vragenlijst anders invult.

De slechthorende vult de vragen in, bij voorkeur zonder begeleiding van familie, kennissen of audiciens. Het afnemen van een vragenlijst is niet zomaar het protocol volgen, het is een interventie! Vastgestelde beperkingen worden getoetst aan de ervaring van de slechthorende, die méér is dan een wandelend audiogram. Het is interessant om te zien in hoeverre de ingevulde vragenlijst overeenkomt met de verwachting op basis van het audiogram (toon- en spraakaudiometrie): er is 88-90% voorspelbaarheid van het audiogram op de assen. (fig.1)

Soms komen resultaten uit het audiogram en de vragenlijst niet overeen. Factoren die hierin een rol kunnen spelen zijn bijvoorbeeld drempelaudiometrie, verschil tussen links en

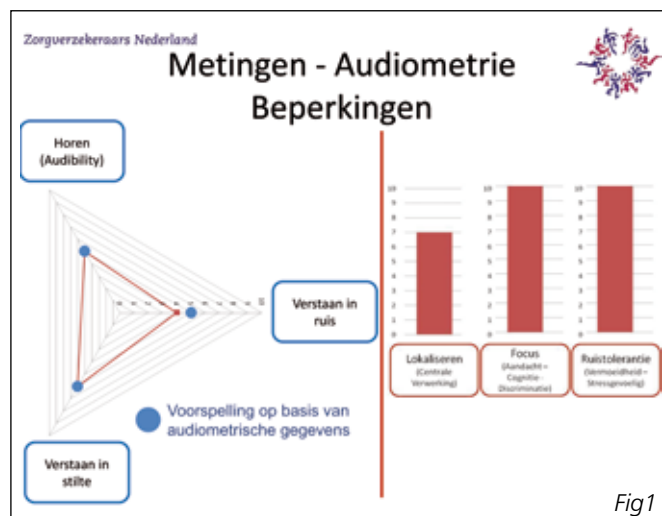


Fig1

rechts en mate van spraakverstaan. De relatie tussen drempel en spraakverstaan is een goede voorspeller die uit het systeem te halen is, maar soms klopt de voorspelling niet. Het audiogram zegt dat er minder problemen zijn dan de slechthorende ervaart. Het is dan belangrijk een paar zaken nader te bekijken.

- **Motivatie**
Is de cliënt gemotiveerd om te beginnen met hoortoestellen of zijn het anderen die dit afdwingen? Als duidelijk is dat de cliënt niet gemotiveerd is, kun je beter direct stoppen (interventie!).
- **Bekijk de zachte assen**
Het kan zijn dat de zachte assen bijzonder gunstig zijn waardoor iemand met een zelfde audiogram beter functioneert.
- **Evalueer in welke omgeving de cliënt werkt en leeft, deze kan heel ideaal zijn.**

Het kan natuurlijk ook zijn dat de cliënt aangeeft dat er méér problemen zijn dan op grond van het audiogram kan worden verwacht. Dat is het andere uiterste. Kijk dan ook naar de zachte assen; wellicht bestaan er centraal veel meer problemen dan gemiddeld. Misschien functioneert de slechthorende in een veeleisende en lastige omgeving of zijn er andere, bijkomende aspecten. Bijvoorbeeld bewust overdrijven om in aanmerking te komen voor een duurder model hoortoestel.

De vragenlijst wordt door de cliënt zelfstandig ingevuld en kost de audiciens geen tijd. Daarentegen vraagt de nabespreking waarin precies wordt bekeken wat er aan de hand is wél tijd. Een nabespreking is voor een goede keuze wel belangrijk omdat er een afweging moet zijn op basis van alle informatie. Op de assenpiramide kan worden bepaald op welke aspecten interventie verbetering kan brengen. Hoe mensen beperkingen ervaren is zeer gevarieerd. Er moet voldoende data beschikbaar zijn om een redelijk evenwichtig pakket te hebben. Dat is essentieel om dit protocol te laten slagen. Bij het opstellen van het protocol zijn controles uitgevoerd naar de betrouwbaarheid van de vragenlijst in relatie tot de verschillende factoren. Wat betreft de

harde factoren (spraakverstaan in lawaai, spraakverstaan in stilte en detecteren van geluid) is er een duidelijke relatie met audiometrie. Deze factoren zijn verbeterbaar met een hoortoestel. Zachte factoren (focus, lokaliseren en ruistolerantie) worden niet duidelijk uit een audiogram en worden bepaald middels de vragenlijst. Uit onderzoek blijkt dat de lijst voldoet en peilt wat hij moet peilen. Dit is belangrijk in het vaststellen van het totaalprofiel van de slechthorenden en de haalbaarheid van de aanpassing.

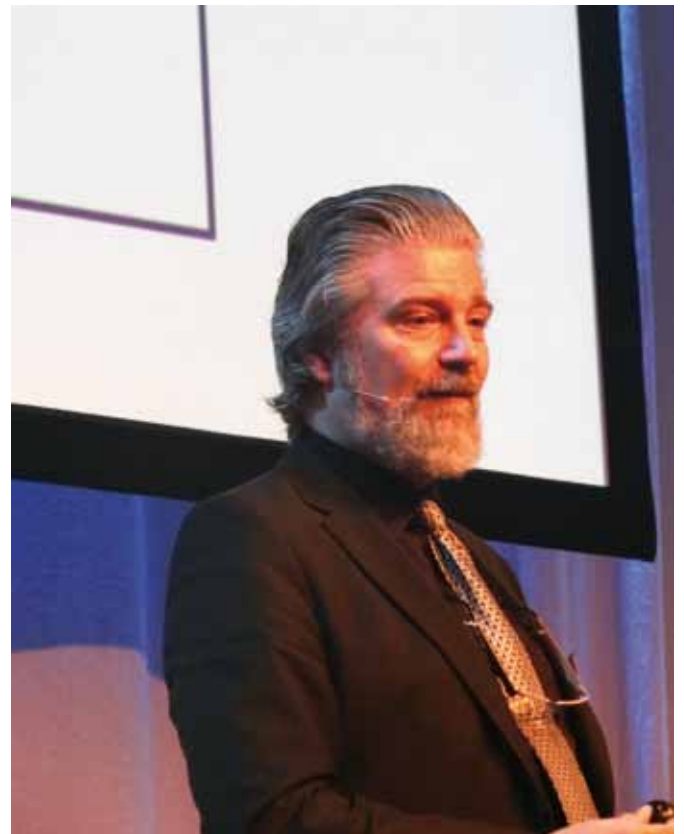
VERSTERKING IS NIET ALTIJD EEN ZEGEN

Het juist meten, bepalen en aanpassen van ruistolerantie voor spraak en het maximale niveau van tolerantie heeft bijvoorbeeld invloed op het aantal uren dat het hoortoestel aan het eind van de proefperiode wordt gedragen. Bij een goede ruistolerantie is de draagduur 8-12 uur, bij een slechte ruistolerantie wordt een toestel gemiddeld 3 uur gedragen. Het is zaak mensen gedurende het aanpastraject goed te begeleiden en goed te motiveren. Als je een aspect verwaarloost kan dit het hele project laten mislukken. Focus is een ander (cognitief) aspect. Bij spraak-in-ruis is gekeken naar correlatie tussen geheugen en spraakverstaan. Er is een duidelijk verband zonder hoortoestellen en er is een opvallende versterking van de relatie cognitie/focus met hoortoestel. Dit is niet verwonderlijk aangezien iemand beter functioneert als eventuele auditieve gaten kunnen worden ingevuld. Het herkennen van samenhang is belangrijk. Als de signaalverwerking is verstoord wordt informatie gemist en als iemand minder capaciteiten heeft om informatie aan te vullen, gaat hij slechter functioneren. Dit is niet iets om op te selecteren omdat dit niet is op te lossen met een hoortoestel, maar het is wel een aspect dat moet worden meegenomen in de uiteindelijke keuze. 'Lokalisatie is zonder hoortoestel beter dan met, als het gaat om horizontale lokalisatie met bilateraal hoortoestellen' [J. Acoust. Soc. Am. 119 (1), January 2006]. Met omni hoortoestellen en adaptieve directionaliteit bleek dat hoe meer de apparaten adapteerden, hoe meer de lokalisatie in de war werd gebracht. Let dus op met adaptieve features bij slechthorenden die problemen hebben in selectie van signaalverwerking. Goed nieuws is dat recent directionele systemen steeds meer het menselijk oor benaderen waarmee het lokalisatieprobleem steeds kleiner wordt. Er is geen significant verschil tussen nieuwe technologie en het natuurlijk systeem aangetoond.

5 PRODUCTMANDJES

Ten behoeve van functiegerichte selectie wordt gewerkt aan een classificatie van hoortoestellen. Er zijn 5 categorieën met binnen iedere categorie een aantal mogelijkheden. Als het ware 5 'winkelmandjes' gevuld met toestellen die binnen een bepaalde prijsklasse vallen, en daarbij horende features. Uit audiometrisch onderzoek en vragenlijst komen beperkingen en doelstellingen. Het geeft aan wat nodig is voor interventie en daarmee wordt duidelijk uit welk van de 5 mandjes een hoortoestel moet worden geselecteerd.

Vervolgens wordt uit het betreffende mandje de beste keuze gemaakt. Naast technologie en features gaat het ook om aanpastijd en – niet onbelangrijk – de invloed van de audicien. Mark Laureyns benadrukt nog maar eens dat het beste hoortoestel dat slecht is aangepast het niet haalt tegenover een goed aangepast hoortoestel van mindere kwaliteit. In het hele proces blijft de deskundigheid van de audicien een voorwaarde. Er is nog weinig bewijs voor effectiviteit van een aantal features. Alle relevante merken hebben hun informatie doorgestuurd en een groot deel van de toestellen is inmiddels gecategoriseerd. De fabrikantgegevens kunnen worden afgezet op de 6 assen om te kijken wat binnen dit systeem een toegevoegde waarde heeft. Er wordt uitgegaan van hetgeen bekend is. Dit beginpunt op basis van evidence based research moet evolueren tot practice based evidence waarbij in de praktijk wordt bewezen dat die systemen inderdaad bij de audicien in de praktijk, binnen het protocol, die toegevoegde waarde krijgen. Zo wordt duidelijk dat een bepaald type toestel in een bepaald mandje overeenkomt met de gegevens op de assen en is aangepast bij een groot aantal slechthorenden, inderdaad een verbetering geeft. Er ligt een robuust model dat klaar is voor evolutie. Het is voorzien van punten voor bewezen features. Hoe meer bewijs wordt geleverd en/of hoe meer effect, hoe meer punten worden toegekend. Er moeten voldoende toestellen in het mandje zitten om het werkbaar te maken. Inmiddels zitten er meer dan 1100 toestellen in de database.



Mark Laureyns

ADEQUAAT?

Er is onderzocht hoeveel tijd het nieuwe protocol in beslag zal nemen. De zachte assen van spraak in stilte en detectie kosten wat aanpassing betreft de minste tijd. Spraak in ruis kost wat meer tijd. Uit het totale onderzoek komt een puntenaantal naar voren en op basis van de complexiteit van de beperking is vastgesteld wat de gemiddelde tijd is die moet worden besteed aan de diverse onderdelen binnen het aanpastraject. Vijf beperkingsgraden zijn bekeken m.b.t. protocol, triage, aanpassing en nazorg. De tijdsduurindicatie is een totaal van 10 uur (beperking 1) tot een totale tijdsduur van 24 uur (beperking 5). Doorgaans vraagt een complexe beperking ook om een meer complex hoortoestel en vraagt meer tijd m.b.t. aanpassing en nazorg. Op basis van beperking moet worden gezocht naar een adequate verbetering. Haalbaarheid en wat wenselijk is, zijn mede bepalend voor de doelstelling. Er kan gestreefd worden naar een gemiddelde doelstelling, een makkelijke doelstelling of een hoge doelstelling. Een hoge doelstelling waar de cliënt niet achter staat pakt ongunstig uit voor de cliënt. Hoe hoger de doelstelling, hoe hoger het puntenaantal moet zijn en hoe groter het verschil zal zijn tussen voor en na de aanpassing. Goed onderzoek van de individuele noden en het profiel van de slechthorende is dus geboden en gebeurt via het protocol en de vragenlijst. Het doel is te komen tot een match, uitgaande van gemiddelde reële behoeften van de individuele cliënt. Adequaats is niet maximaal. Over-adequaats is te duur: als een verdedigbare reële hoge behoefte bestaat dan moet eerst een test worden gedaan met twee verschillende adequate oplossingen. Als deze geselecteerde hoortoestellen in de praktijk niet voldoen om heel specifieke redenen, dan moet worden onderzocht of er sprake is van een bijzondere zorgvraag of een over-adequate aanvraag. In geval het gaat om een bijzondere zorgvraag, wordt hierin voorzien door de zorgverzekeraar. Als het gaat om een over-adequate aanvraag, is het vooralsnog onzeker of dit mogelijk is met bijbetaling. Het kan ook gebeuren dat de klant om bijvoorbeeld financiële redenen bewust vraagt om een onder-adequate oplossing. Een goedkoper onder-adequaats voorstel zal altijd problemen opleveren voor de slechthorende. Als de verzekerde niet tevreden is kan de zorgverzekeraar verhaal halen bij de audiciens. Als de cliënt bewust kiest voor deze oplossing, is het zeer verstandig dit te documenteren en door de cliënt te laten ondertekenen! De audiciens weet dat het toestel onmogelijk kan voldoen en de verantwoordelijkheid voor de aanpassing ligt geheel bij de cliënt.

IN HET KORT

- Leg de klant de te volgen procedure en het traject uit. Leg duidelijk uit dat de lijst is bedoeld om een beeld te krijgen hoe de slechthorende zijn handicap ervaart en presenteer de vragenlijst als een positief meetinstrument.
- Laat de Amsterdamse Vragenlijst zelfstandig invullen. De antwoorden worden vastgelegd in de ZN-database. Er wordt gewerkt aan een kortere, efficiënte versie.

- Voer de klassieke audiometrische testen uit (Triage basis – drempel en spraak-audiometrie in stilte).
- Je krijgt de grafiek van de resultaten van de vragenlijst, met een projectie van de te verwachten resultaten op basis van audiometrie. Bespreek dit met de klant (onder/over perceptie van beperking) en bespreek de doelstelling. Aangeraden wordt gebruik te maken van de COSI-vragenlijst (Cliënt Oriented Scale of Improvement).
- Op basis van het bovenstaande krijg je een puntenaantal dat aangeeft welk technologieniveau geselecteerd kan worden met het oog op de vergoeding. (inclusief aanpastijd). Er is een totaal aantal punten en de punten per as (6 assen). Hierbij past een aantal toestellen. Het is op basis van ervaring (practice based) dat de audiciens een keuze maakt omdat een toestel beter resultaat geeft bij problemen op een specifieke as waar de slechthorende problemen heeft.
- Na aanpassing en proefperiode laat je de Amsterdamse Vragenlijst opnieuw invullen. Hieruit is de mate van verandering aantoonbaar. Geadviseerd wordt ook de COSI-vragenlijst in te vullen.
- Indien het resultaat gunstig is: ☺

TOT ZO VER

Nog niet alles met betrekking tot het nieuwe protocol is bekend. Er zullen regelmatig updates worden gegeven. Vragen zijn er nog genoeg: Hoe gaat het bij vervanging? Krijgt een ervaren high-end gebruiker een gelijkwaardig toestel aangeboden? Wat als iemand niet in staat is de vragenlijst in te vullen, mag iemand uit de omgeving van de cliënt dan helpen? Als iemand op basis van de vragenlijst in aanmerking komt voort een hoortoestel uit categorie 4 of 5, moet de cliënt dan worden verwezen naar een AC? Het afnemen van de Amsterdamse Vragenlijst bij een vervangingsprocedure is gebaseerd op de situatie mét hoortoestel. Bij vervanging tellen vooral de audiometrische gegevens. Het protocol heeft nog geen testfase doorstaan en wordt ingevoerd in combinatie met bezuinigingen. Het is niet ideaal en op alle fronten moet goed de vinger aan de pols worden gehouden. Het is niet de bedoeling dat vanaf het nieuwe jaar 80% van de slechthorenden via het AC moet worden geholpen. Er wordt door de protocolcommissie gewerkt aan een nieuwe standaard voor huisartsen. Zij moeten doorverwijzen naar de audiciens en kunnen een audiciens om hulp vragen bij het maken van een audiogram of het invullen van een vragenlijst. De audiciens krijgt een grotere rol in het verwijzen naar de AC's. De spraak-in-ruistest (harde aspecten) was voor audiciens niet verplicht en werd eventueel -indien gewenst- afgenomen. Om te kunnen voldoen aan het protocol wordt gewerkt aan een betaalbare test t.b.v. de audicienspraktijk.

Nb. De afbeeldingen van de presentatie van Mark Laureyns zijn te bekijken op de site [www.audiciensregister.nl/seminar november 2012](http://www.audiciensregister.nl/seminar_november_2012). In het dagprogramma kunnen de presentaties worden aangeklikt. ►►►

DE AMSTERDAMSE VRAGENLIJST (AIADH)

Psycholoog René van der Wilk besprak inhoud en belang van de AIADH, voluit: Amsterdam Inventory of Auditory Disability and Handicap. Dit onderwerp wordt elders in dit nummer ook onder de loep genomen door audioloog Niek Versfeld die op het Hoorprofcongres stelde dat een belangrijk deel van de hoortoestelkeuze bestaat uit het vaststellen van de problematiek, waarbij een vragenlijst zeer geschikt is om de beperking, zoals die door de patiënt wordt ervaren, vast te stellen. De vragenlijst is opgenomen in het protocol. De WHO (World Health Organisation) hanteert de International Classification of Impairments, Disability and Handicaps. Een gehoorstoornis is een 'impairment' en er is een beperking (disability) van normale hoor- en luisteractiviteit. De cliënt ervaart verminderd spraakverstaan of richtinghoren als een handicap in zijn sociaal-maatschappelijk functioneren en kan daardoor wellicht zijn beroep of deeltaken niet meer uitoefenen. De ICF is vernieuwd tot International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en houdt rekening met omgevingsfactoren en de context. Het legt meer nadruk op wat de cliënt met zijn handicap nog wél kan dan op de beperking. Voor het gehoor bestaan nog geen valide ICF-scores. Het ZN-protocol dat in korte tijd en vóór 1 januari 2013 moest worden ontwikkeld is een flinke uitdaging, aldus René van der Wilk. In het protocol zijn inmiddels veel facetten opgenomen maar evaluatie, verbetering en uitbreiding blijven nodig. Goede nabespreking en communicatie met het werkveld zijn van groot belang, nu, en in de toekomst. Een passend protocol is het middel om het doel en het belang van de beperking vast te stellen en tot een hooroplossing te komen die niet onder- of boven adequaat is. Soms kan er sprake zijn van een bijzondere zorgvraag. In dat geval moet de cliënt worden verwezen naar een AC. Het is zaak om opgedane ervaring goed terug te koppelen naar de zorgverzekeraar. Inzicht in de problematiek en vakkennis van de audiciens zijn in dit traject uitzonderlijk belangrijk. Het afnemen van een vragenlijst geeft aandacht aan de cliënt en zijn probleem, en is alleen al daarom een interventie. Vragenlijsten geven



René van der Wilk

naast intake en audiometrisch onderzoek veel informatie die nodig is voor een verantwoorde hoortoestelkeuze. Beleving van de handicap, maatschappelijke positie, leef- en/of werkomstandigheden en auditieve mogelijkheden spelen een rol bij de doelstelling. In het vaststellen van de individuele zorgvraag moet de audicien alert zijn en dóórvragen naar de beperkingen die in het dagelijks leven worden ervaren en de knelpunten in de beroepsuitoefening. Het werken met een goed onderbouwd protocol geeft structuur en uniformiteit in het inventariseren van het probleem en geeft duidelijkheid m.b.t. beperking en doelstelling van de cliënt. Het is ongunstig dat het nieuwe zorgprotocol moet worden uitgetest in combinatie met invoering van functiegericht voorschrijven en bezuinigingen in de gezondheidszorg. Niet alles is binnen een protocol te vangen. Problemen met akoestiek worden pas opgemerkt in de praktijk waar nagalm optreed of lawaai is. Akoestische problemen kunnen een argument zijn voor een andere hoortoestelkeuze dan op basis van eerdere informatie zou zijn gedaan. De Amsterdamse vragenlijst is alleen voor volwassenen en kan geautomatiseerd in circa 25 minuten worden ingevuld. De vragenlijst bevat plaatjes die helpen om de luistersituatie te verduidelijken, maar het is belangrijk dat de audiciens vooraf goede instructie en uitleg geeft. De vragen moeten door de cliënt zelfstandig worden ingevuld. Als het gaat om hoortoestel dragers moeten de vragen worden beantwoord vanuit de situatie mét hoortoestellen.

ZES FACTOREN

Het afnemen van de Amsterdamse vragenlijst is een zachte meting van 6 factoren:

1. niet goed kunnen horen van (zachte) geluiden
2. niet goed kunnen onderscheiden van geluiden
3. niet verstaan in stilte
4. niet verstaan in lawaai
5. niet kunnen lokaliseren van een geluidsbron
6. hinder ondervinden van harde geluiden

Hiermee kan bijna 70% van de subjectieve gehoorklachten worden vastgesteld. De informatie uit de vragenlijst wordt aangevuld met objectieve metingen (toonaudiometrie en spraakverstaan in stilte (1), spraakverstaan in stilte en richtinghoren (2), zinsverstaan in stilte en in stationaire ruis (3), zinsverstaan in fluctuerende ruis (4), toonaudiometrie en test op richtinghoren (5), klein dynamisch bereik in toon- en spraakaudiogram (6)), maar ook door verder te vragen en te controleren of de cliënt problemen heeft die niet aan de orde zijn gekomen. 'Doelstelling' wordt opgenomen in het protocol. Zolang dit niet het geval is kan de COSI (Cliënt Oriented Scale of Improvement) uitkomst bieden. Er kunnen discrepanties bestaan tussen beperkingen en doelstellingen omdat een groot probleem voor de betrokkenen een kleine last kan betekenen, of juist omgekeerd. Dit kan afhankelijk zijn van sociale behoeften, beroep of woon-werkomstandigheden. Dit staat niet in het protocol, maar daar moet de audicien zo nodig wel naar vragen. Aan de lijst

worden ook vragen toegevoegd m.b.t. ruistolerantie. De hoeveelheid geaccepteerde achtergrondruis bij het luisteren naar spraak is een centraal proces, onafhankelijk van o.a. gehoorverlies of leeftijd. Er is een relatie tussen ruistolerantie en auditief werkgeheugen en de ANL-test is een goede voorspeller voor succes met hoortoestellen.

Relaties zijn niet zo specifiek dat met behulp van objectieve tests de beperking kan worden vastgesteld. De vragenlijst heeft dan ook een duidelijke meerwaarde bij het in kaart brengen van de beperkingen in het dagelijks leven en het meten van verbetering.

ZELF DOEN

Om audiciens te laten ervaren hoe de AIADH in elkaar zit kregen alle aanwezigen een stemkastje en werden op een groot scherm de vragen geprojecteerd.

Op www.audicienregister.nl kunt u in het programma van het seminar (november 2012) de Amsterdamse vragenlijst aanklikken, bekijken en beantwoorden.

"Instructie:

Horen is meer dan waarnemen van geluid. Voor de veiligheid bijvoorbeeld is het belangrijk om te weten wat voor soort geluid men hoort en waar dat geluid vandaan komt. Ook de mogelijkheid anderen te kunnen verstaan is van groot belang. Het luisteren naar muziek is een vorm van horen die eveneens van grote waarde is.

Bij slechthorendheid kunnen verschillende aspecten van horen aangetast zijn. Ook is het zo dat niet alle luisteractiviteiten voor iedereen even belangrijk zijn. In deze vragenlijst wordt over verschillende aspecten van horen een aantal vragen gesteld. Graag vernemen wij van u welke van die aspecten bij u moeilijkheden opleveren en met welke regelmaat die moeilijkheden zich voordoen.

Elke slechthorende kan het beste zelf aangeven waar voor hem of haar de knelpunten liggen. Daarom leggen wij deze vragenlijst aan u voor. Door middel van deze lijst krijgt u de mogelijkheid aan te geven of u door uw slechthorendheid gehinderd wordt en zo ja, wanneer en in welke mate. Het is de bedoeling dat u bij het beantwoorden van de vragen uitgaat van de situatie met hulpmiddelen.

Wij vragen u de lijst zorgvuldig in te vullen. U zult ongeveer een half uur nodig hebben om alle vragen te beantwoorden."

CLASSIFICATIE VAN HOORTOESTELEIGENSCHAPPEN (IN WORDING)

Bert van Zanten, Klinisch-fysicus/Audioloog (UMC Utrecht) geeft een overzicht van de totstandkoming van de classificatie van hoortoesteleigenschappen, een voorwaarde voor functieherstelgerichte selectie. Vanaf 1 januari 2013 is de keuze voor een hoorhulpmiddel niet langer productgericht, maar functie(herstel)gericht. Om dit te kunnen beoordelen zijn n.a.v. het PACT-CvZ-rapport (Compensatie van verminderd horen, project OP09/652/002) hoortoestelkenmerken geïnventariseerd op:

- aantal akoestische programma's

- aantal automatische programma's
- aantal frequentiekanalen
- directionaliteit: alleen omni/vast directioneel/adaptief
- ruisonderdrukkingssysteem: afwezig/aanwezig
- windruisonderdrukkingssysteem: afwezig/aanwezig
- feedbackonderdrukking systeem: afwezig/statisch/dynamisch
- low-level expansie: afwezig/aanwezig
- bandbreedte > 6 kHz: afwezig/aanwezig
- frequentietranspositie: afwezig/aanwezig
- binaurale communicatie: afwezig/aanwezig
- draadloze communicatie: afwezig/aanwezig (FM, Bluetooth, beide)

Uit relevante literatuurstudies komt vooral bewijs dat versterken van geluid, frequentie-afhankelijk, herstel van functie oplevert bij slechthorenden m.b.t. hoorbaarheid van geluiden in de omgeving en spraakverstaan in stilte. Ook is bewijs geleverd dat lokaliseren van geluid met twee hoortoestellen beter gaat dan met één. Voor alle andere kenmerken is nog geen bewijs voorhanden met een voldoende hoog niveau van wetenschappelijk bewijs en ook relaties tussen soort gehoorverlies en type hoortoestel zijn niet bewijsbaar aangetoond. CvZ mag sinds 2006 alleen positief adviseren over nieuwe methoden van onderzoek en behandeling als deze evidence based zijn, dus een hoog niveau van bewijs hebben. Als geen bewijs voorhanden is mag worden volstaan met 'expert opinion'. Op uitdrukkelijk verzoek van CvZ is daarom een overzicht gemaakt van de te verwachten toepasbaarheid van de losse functionaliteiten. Hierin wordt kort en indicatief weergegeven welke toepasbaarheid de verschillende functionaliteiten (kunnen) hebben voor slechthorenden met een licht tot matig gehoorverlies en voor slechthorenden met een ernstig tot zeer ernstig gehoorverlies. Een team van experts uit verschillende belanghebbende beroepsgroepen heeft zich gebogen over de door hen ingeschatte waarde voor het eindresultaat van de hoortoestelaanpassing van een volumeregelaar, meerdere programma's, afstandsbediening, automatische programmaregeling, zelf lerend vermogen, datalogging, adaptieve richtingsgevoelige microfoon, vaste richtingsgevoelige microfoon, ruisonderdrukking, frequentietranspositie, fluitonderdrukking, luisterspoel, audio-input, compatibel met FM/Bluetooth en een frequentiebereik van meer dan 6 kHz. De waarde-inschattingen bleken in 2009 goed overeen te komen tussen de verschillende groepen in het werkveld.

DE CLIËNT

Voor de cliënt kunnen andere toesteleigenschappen belangrijk zijn dan uit objectief onderzoek naar voren komt. Het doel van hoortoestelaanpassing is om de hoorbeperking zoveel mogelijk op te heffen. Bij adequaat aanpassen hoeft het door zorgverzekeraars gestelde doel niet per se overeen te komen met hetgeen de cliënt wil. Het is dus zaak patiëntkenmerken [zie presentatie van >>>

SIEMENS



www.siemens.nl/hoortoestellen

miCON. Because the future belongs to Soundability.

Ervaar het nieuwe platform achter BestSound™ Technology. Pure innovatie voor een ongekennde luisterervaring.

Eindeloze mogelijkheden, door een zeer compleet pakket aan instelparameters. Dat is micon, het nieuwe icoon van Siemens.



De compleet nieuwe micon chip die dit alles mogelijk maakt bevat 18 miljoen transistors, 200 keer meer geheugen, een bandbreedte tot 12.000 Hz, 48 kanalen en 250 miljoen bewerkingen per seconde!

micon geeft het begrip Soundability een heel nieuwe dimensie: miSound staat garant voor zowel het allerbeste geluid als het behoud van natuurlijke akoestiek. Dit bevordert de spontane acceptatie en elimineert akoestische feedback.

miFocus verbetert de richtingsgevoeligheid en hoorbaarheid van hoogfrequente geluiden voor een moeiteloze spraakverstaanbaarheid, zelfs in lastige hoorsituaties. miGuide biedt automatische acclimatisatie in elke luistersituatie.

micon: Een hoorbeleving die zó goed is, dat gebruikers vergeten dat ze het dragen!



Life sounds brilliant.

Mark Laureyns; 6 auditieve aspecten] en een bijpassend classificatieprotocol voor hoortoestellen te formuleren. De werkgroep Keuzeprotocol kwam langdurig niet tot een eenduidig classificatieprotocol en onder tijdsdruk heeft ZN een uiteindelijke keus gemaakt voor inventarisatie van relevante toesteleigenschappen voor detectie (hoorbaarheid), discriminatie van geluiden, spraakverstaan in stilte, spraakverstaan in ruis, lokalisatie en tolerantie van geluid. Een aantal kenmerken komt meerdere keren voor en past bij meerdere onderdelen. [de lijst van eigenschappen staat op [www.audicienregister.nl/seminar november 2012](http://www.audicienregister.nl/seminar_november_2012). In het dagprogramma kan de presentatie worden aangeklikt] Uiteindelijk moet duidelijk zijn hoe belangrijk het kenmerk is voor elk van de 6 aspecten (patiëntkenmerken) en welk gewicht het in de schaal legt. In het systeem wordt selectie van een toestelklasse (categorie) gebaseerd op de patiëntkenmerken (via vragenlijst en audiometrie) die zijn samengevat in een getal (een optelling van de beperkingen). Dit moet leiden tot selectie van een toestel dat binnen de categorie de beste match geeft, rekening houdend met de 6 afzonderlijke gebieden van auditieve beperking. Dus: een hoortoestelcategorie die past bij de disfunctie van de patiënt en binnen die categorie een hoortoestel waarbij functies die belangrijk zijn voor de patiënt aan bod komen.

5 CATEGORIEËN

De hoortoestellen worden gegroepeerd in 5 klassen van complexiteit en prijs. Op basis van een volledig onderzoek wordt een categorie geselecteerd uit een van de 5 klassen, en binnen deze categorie is een aantal hoortoestellen beschikbaar. Vooralsnog wordt uitgegaan dat 80% van de hoortoestelaanpassingen in de laagste 3 klassen van complexiteit moeten vallen. Maar, zo stelt Dr. van Zanten, het is werk in ontwikkeling en werk in uitvoering tegelijkertijd; niets is helemaal zeker. In de praktijk zal de audiometrische controle doorgaans op 3 van de 6 beperkingsgebieden gedaan worden door de audiciens. De cliënt moet zelfstandig de Amsterdamse vragenlijst invullen die vervolgens wordt opgeslagen in een centrale database. [opm. redactie: als dit niet wordt geanonimiseerd moet nog duidelijk worden hoe met de gegevens wordt omgegaan en of er toestemming nodig is van de cliënt]. Ook het definitief gekozen toestel wordt centraal opgeslagen. Ook het classificatieprotocol is werk in ontwikkeling en uitvoering tegelijk. Het wordt uitgevoerd door een onafhankelijke ZN-stichting op basis van informatie van de fabrikanten, gecontroleerd door deskundigen uit het werkveld, met in de toekomst de eis voor het vergaren van practice-based evidence voor de mate auditief functieherstelvermogen van het toestel, al dan niet door een bepaalde feature. Een ZN-werkgroep bouwt met hulp van PACT een classificatiesysteem waarin tot nu toe 1285 toestellen zijn samengebracht. Op 15 december 2012 moet het klaar zijn. De classificatie van hoortoestellen is zeker niet perfect. Door nog te verzamelen gegevens (evidence based practice) moet het systeem doorlopend

worden bijgesteld. Hierbij is het belangrijk dat observaties en ervaring door de audiciens met betrekking tot classificering van de hoortoestellen worden meegenomen. Maak gebruik van de meldpunten bij Star, NVAB en Audined om problemen en knelpunten door te geven! De bedoeling blijft altijd om individuele slechthorenden te helpen aan een passende hoortoestelaanpassing volgens het ZN-protocol in combinatie met de eigen kritische blik, kennis en kunde van de audiciens. Er is (bij sommige zorgverzekeraars) ruimte om, goed onderbouwd, een aanvraag in te dienen voor een andere hoortoestelcategorie.

ZIJN ER NOG VRAGEN?

Vragen zijn er genoeg en niet op alle vragen is er (al) een antwoord. Het is wel duidelijk dat veel geruchten voor verwarring hebben gezorgd. Werd door een van de sprekers opgemerkt dat Nederland uniek is met dit ZN-protocol, dan kan Paul Valk aanvoeren dat onder andere Frankrijk en de VS al langer werken met categorisering en dat een aantal landen ermee experimenteert. Het is belangrijk om bij de feiten te blijven, maar het is niet eenvoudig om de juiste informatie te selecteren uit het aanbod op seminars, congressen, uit nieuwsbrieven, twitter en wat al niet meer.

Het ZN-protocol is voor audiciens. Wat het gaat betekenen voor bijvoorbeeld de AC's is niet bekend. Ook KNO-artsen moeten op de hoogte worden gebracht aangezien zij niet meer bindend kunnen voorschrijven. De verantwoordelijkheid voor hoortoestelkeuze ligt in eerste instantie bij de audiciens

De tekst van het ZN-protocol is nog onvoldoende uitgewerkt en zeker niet de eindtekst. E.e.a. wordt verwerkt in het handboek van Star, zodat audiciens alles op één plek kunnen vinden. Het verdient aanbeveling dat audiciens de tekst goed lezen.

Met betrekking tot buitendienstaudiciens is Star altijd uitgegaan van incidenteel aanmeten op locatie. In uitzonderingsgevallen kunnen dan de regels (inrichtingseis) met enige souplesse worden toegepast. Is aanpassen op locatie structureel, dan moet volledig aan de Stareisen worden voldaan. Paul Valk geeft aan dat Star op dit punt in de toekomst regelgeving strenger zal handhaven.

Klanttevredenheid is een groot goed. Niemand wil een systeem dat faalt op 2/3 van het aantal hoortoestelaanpassingen. Dat betekent dat er cijfers moeten komen, bewijs dat het goed gaat of juist niet goed gaat, waarop het huidig beleid kan worden bijgesteld.

De functiegerichte aanpassing maakt een instantie als het UWV overbodig omdat er bij de keuze voor een bepaald hoortoestel rekening wordt gehouden met de werksituatie.

De eindcontrole blijft gewoon bestaan.



Naast de Amsterdamse Vragenlijst wordt de COSI geadviseerd. Er wordt gewerkt aan een inkorting van de huidige Amsterdamse vragenlijst t.b.v. het ZN-protocol. Daarnaast worden vragen toegevoegd o.a. over ruistolerantie. Er moet volgens het protocol met de Amsterdamse vragenlijst worden gewerkt, maar zowel gebruik als aanpassing moeten nog worden geaccordeerd door de rechthebbenden. Er bestaan dus rondom de Amsterdamse vragenlijst een aantal mitsen en maren.

De Amsterdamse vragenlijst (en evt. COSI) is een tool náást de intake (lijst en gesprek).

Tinnitusmaskeerders zijn in de classificatielijst nog niet terug te vinden. Het gaat wel om een apart kenmerk, maar zal misschien een aparte categorie moeten vormen.

De harde en zachte criteria leveren een bepaald puntenaantal op. Dit bepaalt de categorie. Het is aan de audicien om binnen die categorie het juiste toestel te selecteren. Het is dus geen rigide systeem, er rolt niet automatisch een oplossing uit. Naast de techniek van het hoortoestel wordt een beroep gedaan op de competenties van de audicien.

Iedere audicien moet 5 categorieën kunnen aanbieden en binnen iedere categorie voldoende spreiding hebben van hoortoestellen om een keus te maken. Dit is een eis van Star en NVAB.

Voor de keuze van een hoortoestel uit categorie 4 of 5 is geen machtiging nodig. Achmea stelt dat het de verantwoordelijkheid is van de audicien die zijn keuze wél moet kunnen onderbouwen.

Evaluatie moet plaatsvinden door alle betrokken partijen en per direct ingaan. Het beleid is voor iedereen nieuw en moet worden uitgevoerd terwijl nog niet op alle vragen een antwoord is. Vragen, kritiek en advies moeten door iedereen worden gedeeld en op verschillende manieren worden gecommuniceerd om problemen vast te stellen en oplossingen te zoeken.

Op de website van NVAB is een vragenlijst geopend waarop audiciens knelpunten in het systeem kunnen doorgeven. Het systeem wordt ingevoerd, maar op basis van ervaring en bewijs uit de praktijk kunnen in iedere stap aanvullingen, correcties en aanpassingen worden gedaan.

Wat nu gebeurt is niet 'audiciëntje pesten', maar een maatregel die in de totale zorg is ingevoerd. Het probleem is dan ook niet het functioneel voorschrijven, maar de prijs waartegen de dienst moet worden geleverd.

In alles wat hij doet blijft de audicien regisseur over de eigen werkzaamheden, het eigen handelen. Vakbekwaamheid is het enige juiste beoordelingscriterium, óók met een protocol. <<<<



Nieuwe geluiden over tinnitus

Verslag van het landelijk NVVS symposium, 2 november 2012 te Utrecht

Wat is er wél mogelijk voor mensen waarvoor medisch gezien niks meer mogelijk is? Nog altijd wordt mensen met tinnitus geadviseerd 'er mee te leren leven', maar het omgaan met de uitgebreide problematiek lukt niet zonder begeleiding, informatie en goede handvatten. De NVVS wil met dit symposium duidelijk maken dat er wel degelijk wegen zijn die de patiënt kan bewandelen. Daarvoor is gedegen en recente kennis over hulp- en begeleidingsmogelijkheden bij de hulpverlener van essentieel belang. Nieuwe geluiden over tinnitus kwamen naast eigen land ook uit Groot-Brittannië en Duitsland. Nieuwe behandelings- en begeleidingsmethoden bieden perspectieven voor tinnituszorg in Nederland. Daarbij mag ook het probleem van hyperacusis niet worden onderschat. De combinatie tinnitus en hyperacusis komt meer voor dan gedacht en vooral hyperacusis leidt tot sociaal isolement. Huisartsen en hulpverleners zijn niet allemaal even goed bekend met de omvang, diversiteit aan vormen en gevolgen van het fenomeen 'oorsuizen'. Met een intentieverklaring wil de NVVS hier verandering in brengen; tinnitus en hyperacusis zijn meer dan 'alleen oorsuizen', meer dan alleen een hoorprobleem.

ENQUÊTERAPPORT

Ben Schut, voorzitter NVVS Midden Nederland, noemt de audiciens als frontofficier die aandacht kan geven aan de tinnituspatiënt en hem op het goede spoor kan zetten naar adequate hulp. Hij richtte zich tot de circa 75 aanwezige audiciens en vroeg hen in deze tijden van onrust toch vooral op het front te blijven. Beroepsgroepen moeten worden samengebracht en samenwerken. De problemen zijn nog lang niet opgelost. De commissie Tinnitus en Hyperacusis van de NVVS wil vooral het netwerk versterken en daarin een spilfunctie vervullen. Om daarnaast de belangen en wensen van de patiënt te vertegenwoordigen ondervroeg de NVVS



vorig voorjaar 2000 patiënten over hun dagelijkse ervaringen met tinnitus en hyperacusis en mogelijke verbeterpunten. Met de uitkomsten van dit onderzoek kan vanuit het perspectief van de patiënten een dialoog worden opgezet met zorgverleners. De resultaten zijn samengevat in een uitermate informatief en praktisch rapport 'Nieuwe geluiden'. Een belangrijk aandachtspunt voor de hulpverlening is dat tinnitus vaak zwaarder te dragen is dan door de omgeving van de patiënt wordt gedacht. Ook verschil in oorzaak, eigen perceptie, geluiden, beleving en benadering bij mannen en vrouwen zijn enkele punten uit het rapport. Het advies 'ermee te leren leven' roept veel woede op; de patiënt staat met lege handen en moet middelen aangereikt krijgen om met tinnitus om te gaan. De patiënt wil antwoorden, uitleg, hulpmiddelen en behandelmogelijkheden. Volgens KNO-arts Rob van Hulst zijn artsen terughoudend omdat op basis van Evidence Based Practice weinig bewijs is geleverd voor effectiviteit van behandelingen. Medisch is er weinig aan tinnitus te doen maar begrip tonen, de klacht serieus nemen en samenwerken met de audiciens kan wél bijdragen aan een verbetering van de situatie. Hij merkt terecht op dat audiciens de laatste jaren veel beter zijn opgeleid en toegerust om een bijdrage te leveren aan de zorg rondom tinnitus. 36% van de patiënten heeft naast tinnitus ook hyperacusis; ook daar moet de professional zich van bewust zijn. Lees het allemaal op www.nvvs.nl/rappornieuwegeluiden!

DEUTSCHE TINNITUS-LIGA (DTL)

De DTL is een zelfhulp-organisatie en start in 2013 met een op internet gebaseerde zelfhulpmethode. Zelfhulp is ▶▶▶

niet vanzelfsprekend maar soms de enige weg tot verlichting. Ervaringen zijn niet hetzelfde als de kennis van een therapeut of expert, dus is het aan de patiënt om het goed te vertellen, met alle aspecten. Daarnaast biedt de DTL veel deskundige informatie en ondersteuning. President DTL Volker Albert noemt de 7 functionele gebieden van horen (waarschuwing/ alarm, informatie, energie, sociaal, emotie/perceptie, communicatie, oriëntatie) en restricties ten gevolgen van tinnitus, hyperacusis en gehoorverlies. Horen is leven en het is niet eenvoudig om de essentie van horen te begrijpen. Patiënten kunnen niet meer communiceren zoals ze gewend waren en kunnen terugverlangen naar 'vroeger', toen het gehoor goed was. Misverstanden verstoren contacten. Er is sprake van sociaal isolement en de patiënt is ook emotioneel alleen omdat woorden wel worden opgevangen, maar de emotionele betekenis daarvan vaak verloren gaat. Hoogfrequente tinnitus werkt als een alarmsignaal waarop het lichaam reageert met opgetrokken schouders waaruit weer andere klachten kunnen voortvloeien maar waardoor ook de tinnitus kan verergeren. In een constante alarmfase is er ook constante staat van paraatheid. Dit kost veel energie en kan leiden tot agressie of terugtrekken in jezelf. Albert noemt tinnitus op latere leeftijd een 'breach in the course of life' en een traumatische ervaring die onderhuids doorwerkt. Het creëert achterdocht en veroorzaakt misverstanden, het spraakbegrip verandert omdat hoge tonenverlies problemen geeft in het interpreteren van emoties in de spraak en een adequate reactie. Een goed oor is een actief orgaan in perceptie en informatieverwerking. Als dit is verstoord is luisteren vermoeiend en de patiënt heeft tijd nodig om 'bij' te komen. Conversatie is niet langer casual en ontspannen. Door stress is het ook moeilijker voor het brein om nieuwe informatie op te nemen. Het korte termijngeheugen is vaak aangedaan: als het veel moeite kost om te luisteren en te reageren is vaak het begin van de informatie alweer verloren. Dit alles heeft consequenties voor relaties. Oostenrijks onderzoek toont aan dat onder slechthorenden een hoog aantal gebroken relaties voorkomt. Samen met zijn echtgenote verzorgt Albert workshops: hij doet de tinnituspatiënten en zij neemt de partners onder haar hoede. Ze vertellen ieder hun kant van het verhaal. 'we are always running on adrenaline', zegt Albert. Stress verlagen is belangrijk. Om een voortdurende ontspanning te bewerkstelligen zijn in Duitsland Tai-Chi en Chi-Quong erg in trek. De meest effectieve therapie is echter cognitieve gedragstherapie (CGT) De meeste Duitse KNO-artsen hebben niet veel aandacht voor tinnitus omdat dit tijd kost en hier geen vergoeding tegenover staat. Onder het motto 'educate your doctor' moet worden gezocht naar de juiste persoon: 'heeft u enige kennis m.b.t. tinnitus?, zo nee, dan heb ik geen tijd'. Albert vindt het belangrijk dat de tinnituspatiënt goed uitlegt wat een probleem is. De meesten spreken niet luid genoeg, te snel, met een hand voor de mond en zonder oogcontact. Spreekregels voor normaal horenden gelden ook voor slechthorenden. 80%

van de Liga-leden met tinnitus is ook slechthorend. Slechts weinigen dragen een hoortoestel om het lijden te verlichten en de communicatie te verbeteren. Naast auditieve en cognitieve aandacht kan een hoortoestel zorgen voor meer flexibiliteit in het brein, en dat is een pluspunt. Helaas hebben veel Hörgeräteakustiker nog weinig kennis van tinnitus en hyperacusis. De DTL heeft nog veel werk te verzetten.

BRITISH TINNITUS ASSOCIATION (BTA)

Bestuursvoorzitter BTA David Stockdale gaf een overzicht van ondersteuning, behandeling en onderzoek van tinnitus in Groot-Brittannië. De National Health Service (NHS) is aan het veranderen. Dit biedt uitdagingen en kansen om te innoveren. BTA is een grote en wijdvertakte organisatie en met een comité van professionele adviseurs een wereldwijde autoriteit op het gebied van tinnitus. Een breed panel van audiologen, KNO-artsen, psychologen en onderzoekers geeft informatie en advies, doet onderzoek, publiceert, bekijkt reviews, kweekt begrip bij publiek en overheid en duikt op de nieuwste 'miracle cure' om de werkelijke waarde te bepalen. Met een gratis hulplijn, een schat aan informatiebrochures, het kwartaalblad 'Quiet', een uitgebreide website en regionale bijeenkomsten is veel informatie beschikbaar. BTA zorgt ook dat medici op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen en blijven aandacht vragen voor de problemen rondom tinnitus en hyperacusis. Ze hebben hun eigen Week van het Oor; de week voor Valentijnsdag is Tinnitus Awareness Week. Risicogroepen worden benaderd en DJ's praten over hun tinnitus en hyperacusis en vertellen wat zij eraan doen. Ook werd een campagne gestart gericht op huisartsen, een Top 10 'Do know how': stuur de patiënt niet weg maar geef advies. Op de website www.tinnitus.org.uk staat ook veel informatie voor professionals. BTA ondersteunt onderzoek dat bijdraagt tot een beter begrip van tinnitus en mogelijke oplossingen biedt. Zo werd een mythe doorgeprikt: uit onderzoek blijkt dat het laten staan van koffie (cafeïne) niet bijdraagt tot verlichting van tinnitus. Volgens Stockdale veroorzaakt het eerder een dubbel probleem: omgaan met de tinnitus én een gemis aan cafeïne. Onderzoek richt zich momenteel op medicijnen om plasticiteit in de hersenen te bevorderen, Mindfulness en CGT. De James Lind Alliance heeft in oktober 2011 een top-10 met vragen over tinnitus samengesteld (www.lindalliance.org) om inzicht te krijgen in het soort onderzoek dat op dit gebied het hardst nodig is. Ook de overheid moet weten waar het om gaat en hoe geld effectief wordt gebruikt. Op basis van wetenschappelijk onderzoek kunnen behandelingen die niet bewezen effectief zijn worden uitgesloten van vergoeding. In 2011 deed Philip Gander onderzoek naar de bereikbaarheid van hulp bij tinnitus binnen de NHS. Dit blijkt ingewikkeld en niet altijd adequaat. De meerderheid komt in het traject via de huisarts. Huisartsen zonder kennis van tinnitus en hyperacusis verspillen tijd door niet goed te verwijzen. KNO-artsen bieden slechts consulten van 5-6 minuten en dat heeft voor de patiënt niet veel nut. De audioloog neemt twee uur de tijd.

Toch wil de KNO-arts zijn medische praatje houden én een vinger in de pap. Efficiënter zou het zijn als de patiënt direct terecht kan bij de audioloog die indien nodig terugverwijst naar de KNO-arts. Hierover is een discussie gaande, net als over het doorverwijzen van de audioloog naar de klinisch psycholoog. Wijzigingen in NHS betekenen dat 'elke gekwalificeerde aanbieder' hoortoestellen mag leveren. Dat kan dus het ziekenhuis zijn, maar ook een toestel direct van de plank bij drogisterijketen Boots. Tinnitus is hiervoor een contra-indicatie omdat het niet gaat om 'zomaar' gehoorverlies. Audiologen en hoortoestelverstrekkers moeten hierin worden getraind. Er is geen kant en klare universele oplossing bij tinnitus.

TINNITUS RETRAINING THERAPY (TRT)

In een geluiddichte ruimte gaat het auditief systeem op zoek naar geluid.[onderzoek 1953, Heller en Bergman, zie DA jrg 5 nr 3, pg 18-21 'Wat is tinnitus?']. Uit onderzoek blijkt dat ook goedhorenden dan een fantoomgeluid ervaren. Carlo Habets (IntoEars Hoorkliniek) en zijn team bieden geïntegreerde hoorzorg. Specialiteit zijn tinnitus en hyperacusis. Als oud-muzikant ondervindt Habets aan den lijve wat tinnitus betekent en als audioloog BC komt hij het probleem overal in de praktijk tegen. Hyperacusis heeft, meer dan tinnitus, een enorme impact op het maatschappelijk functioneren. Omdat het vaak samengaat en wordt veroorzaakt door hetzelfde mechanisme richt behandeling zich op aanpak van tinnitus én hyperacusis. Iedereen reageert anders op prikkels. Een onbeduidend achtergrondgeluid kan bij tinnitus en hyperacusis worden ervaren als waarschuwingssignaal dat refereert aan dreiging. Het betreft dan signalen die in het geheugen zijn opgeslagen als 'niet pluis'. Een prikkel waaraan een negatieve emotionele associatie is gekoppeld roept een reactie op van het autonome zenuwstelsel. Voor dat signaal ontwikkel je (onbewust) een antenne. Daarnaast is er ook een bewuste reactie: piekeren, en dat maakt het weer erger. Ter bescherming ontstaat conditionering van het onderbewustzijn: prikkel – reactie – situatie – emotie – betekenis. Vanuit het autonome zenuwstelsel volgt een reactie: alertheid, paraatheid. En daarmee is de cirkel rond. Tinnitus blijft bestaan ten gevolgen van een aangeleerde geconditioneerde reflex. De auditieve cortex en het limbisch systeem (emotie- er wordt een waarde toegekend aan het signaal) werken samen. Geluid dat het predicaat 'onbetekenend' krijgt wordt onderdrukt, geluid dat 'belangrijk' (gevaar) of nieuw is wordt versterkt. Het autonome zenuwstelsel dat de automatische functies in het lichaam reguleert wordt bij belangrijke geluiden geactiveerd: vluchten of vechten. Patiënten verkeren in een constante staat van paraatheid met als gevolg agressie, depressiviteit, prikkelbaarheid, lusteloosheid en fysieke klachten zoals verhoogde hartslag en bloeddruk, nekklachten, hoofdpijn, verstoord slaap- en waakritme. Tinnitus veroorzaakt stress en daardoor verergert de tinnitus. In het kip-ei verhaal spelen stress, nek-, kaak-, hoofd- en aangezichtspijn,

hormonale veranderingen, chronische ontstekingen, emoties, persoonlijkheid (perfectionisme, controle), psychische belasting en bewuste aandacht voor het probleem een rol. Inzicht in het gehele mechanisme is belangrijk voor een goed resultaat van TRT. Daarbij moet ook duidelijk zijn welke hoorfactoren een rol spelen. Aan het begin van het behandeltraject moet een strategie worden bepaald. Belangrijke stressfactoren en/of KNO-problematiek moeten misschien eerst aangepakt worden.

TRT heeft als doel gewenning. Door uitgebreide counseling en het opheffen van negatieve associaties met tinnitus of externe geluiden, uitgekiende geluidsverrijking en ontspanningsoefeningen worden tinnitus en hinderlijke omgevingsgeluiden gemarginaliseerd tot onbetekenende achtergrondgeluiden. Een inmiddels wat achterhaald en tegengesproken neuropsychologisch model (Jastreboff, 2004) is de basis voor therapie en wordt gebruikt om het mechanisme van tinnitus uit te leggen en de keuze voor de behandeling te motiveren. De patiënt moet begrijpen dat een prikkelontvangst verwerkt wordt in het onderbewustzijn en daarna wordt vergeleken met bestaande informatie in het auditieve geheugen. Achtergrondgeluid kan de beleving van een auditief signaal beïnvloeden en kan therapeutisch worden ingezet. Voorwaarde is dat het achtergrondgeluid prettig is en niet zorgt voor extra ergernis. Geluidtherapie zorgt niet dat tinnitus verdwijnt maar dat het in de achtergrond verdwijnt en aanwezig is zonder aandacht te trekken. Daarmee verliest het tinnitusgeluid aan betekenis. Het is belangrijk dat de juiste geluidsverrijkende apparatuur (hoortoestellen bij aanwezig gehoorverlies, ruisgeneratoren of combi-toestellen met beide functies, maar ook aanvullende apparatuur) wordt gebruikt en dat deze nauwgezet wordt afgesteld. Doel is de geconditioneerde reflex van het autonome zenuwstelsel te hertrainen door de tinnitus en externe geluiden op een juiste manier te mixen met achtergrondgeluiden en zo de reactie te verminderen en mogelijk ook de perceptie. Te hard afgesteld achtergrondgeluid kan averechts werken omdat het brein het alarmgeluid mist en vervolgens 'op zoek gaat'. Na verloop van tijd zal dan het geluid door de maskering dringen waardoor het daarna, in stilte, veel erger lijkt. In de praktijk moet een hoortoestelaanpassing heel voorzichtig en met kleine stappen gebeuren. Hulpmiddelen moeten continu worden ingesteld en worden aangepast aan de fase waarin de cliënt zich bevindt. Geluid van bijv. een mp-3 speler kan een goede aanvulling zijn. Belangrijk is dat het oor niet wordt afgesloten. Door de aandacht te richten op geluiden buiten is er minder aandacht voor geluid in het hoofd. Met TRT wordt geprobeerd deze cirkel te doorbreken. Het systeem werkt niet abnormaal, maar is een té perfect ingestelde bescherming tegen prikkels die door ervaring gekenmerkt zijn als dreigend. Het afleren van die perfectie, het omvormen van het probleemgeluid tot een onbewust signaal, is een moeilijk en langdurig proces. Counseling is hierbij onmisbaar. Alle factoren in het proces blijven aandachtspunten ▶▶▶

Callisto™

Portable Audiometrie & REM

NIEUW

De nieuwe manier van mobiel aanpassen

- Ideaal voor de mobiele audicien
- Portable audiometrie, REM of beide functies
- Kleine behuizing, licht van gewicht (565 gram)
- Ingebouwde, gedigitaliseerde spraaklijsten NVA
- Verificatie tools
- Maatwerk rapportages en print lay-out
- Inclusief NAL-NL2 rekenregel
- On-top mode voor snelle en eenvoudige hoortoestelaanpassing



Affinity^{2.0}

Real Ear Measurement

Een betrouwbare verificatie tool

De REM 440 software is een betrouwbare verificatie tool met een brede range aan mogelijkheden voor het verifiëren van hoortoestelaanpassingen, inclusief de steeds populairder wordende open aanpassingen. Als extra tool is de klantgerichte, advies- en verificatie tool (Visible Speech Mapping) voorhanden.

- Workflow aanpasbaar aan de wens van de gebruiker
- Geschikt voor open aanpassingen
- Visible Speech Mapping
- Verwerking en verslaglegging per computer
- RECD & coupler verificatie



Affinity^{2.0} de totaaloplossing voor uw praktijk: **Audiometrie, REM, HIT en Visible Speech Mapping**

VIOT™

Video Otoscoop

Professionele aanvulling op uw beeldvorming

VIOT™ video otoscoop voor endoscopie en medische verslaglegging

Het LED gestuurde optische systeem en de elektronica zijn gebundeld in een zeer compact, handzaam instrument, gevoed via één usb-poort. De geïntegreerde voorverwarming wordt geactiveerd zodra de otoscoop in zijn houder wordt geplaatst en tegelijkertijd worden zowel de camera als de lichtbron uitgeschakeld.

De VIOT™ software verzekert u van foto- en video opnames van hoge kwaliteit, die automatisch opgeslagen worden door één druk op de knop. De opnames kunnen vergeleken, bewerkt en geëxporteerd worden voor gebruik in medische verslagen, presentaties of dossiers.

emiD



Voor meer informatie, een geheel vrijblijvende demonstratie of proefplaatsing kunt u contact opnemen met:

EmiD B.V.

T: 0313 485 588 | F: 0313 485 589 | E: info@emid.nl | www.emid.nl



Interacoustics®

leading diagnostic solutions

gedurende de behandeling zodat indien nodig op ieder moment andere disciplines kunnen worden ingeschakeld. Een ander belangrijk onderdeel van de behandeling is relaxatie. Via gerichte ontspanning kan worden geprobeerd de reactie van het autonome zenuwstelsel op tinnitus te verminderen. Spierontspanning, ademhalingsoefeningen, focus op de lichamelijke reactie op tinnitus en externe geluiden en zelfmanagement staan hierin centraal. Aromatherapie kan een rol spelen in het tot stand brengen van een positieve associatie met de waarneming van tinnitus. In de kliniek van IntoEars in Tilburg werkt een multidisciplinair team van TRT-therapeuten, Bc audiologen, audioloog, KNO-arts, audicien en psycholoog. Soms is er een informeel gesprek met de cliënt, maar standaard wordt een TRT-gerelateerde vragenlijst ingevuld en wordt de intake gecombineerd met een eerste counseling. Als het niet gaat om een groot probleem kan dit voldoende zijn. Is dit niet het geval dan volgt o.a. een uitgebreid onderzoek van het gehoor, is er een KNO-consult en wordt een behandelplan opgesteld. Over een periode van 1,5 jaar worden 6 – 12 sessies afgesproken. Het verloop wordt gemonitord door bijv. de Tinnitus Handicap Inventory (THI) en er is altijd mogelijkheid tot doorverwijzing of samenwerking met andere disciplines. Kosten worden door de cliënt zelf gedragen. Bij 60% van de tinnituspatiënten bestaat ook overgevoeligheid voor geluiden. Hiermee moet altijd rekening worden gehouden bij het bepalen van een onaangename luidheid drempel. Een (te) snel reageren op geluid kan ook worden bepaald met een spraaktest. Het kan motiverend zijn als na behandeling kan worden aangetoond dat de drempel is opgeschoven. Audiciens zijn vaak terughoudend met testen omdat patiënten klagen dat de drempel meting de tinnitus heeft verergerd. Patiënten met tinnitus en gehoorverlies kunnen voor een groot deel worden geholpen met een hoortoestel. Het blijft altijd zaak goed te kijken naar de persoon, de klacht en de individuele omstandigheden. Bij twee patiënten met dezelfde klacht kan een andere therapie of een ander traject nodig zijn. In een multidisciplinair team bestaan korte lijnen en kan snel worden ingespeeld op de situatie. Ook het contact met de audicien is hierin heel belangrijk; deze moet direct de telefoon kunnen pakken en vragen kunnen stellen.

TINNITUS-REVALIDATIE MET EMDR

Linda Hochstenbach-Nederpel, Gz-psycholoog, werkt met (groepen) patiënten met tinnitus en hyperacusis. Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) is een intensieve procedure om nare ervaringen te verwerken. In deze vorm van psychotherapie worden verschillende succesvolle elementen van andere therapieën geïntegreerd in combinatie met een afleidende stimulus. Hierdoor wordt het informatieverwerkings-systeem in de hersenen gestimuleerd. [zie DA jaarg.5 nr. 4 25-26 'NVA-najaarsvergadering: thema Tinnitus/Tinnitus-revalidatie met EMDR'] Vanuit GGMD Zoetermeer biedt een behandelteam (beeldende therapeut, Gz-psycholoog, psychomotorische

therapeut) behandelingen voor mensen met tinnitus, hyperacusis en aanverwante klachten met het programma 'Leren leven met tinnitus'. Naast informatie, tips en lotgenotencontact zijn behandeldoelen vooral vergroten van veerkracht, CGT, ontspanning, omgaan met slaapproblemen, verwerken van verlies van stilte en aandacht voor direct betrokkenen. In 2013 hoopt men dit ook te realiseren in Amsterdam, Eindhoven, Utrecht en Rotterdam.

FILM

Hans Troost (www.oorbewust.nl) maakte de documentaire 'Ongehoord HARD' waarin het omgaan met de pijnlijke beperking en de psychische gevolgen van hyperacusis en tinnitus wordt belicht. Centraal staan de coping-ervaringen en visie vanuit intensieve therapie gebaseerd op onder andere Mindfulness en ACT (Acceptance & Commitment Therapy) bij Altrecht Psychosomatiek te Zeist. [informatie over de film: www.ongehoordhard.nl].

'Terug naar de stilte' is een manier om om te gaan met hyperacusis en tinnitus door stress en strijd rondom de klachten te verminderen. CGT en Mindfulness kunnen ontspanning geven die als stilte kan worden ervaren. Troost noemt geluidsbelasting door piekgeluiden een adder onder het gras. 'Veelvuldige blootstelling aan piekgeluiden kan ca 10 dB meer geluidsbelasting geven dan een officiële meting uitwijst. Gebruik van gehoorbescherming is dan zeker op zijn plaats. 'Chronische stress reactie', vastzitten in een overlevingsmechanisme, komt bij tinnitus en hyperacusis veel voor. Naast een overprikkeling van het gehoor kunnen ook andere stressfactoren een rol spelen: fysiek (trauma, pijn in nek, rug, schouders) en/of psychisch. Frustratie en onmacht hier iets aan te doen zorgt voor een vicieuze cirkel. Het is belangrijk te weten dat het lichaam goed reageert: het overlevingsmechanisme is in werking getreden met vechten, vluchten en vastzetten. Een normale reactie die echter in combinatie met chronische stress doodvermoeiend is. Acceptatie betekent contact maken juist met datgene wat ongewenst is. Het is nodig om de automatische reactie van het lichaam te doorbreken. Minder energie verspillen met vechten tegen hetgeen ongewenst is, levert meer energie op voor hetgeen werkbaar en haalbaar is. Recent onderzoek wijst uit dat een multidisciplinaire aanpak gericht op acceptatie van chronische klachten in een kortere tijd een betere Kwaliteit van Leven geeft en goedkoper is dan een traject waarin de patiënt zelf een oplossing probeert te vinden. [zie DA jrg. 6 nr 3 pg. 36-37 'Samenvatting, gespecialiseerde tinnitusbehandeling op basis van CGT' Rilana Cima]

ZORG VOOR TINNITUS ALMERE

Markus Oei, KNO-arts bij Flevoziekenhuis Almere, en Marleen Scharloo, Kentalis audiologisch centrum Almere, vertelden over de praktische, gestructureerde gezamenlijke aanpak van tinnitusbehandeling door het Flevoziekenhuis afd. KNO, Kentalis AC en GGZ centraal. De patiënt krijgt slimmer, sneller en beter hulp op basis van triage met inzet van ▶▶▶

gevalideerde vragenlijsten, onderzoeken en afspraken op maat.

De presentatie van Markus Oei is te vinden op www.slideshare.net [zoek op Tinnitus Almere 2012].

Een interview met Marleen Scharloo m.b.t. dit onderwerp vindt u in De Audiciens, jaargang 4, nr. 4. [pg. 27-30 'Revalidatie met een tinnitusmaskeerder: kansen']

CURSUS CONTROLE OVER TINNITUS

De presentatie van Olav Wagenaar, GZ neuropsycholoog, is gebaseerd op zijn zelfhulpboek Eerste Hulp Bij Oorsuizen. [Zie DA jrg. 6 nr 4] De cursus is een educatieve bijeenkomst van slechts twee sessies voor kleine groepen, waaraan iedereen met tinnitus- en hyperacusisklachten met partner of een andere belangrijke persoon kan deelnemen. De cursus richt zich op vergroten van inzicht en begrip en biedt handvatten voor aanpassingsmogelijkheden waarmee zowel de machteloosheid als de intensiteit van de tinnitus zelf kan worden bestreden. Olav Wagenaar: 'als start van het tinnitustraject is het een goed begin.'

BEWIJS VOOR EFFECTIVITEIT VAN TINNITUS-BEHANDELINGEN

Bij elke behandeling is een kritische blik noodzakelijk, aldus Prof. Dr. Wilko Grolman, afdelingshoofd KNO van het UMC Utrecht. Evidence based practice* moet leiden tot betrouwbare conclusies van onderzoek en behandeling van tinnitus. Als een behandeling 'te mooi is om waar te zijn', is het verstandig te kijken of er goed onderzoek is gedaan en studies met elkaar te vergelijken. Aandacht werd besteed aan systematic reviews en gerandomiseerd wetenschappelijk onderzoek m.b.t. cognitieve gedragstherapie (CGT), geluidstherapie**, tinnitus retraining therapie (TRT), medicatie, hyperbare zuurstoftherapie en transcraniële magnetische stimulatie (TMS)***.

- CGT heeft geen effect op de ervaren luidheid van tinnitus, maar wel een bewezen positief effect op Kwaliteit van Leven en depressiviteit door tinnitus.
- Geluidstherapie (verrijking, maskering) heeft geen bewezen effect op de tinnituslast. Er is wel verbetering in combinatie met CGT, counseling en geluidstherapie.
- TRT heeft een positief effect op de tinnituslast maar de trials zijn van onvoldoende kwaliteit om sluitend bewijs te leveren.
- Medicijnen om tinnitus tegen te gaan zijn o.a. antidepressiva, anticonvulsiva of het homeopatische Ginko Biloba. Op basis van onderzoek kan niet worden geconcludeerd dat er positief effect is op de tinnituslast.
- Hyperbare zuurstoftherapie heeft een positief effect op genezing en het lichaam. Er is gehoorverbetering maar voor het effect op tinnitus is onvoldoende bewijs.
- TMS heeft volgens een recente dubbel blind, gerandomiseerde, placebo gecontroleerde interventiestudie naar rTMS binnen het UMC Utrecht een licht positief effect op tinnituslast. Er zijn meerder studies

nodig om tot onderbouwde conclusies te komen.

(systematic reviews en randomised controlled trials zijn te vinden in the cochrane library, www.cochrane.org)

Het is zaak altijd kritisch te staan tegenover het aanbod van behandelingen. Ook voor een CI om tinnitus te maskeren is nog geen bewijs dat het helpt. Geen of onvoldoende bewijs betekent niet dat een behandeling kan worden afgeschreven. Tinnitus is méér dan alleen een hoorprobleem en patiënten rapporteren toch baat te hebben bij bepaalde behandelingen.

www.deaudiciens.nl:

* EBP: zie DA, jrg. 5, nr 1 pag. 12-19 'EBP: bewijs ≠ Marketing', Prof. Dr. C. Palmer

** zie DA, jrg. 5 nr 2 pag. 28-31 'Het effect van muzikale stimulatie op tinnitus', Prof. Dr. R. Sweetow

*** TMS: zie DA, jrg. 5, nr 4 pag. 25 'repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)', NVA najaarsvergadering, thema tinnitus

WAT KOST TINNITUS?

Carlijn Hoekstra, onderzoeker UMC Utrecht, bekeek de literatuur en polste het eigen patiëntenbestand om een schatting te kunnen geven van de kosten per jaar voor een nieuwe tinnituspatiënt. Op basis van prevalentiepercentages heeft 1,2 tot 3,1 miljoen Nederlanders last van tinnitus. De gemiddelde leeftijd is 51 jaar. Berekend is hoeveel van de huisartsbezoeken jaarlijks gerelateerd is aan tinnitus en de daaraan gekoppelde kosten worden gesteld op €650.000. Van deze patiënten bezoekt ca. 30% de KNO-arts en rekening houdend met KNO-assistenten en het specialistendeel in ziekenhuizen rolt er een bedrag uit van 5,7 miljoen. Aanvullend onderzoek zoals MRI-scan geven een verhoging van dit bedrag. AC's nemen in de berekeningen 6,1 miljoen euro uit de pot en therapie in de vorm van hoortoestellen die exclusief voor tinnitus zijn aangeschaft en maskeertoestellen resp. 6 en 7 miljoen euro. Psychologische begeleiding voor ca. 5% van de tinnituspatiënten is gebaseerd op 20 sessies à €150/uur, en komt op 7,2 miljoen euro. De grootste kostenpost is arbeidsongeschiktheid: 3,9% van de patiënten zit thuis vanwege de tinnitus en kosten de maatschappij 17 miljoen euro. Het totaal bedraagt 43,7 miljoen euro per jaar. Op de totale jaarlijkse kosten van hoorzorg is dit 8,5%. Hoekstra benadrukt dat het gaat om een educated guess. Volgens Marco Strik, directeur FENAC, is de schatting wat aan de hoge kant. Desalniettemin geeft het een aardige indruk van het maatschappelijke kostenplaatje en de noodzaak om kritisch te zijn op behandelingstraject en behandelingsmethode. <<<<

OPEN BRIEF AAN MINISTER SCHIPPERS

Om uiting te geven aan de zorg omtrent het moeizaam verloop van de invoering van het ZN-Hoorprotocol en verstrekking Auditieve Hulpmiddelen per 1 januari 2013, schreef audiciensvereniging AudiNed op 22 januari een open brief aan mw. drs. E.I. Schippers, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Geachte mevrouw Schippers,

AudiNed, de Nederlandse vereniging van audiciens, voorzag voor 2013 een sterke verschraling in de kwaliteit van de hoorzorg. Nu blijken de opstartproblemen van functiegerichte aanspraak op hoortoestellen in combinatie met forse bezuinigingen de kwaliteit inderdaad onderuit te halen en is de door de minister beoogde besparing op hoorzorg niet gegarandeerd. Naar aanleiding van het AZOS-rapport heeft de branche jarenlang fors geïnvesteerd in na- en bijscholing, kwaliteitsbevordering en imagoverbetering. De indruk is dat deze inspanningen om te komen tot de vereiste hoogkwalitatieve hoorzorg nu met een pennenstreek van tafel zijn geveegd. Moet hoorzorg noodgedwongen terug naar middelmaat?

Per 1 januari 2013 is de functionele aanspraak op hoorhulpmiddelen ingevoerd. Hiervoor heeft de overheid opdracht gegeven een protocol te ontwikkelen om slechthorenden met name op basis van audiologische meetresultaten en een vragenlijst in te delen. De uitslag van het onderzoek levert een hoortoestelcategorie op die bindend is. Zorgverzekeraars Nederland heeft dit protocol een officiële status gegeven. Het maakt vanaf 1 januari deel uit van de overeenkomst die zorgaanbieders en zorgverzekeraars sluiten. Aanbevelingen van de voorbereidende werkgroep, o.a. over het tijdsfad van aanpassing, zijn niet overgenomen. Het lijkt er op dat ZN het hoorprotocol geforceerd wil invoeren terwijl er nog geen definitieve goedgekeurde lijst van hoortoestellen beschikbaar is, inkooprijzen onbekend zijn en het digitale systeem faalt. De audiciens moet de klant uitleggen dat een optimale hooroplossing niet tot de mogelijkheden behoort binnen het nieuwe systeem en dat er geen eenduidige antwoorden zijn m.b.t. mate van zorg, kosten of hoortoestelverstrekking. De onduidelijkheid blijft door een uitstel van invoerdatum van de digitale versie van 1 januari naar 1 februari, en vervolgens naar 1 april 2013 voorlopig bestaan.

Essentie van ons vak is hulp bieden aan de slechthorende en die lijkt met de huidige werkwijze niet geholpen. De beoogde



verbetering van het systeem is er (nog) niet en kwaliteit van hoorzorg kan niet worden gegarandeerd. Als opdrachtgever aan de zorgverzekeraars moet de minister zich bewust zijn dat de opdrachtnemers het beleid terecht onvoldoende gestructureerd en gewaarborgd achten voor invoering per 1 januari, maar ook dat verzekeraars hiermee onvoldoende invulling geven aan hun regulerende rol. De dagelijks veranderende situatie betekent grote onduidelijkheid voor alle betrokken partijen. Naast de audiciens is de slechthorende de grote verliezer. De invoering van een nog steeds onvolledig protocol heeft veel onzekerheden m.b.t. intake, hoortesten, aanpassing, levering van een hoortoestel en het contact met de slechthorende. Het leveren van goede zorg aan de slechthorende bestaat voor een groot deel uit geven van informatie. Die informatie ontbreekt, is onvolledig of alweer achterhaald. Hiermee ziet de toekomst van hoorhulpmiddelenzorg in Nederland er zorgelijk uit. Audiciens zijn in het nieuwe systeem niet langer in staat goede hoorzorg te verlenen als die zorg niet méér is dan het voldoen aan de basisbehoeften, waarbij geen rekening wordt gehouden met wensen en persoonlijke behoeften van de klant. En wil de klant extra betalen voor wat luxe, of het beter spraakverstaan tijdens een verjaardag of verenigingsactiviteit, dan staat een aantal zorgverzekeraars dit niet toe. Het is vooral de wijze van vergoeden door de zorgverzekeraars die problemen gaat geven. Het terugbrengen van het tijdsfad van hoortoestelaanpassing gaat onherroepelijk ten koste van de zorg aan de klant. Audiciens willen gewoon goed werk leveren en de klant tevreden zien met een goed passende hooroplossing. >>>

Om bezuinigingen te realiseren moet naast het volgens protocol leveren van een adequaat hoortoestel de audicien genoeg nemen met aanzienlijk lagere tarieven voor het totaalpakket van het geleverde toestel, inclusief aanpassing, oorstukjes, servicecontract en garantie voor vijf jaar. Daar waar vóór 2013 nog vrij kon worden gekozen voor elk hoortoestel en de tijd werd genomen om tot een optimale aanpassing te komen, dient de audicien nu een keuze te maken uit een van te voren vastgestelde categorie ten einde te komen tot een adequate aanpassing. Indien de slechthorende liever een keuze maakt voor een hoortoestel uit een hogere categorie of voor een hoortoestel dat buiten de categorieën valt en zelf het verschil wil bijbetalen, dan vervalt bij een aantal zorgverzekeraars het recht op een vergoeding voor het 'adequate' hoortoestel.

Iedere audicien en iedere klant wéét dat de keuze van een hoortoestel uit een bepaalde categorie slechts het begin is van een belangrijk traject. Het zijn juist de kennis, ervaring en voorhanden zijnde apparatuur die het de audicien mogelijk maken om het hoortoestel goed aan te passen. Lagere tarieven voor een hoortoestel zetten juist dit goed aanpassen

van een hoortoestel onder druk, tenzij de audicien hier onbezoldigd meer tijd insteekt. Van een vrije marktwerking is geen sprake meer als elke audicien in Nederland dezelfde prijs 'moet' rekenen voor een zelfde hoortoestel.

AudiNed staat achter het hoorprotocol, maar heeft grote moeite met de bezuinigingen die gelijktijdig worden doorgevoerd. Deze combinatie veroorzaakt een uitholling van het audiciensvak en met een verschraling van inhoud, vakkennis en kwaliteit is de slechthorende zeker niet gebaat. Klanttevredenheid wordt een erg moeilijk begrip. Audiciens willen graag meedenken om de werksituatie ook binnen het nieuwe systeem te optimaliseren. Het inventariseren van knelpunten door NVVS en brancheorganisatie NVAB is een begin. Audiciens willen niet vanaf de zijlijn machteloos toezien hoe het vak door anderen verloedert en de goed opgeleide audicien niet méér mag zijn dan een verkoper. Dat zou u, als minister, ook niet moeten willen.

*Hoogachtend,
Adriaan Wolter, secretaris AudiNed*

1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013

Oorstukjes van Formaat

Ook in 2013!

Door onze jarenlange ervaring en efficiënte werkwijze kunnen wij kwaliteit leveren en de prijzen scherp houden.

Gun uw klant een perfect passend stukje van Formaat. Optimaal draagcomfort gegarandeerd.

Mini oorstukje met thin tube aansluiting of gewone slangaansluiting

formaat bv
medi-technisch laboratorium

www.labformaat.nl | info@labformaat.nl

1 APRIL: KEUZEPROTOCOL HOREN

Op 21 december 2012 stuurde NVAB en Zorgverzekeraars Nederland een nieuwsbrief aan audiciens, NVVS, KNO-artsen, audiologen en GAIN m.b.t. de functiegerichte aanspraak per 2013: "Auditieve zorg gaat vanaf 2013 over van een productgerichte naar een zorggerichte (functiegerichte) aanspraak. Zorgvraag en oplossing van de klant komen hiermee nadrukkelijk centraal te staan. Afgelopen maanden is door diverse veldpartijen intensief gewerkt om de overgang van productgericht naar zorggericht per 2013 mogelijk te maken. Er zijn randvoorwaarden gerealiseerd om de klantuitkomst centraal te stellen. Dankzij inzet van alle betrokken partijen is een goed startpunt gecreëerd om de functiegerichte aanspraak op hoorzorg vanaf 2013 te concretiseren." [de hele nieuwsbrief is o.a. te vinden op www.zn.nl] Dus: op 1 januari is de nieuwe werkwijze ingegaan! Digitale ondersteuning hiervan wordt voorzien per 1 april 2013 met het live in productie gaan van het aanvraagportaal Keuzeprotocol Horen t.b.v. audicienbedrijf en audiologische centra.

Inmiddels is duidelijk dat de beoogde ingangsdatum (1 januari) niet is gehaald. Ook invoering per 1 februari jl. was niet haalbaar vanwege problemen die aan het licht zijn gekomen bij het testen van het digitale hoorprotocol. In verband hiermee werden de Acceptatietesten uitgesteld en werd de ingangsdatum van het hoorprotocol wederom verzet. Het wordt 1 april 2013. Bij monde van een persvoorlichter meldde ZN desgevraagd dat elke verandering tijd nodig heeft om te voldoen in de markt. Zij zien het niet als een signaal dat het hoorprotocol niet zal voldoen en verwijzen naar hun website voor een duidelijke papieren versie. Op vragen naar nog steeds bestaande onduidelijkheden over geclassificeerde hoortoestellen verwijst ZN naar de classificatiematrix: www.hoortoestellendatabase.nl (hiervoor is een inlognaam vereist). Op mogelijke manipulatie van de (papieren) vragenlijst werd niet gereageerd. Het uitstel van de tweede invoerdatum is noodzakelijk omdat half januari in testrondes problemen met de gedigitaliseerde versie aan het licht kwamen. Deze problemen vragen meer tijd dan gedacht. Voor audiciens betekent dit dat de overgangsregeling die was vastgesteld voor januari 2013 wordt verlengd tot 31 maart 2013.

In de Nieuwsbrief werd het volgende gezegd m.b.t. het Keuzeprotocol Horen: "Om te verzekeren dat de uitkomsten van het zorgproces objectief tot stand komt en om klant en audicien te helpen dit proces goed te doorlopen is een protocol opgesteld. Het protocol beoogt het volgende:

- Functiestoornissen en zorgvraag van cliënten worden geobjectiveerd.
- Aan de hand daarvan worden merkonafhankelijke functie eisen vastgesteld voor het in te zetten hulpmiddel.
- Er wordt een relatie gelegd met bijbehorende producteigenschappen uit het beschikbare productaanbod.
- Doordat bij iedere verzekerde het aanvraag/indicatieportaal door de zorgaanbieder/hulpmiddelenleverancier wordt doorlopen is rechtmatigheid, eenduidigheid, zorgvuldigheid gewaarborgd en is alle relevante data beschikbaar.

Het Keuzeprotocol Horen start met een anamnese, de Amsterdamse vragenlijst* en het formulieren van doelstellingen op basis van VAS-scores. Aan de hand van anamnese en aanvullend onderzoek (otoscopie audiometrie) wordt allereerst bepaald of cliënt verwezen dient te worden naar een KNO- arts of

Audiologisch Centrum (triage). Indien dit niet het geval is worden vervolgens de mate van beperking en de zorgvraag van de klant vastgesteld."

De acceptatietest op 15 januari van de digitalisering van het Keuzeprotocol Horen zou in de 2e helft van de maand worden gevolgd door een training voor audiciens en audiologen. Dit is op basis van de eerste testresultaten afgeblazen. Daarmee is de live invoering van het digitaal keuzeportaal nu voorzien per 1 april 2013 en blijft tot die tijd de werkwijze van januari 2013 van kracht: "Voor gebruik in de maand januari [februari en maart] dienen audiciens het papieren protocol te downloaden via de ZN-site onder de formulieren van hulpmiddelen <<https://www.zn.nl/zn-formulieren/hulpmiddelen/>>. De intake vindt dan op papier plaats: bij indeling in categorie 1 t/m 3 kan de zorgaanbieder over gaan tot proeflevering. Bij evaluatie legt de audicien/audioloog gegevens van het protocol digitaal vast in het portaal. Indien een intake in januari [februari en maart] leidt tot indeling in categorie 4 of 5 wordt door de audicien/audioloog het ingevulde indicatieformat per fax gestuurd naar het IAT (indicatieformatassistentieteam). Binnen twee werkdagen na ontvangst wordt de beoordeling/weging daarvan per email retour gestuurd naar de zorgaanbieder, zodat deze met de uitkomst een keuze kan maken uit de juiste categorie. De procedure voor de overgangperiode is gepubliceerd op de ZN-site onder de formulieren van hulpmiddelen<<https://www.zn.nl/zn-formulieren/hulpmiddelen/>>."

"Als randvoorwaarde om de klantuitkomst centraal te stellen is door zorgverzekeraars een aanvraagportaal voor auditieve zorg gerealiseerd. Inloggen in het digitale portaal auditieve zorg verloopt via Vecozo. Hiervoor heeft u een Vecozo-certificaat nodig. De eigenaar van het AGB-nummer is verantwoordelijk voor het (kosteloos) aanvragen van de certificaten bij Vecozo. Het is de verantwoordelijkheid van elke individuele StAr-geregistreerde audicien dat uitsluitend door deze persoon gebruik gemaakt wordt van de aan hem/haar verleende inlogcode en niet door derden. Vecozo-certificaten worden verstrekt aan audiciens die StAr geregistreerd zijn."

* De betrokkenheid van VUmc bij het hoorprotocol beperkt zich tot het gebruik van de Amsterdamse vragenlijst ten behoeve van inventarisatie en evaluatie van de ervaren beperkingen door kandidaten voor auditieve hulpmiddelen en de verdere optimalisatie van de vragenlijst voor deze doelstelling.

ACCEPTATIETEST

Vóór de lancering op 1 februari 2013 van het ZorgInfo Hulpmiddelen Aanvraag Portaal (HAP) Auditief van VECOZO werd half januari eerst proefgedraaid met de zogenaamde Acceptatietest. In verschillende sessies konden audiciens kennismaken met dit systeem en kwam een aantal onvolkomenheden aan het licht. Hierop werd besloten de lancering van het systeem op 1 februari nog enkele maanden uit te stellen om de 'show-stoppers' adequaat aan te pakken. Audicien Eduard de Boer maakte een verslag van de sessie van 15 januari 2013.

INDICATIESTELLING EN ZORGVRAAGPROTOCOL

De Acceptatietest van het nieuwe portaal werd gehouden bij Info Support te Veenendaal. Info Support is het IT-bedrijf dat VECOZO softwarematig ondersteunt en het nieuwe audiciensportaal heeft ontwikkeld. Doel van de test was om problemen te signaleren die de lancering per 1 februari in gevaar konden brengen. In de ochtendsessie vormden verschillende mensen van verschillende zorgverzekeraars het testteam. 's Middags bestond het testteam uit audiciens van o.a. Beter Horen, Schoonenberg, Specsavers en Hoorprofs, aangevuld met audiologen en mensen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van het protocol (Wouter Dreschler en Mark Laureyns). De zgn. Indicatiestelling bestaat uit een software-traject dat de gebruiker moet doorlopen. Het leidt via een Algemeen gedeelte, Triage (waaronder toon- en spraakaudiometrie gegevens) en Amsterdamse Vragenlijst tot een Categoriekeuze of Doorverwijzing. In geval van een proef volgt in het programma een 1e (en eventueel een 2e) Proef, Evaluatie en Afronding/Aanschaf.

ENKELE BEVINDINGEN

Er bestaan nog meerdere 'show-stoppers' die een lancering per 1 februari in de weg staan. Deze aandachtspunten worden door Info Support met prioriteit gewijzigd- en/of opgelost. Het gaat daarbij veelal om de routing. Bij sommige vragen past het programma zich aan bij een bepaald antwoord. Met andere woorden: als je bij sommige vragen een bepaald antwoord geeft, dan past het programma zich in zoverre aan dat er enkele vragen bijkomen, of bepaalde onderdelen automatisch worden overgeslagen. Er is alles aan gedaan om de gebruiker zoveel mogelijk door het programma te leiden zonder niet terzake doende vragen te moeten beantwoorden. Dat heeft absoluut voordelen, maar maakt het systeem ook wel rigide. Doordat de vraagstelling niet altijd duidelijk genoeg is, kan de gebruiker soms de verkeerde kant op worden gestuurd en er is niet altijd

een terugweg. Stel dat er sprake is van een asymmetrie, dan krijg je vervolgens wel de mogelijkheid om het hele traject te doorlopen. De voorspelbare eindconclusie is dan: asymmetrie, doorverwijzing naar KNO-arts of Audiologisch Centrum. Een categoriekeuze wordt niet gemaakt. De indicatiestelling is afgerond: doorverwijzing. Als de klant na KNO-bezoek terugkomt en er blijkt niets een hoortoestelproef in de weg te staan, dan kun je opnieuw beginnen. De vraag is dan of de eerdere resultaten van de Amsterdamse Vragenlijst weer opgehaald kunnen worden. Tijdens de Acceptatietest was dat niet het geval. Als de vragen opnieuw moeten worden beantwoord kunnen voorkennis en leereffect het resultaat beïnvloeden. Bovendien kost het weer de nodige tijd. Een groot probleem is de mogelijkheid dat zonder toon- en spraakresultaten in te vullen, alleen op basis van het resultaat van de Amsterdamse Vragenlijst er tóch een categoriekeuze wordt gemaakt. Dat gebeurt bijvoorbeeld als iemand via een AC bij de audicien komt. In het protocol wordt gevraagd om 'Triage AC en BC' (luchtgeleiding en Beengeleiding). Dat lijkt onnodig aangezien het AC de verwijzer is, maar als 'Triage AC en BC' niet wordt aangeklikt, dan is er ook geen mogelijkheid om toondrempels en spraakresultaten in te vullen. Vragenlijst en categoriekeuze volgen wél. Bij een toegewezen categorie worden alleen de toestellen getoond die in die betreffende categorie leverbaar zijn. Wil een audicien iets anders proberen, eventueel als 2eproef, dan moet toch eerst een toestel in de aangegeven categorie worden geselecteerd. Er zou dan een mogelijkheid moeten zijn om aan te geven (en toe te lichten) dat ondanks de aangegeven categorie toch een hogere categorie de voorkeur geniet. Gezegd moet worden dat Info Support tot dusver veel werk heeft verzet. Er moet echter nog veel gebeuren. Naar verwachting zullen vooral wij, audiciens, hier een grote bijdrage aan leveren omdat we na invoering in de praktijk wellicht ook nog knelpunten zullen tegenkomen.

Zorg dat je als audicien wordt gehoord!

Meld je aan als lid van Audined via www.audined.nl

Voor opmerkingen naar aanleiding van de nieuwe werkwijze

vanaf 1-1-2013 mail ons: info@audined.nl

HOORPROFS AUDICIENCONGRES

Het 2e Hoorprofs Audicienscongres op 10 november 2012 verliep niet helemaal volgens planning. Functionele aanspraak was afgelopen najaar [en nog steeds!] een hot item en velen waren afgekomen op de behandeling van dit onderwerp door Mark Laureyns, docent Hoortoestelaanpassing aan de opl. Audiologie van de Thomas Moore Hogeschool te Antwerpen én internationaal directeur van het Amplifon Studie- en onderzoekcentrum in Milaan. Volgens het programma 'de ultieme gelegenheid tot het delen van kennis en het stellen van veel vragen over de techniek van de aanspraak en de techniek van hoortoestellen'. Helaas moest dhr. Laureyns op het laatste moment verstek laten gaan. Het programma werd ad hoc ingevuld met een interactieve presentatie door Dr. Ir. Niek Versfeld, klinisch fysicus-audioloog, waarin duidelijk werd dat functiegerichte verstrekking voor alle betrokkenen nog steeds een 'grote zwarte doos' is. Prof. Dr. Cor Molenaar, directeur van adviesbureau eXQuo consultancy en hoogleraar e-marketing aan de Erasmus Universiteit Rotterdam ging o.a. in op de vraag of webshops een oplossing zijn om de recessie het hoofd te bieden. Marketingstrategieën zijn ook voor audiciens steeds belangrijker. Niet alleen de zelfstandig audicien moet op de hoogte zijn van mogelijkheden en ontwikkelingen, ook de audicien in loondienst moet inzicht hebben in de gehanteerde business-modellen en koopgedrag van consumenten om succes te behalen op de werkvloer. Internet leidt tot een structurele verandering van zaken doen. Samenwerken binnen een bedrijf, maar vooral ook met anderen, wordt steeds belangrijker om te overleven.

PAKKENDE INTRODUCTIEFILM

Het congres opende met een wervelende introductiefilm, gemaakt door media-leerlingen van het ROC. Alle facetten van de dag kwamen aan bod en na afloop werd de film aangemerkt als een uitstekend middel in narrowcasting; het via audiovisuele displays benaderen van een of meer specifieke doelgroepen op een specifieke plaats en op specifieke momenten. De inhoud en boodschap zijn geheel toegesneden op de ontvanger. Via schermen in de winkel kan naast deze reclamefilm een specifieke boodschap en informatie worden verstrekt aan de klant. Naast algemene informatie als openingstijden, service en productinformatie kan er ook infotainment worden opgenomen. Geen gedateerde tijdschriften in de wachtruimte of stapels folders: flatscreens en tablets als nieuwe leestafel. In bijvoorbeeld Amerika is dit in de audicienspraktijk al helemaal ingeburgerd.

FUNCTIEGERICHTE AANPAK

Een belangrijk deel van de hoortoestelkeuze is het vaststellen van de problematiek. Om de beperking zoals die door de patiënt wordt ervaren vast te stellen, worden voorgeschreven vragenlijsten gebruikt. Bij functiegericht voorschrijven is met name de huidige beperking van belang. Onderzoek naar de gehoorsgeschiedenis of de last die de patiënt heeft van zijn verminderd gehoor (mate van handicap) speelt in het nieuwe systeem een zeer ondergeschikte rol, zoals vermoeidheid aan het einde van de dag. De Amsterdam Inventory of Auditory Disability and Handicap (AIADH)-vragenlijst is een bewezen goed middel om een beeld te krijgen van de gehoorsituatie. In combinatie met audiometrie is het de basis van functiegericht voorschrijven. Aan de hand van de presentatie door dr. ir. Niek Versfeld konden aanwezigen direct vragen stellen. Waar dit nodig was werden vragen ook beantwoord door Marco van Rijn, directeur van Hoorprofs en partner in overlegstructuren waar besluitvorming plaatsvindt m.b.t. nieuwe regelgeving. De AIADH is ontstaan vanuit de praktijk en bevat een aantal subcategorieën: spraak in stilte, spraak in rumoer, lokalisatie, onderscheiden van geluid,

detectie van geluid en muziek. De vragenlijst is onderworpen aan onderzoek naar correlatie tussen de verschillende vragen. Factoranalyse en statistiek hebben geleid tot groepen van vragen die samenhangen m.b.t. de score en onderliggende factoren die een rol spelen bij de keuze voor een antwoord. Op basis van de bevindingen kan eventueel een internetapplicatie worden gemaakt met een willekeurig wisselende samenstelling van relevante vragen. Criteria m.b.t. een goed zelfbeeld en klachten vanuit de omgeving worden in het systeem meegenomen. De antwoorden en gegevens van de cliënt worden bij voorkeur digitaal en centraal opgeslagen. Dit voorkomt de mogelijkheid om het profiel te wijzigen door bijvoorbeeld bij een andere audicien de vragenlijst anders te beantwoorden en zo in aanmerking te komen voor een 'beter' hoortoestel. Het tijdstip van afname is niet vastgesteld. Het kan bij een eerste bezoek, maar op basis van het audiogram kan een aantal factoren al duidelijk zijn en kunnen eventueel vragen worden overgeslagen. De lijst moet ter plaatse door de cliënt worden ingevuld, zonder hulp van anderen. Vooraf kan e.e.a. worden uitgelegd. In de digitale versie worden niet relevante vragen in het programma automatisch overgeslagen. Het afnemen van een (test)audiogram kan de voorkeur ►►►



hebben als er een vermoeden bestaat dat het gehoorverlies minder is dan 30 dB. De lijst is geïntroduceerd om gestructureerd antwoord te krijgen waarmee op een eenduidige manier de keuze voor een hoortoestel wordt bepaald. Als er discrepantie is tussen de uitkomst van het audiogram en de vragenlijst, is het [in november 2012] niet duidelijk of de cliënt moet worden doorverwezen naar het AC. Het is de verantwoordelijkheid van de audicien om na te gaan waar eventuele verschillen uit voortkomen. Op basis van het audiogram en de ingevulde vragenlijst is er een totaalscore die leidt tot een hoortoestel en benodigde functionaliteiten.

Afname van de vragenlijst aan het eind van de aanpassing geeft inzicht in de verbetering. De hoortoesteldrager geeft antwoord op basis van de situatie mét hoortoestel.

CORRELATIE

De vraag wat de cliënt nog wél en wat niet kan, wordt gekoppeld aan de vragenlijst. De vragen zijn onderverdeeld in 5 factoren (spraak in stilte, spraak in ruis, lokalisatie, onderscheiden van geluid, detectie van geluid) Het goed horen van muziek valt niet onder een specifieke groep, maar wordt over de andere factoren uitgesmeerd. Er blijkt overeenkomst te bestaan tussen antwoorden op de vragen en de uitkomst van audiometrische testen. Bepaalde onderdelen van verschillende testen kennen

een voorspellende waarde.

- Spraak in stilte (vraag) heeft een koppeling met spraaktests in stilte, de gehoordrempel én spraakverstaan in ruis.
- De test 'geluidsherkenning van 2 sprekers' koppelt niet aan de vragenlijst.
- Spraak in stilte en in stationaire ruis zijn significant aan elkaar gekoppeld.

Een uitgekende combinatie van audiometrische tests kan gerapporteerde tekortkomingen uit de vragenlijst deels voorspellen. Voorspellingen zijn niet altijd gebaseerd op een specifieke persoon; als de cliënt in een andere situatie verkeert dan de proefpersonen hoeft correlatie niet te bestaan!

IS DE AUDICIEN EEN GEHOOR-ENQUÊTEUR?

Door alle nieuwe eisen die worden gesteld aan de audicien in de uitoefening van zijn vak hebben vragenlijsten hun intrede gedaan in de audicienspraktijk. Naast (optionele) vragenlijsten voor triage, voor tinnitus, sociale- en maatschappelijke problemen t.g.v. het gehoor wordt nu de AIADH en bij voorkeur ook de COSI (Cliënt Oriented Scale of Improvement) een vast onderdeel van de procedure. Gevalideerde vragenlijsten bieden structuur in het vaststellen van een probleem, ondersteunen het inzicht, helpen bij het formuleren van een probleem, de diagnose en de keuze voor behandeling. Vragenlijsten zijn een toevoeging

Phonak Quest

Beleef de meest uitdagende geluiden van het leven met Binaural VoiceStream Technology®

Onze unieke mogelijkheid tot realtime en bidirectioneel streamen van een breedbandig audiosignaal bracht innovaties als **StereoZoom**, **ZoomControl** en **DuoPhone**. Met Phonak Quest maken we nóg een sprong vooruit: StereoZoom in de SoundFlow automatisch en beter verstaan in wind.



autoStereoZoom



Speech in Wind



PHONAK
life is on

www.phonakpro.nl

aan het onderzoek door de audiciens. Ieder nieuw systeem moet een balans vinden: op basis van audiometrie kan veel worden geconstateerd, maar niet alles. Uit een test wordt duidelijk dat iemand bijvoorbeeld een probleem heeft met spraakverstaan in ruis. Via vragen kan worden vastgesteld wat de cliënt niet meer kan, maar vooral ook hoe érg hij dit vindt. Als het gaat om factoren op het hoortoestel om de last te verminderen, kan een hoortoestel het spraakverstaan in ruis maar ten delen verbeteren. Als de cliënt aangeeft het geen enkel probleem te vinden om op een feestje minder te horen, kan dit mede de toestelkeuze bepalen. Maar de score van de vragenlijst kan ook aangeven dat het weinig zinvol is om door te gaan met een hoortoestelaanpassing. De vragenlijst vormt een deel van het criterium voor een hoortoestelkeuze. Er wordt van uitgegaan dat de cliënt in staat is de lijst naar behoren in te vullen.

LEIDRAAD

Zorgverzekeraars trekken niet meer één lijn. Afwijken van de leidraad voor dit beleid van ZN (Zorgverzekeraars Nederland) is toegestaan zolang 'adequate zorg' niet in het geding komt. Ook mogen verschillen bij zorgverzekeraars niet leiden tot rechtsongelijkheid voor de patiënt.

Kosten van zorg moeten ernstig worden teruggedrongen, maar hier en daar genoemde getallen en bedragen zijn niet duidelijk verklaarbaar. Het ministerie van VWS, beheerder van de zorgverzekeringswet, lijkt de knoppen 10 tot 15 jaar terug te draaien, maar de hoop is gevestigd op lange termijn trajecten waarin gaandeweg de effectiviteit moet blijken. Bij het functiegericht voorschrijven van hoorzorg is het de bedoeling dat het gros van de cliënten wordt geholpen met een hoortoestel uit categorie 1-3, op een totaal aantal categorieën van 5. Verzekeraars moeten de zorgplicht anders invullen en gaan terug van maximale naar adequate revalidatie. Verzekeraar VGZ is de eerste die invulling geeft aan het begrip 'je kunnen handhaven in bijna alle dagelijkse luistersituaties'. Een eenduidige definitie van het begrip 'adequaat' is er niet, dus er blijft enige ruimte voor het invullen van adequate zorg. Hoorzorg is het laatste onderdeel van het project functiegericht voorschrijven maar de daadwerkelijk invoering lijkt toch kort door de bocht. In een paar maanden moet een traject worden doorlopen dat in theorie zou moeten worden uitgerold in 1 of 2 jaar. Veel processen lopen nu parallel en gelijktijdig. Losse eindjes moeten nog met elkaar worden verbonden en er zijn nog niet op alle vragen antwoorden. Er zijn maatregelen voor cliënten die al in een aanpassingstraject zitten, maar voor veel audiciens is er onduidelijkheid omdat zorgverzekeraars ook hierin nog niet één lijn trekken. Dit is voor velen binnen het vakgebied erg frustrerend. Zorgverzekeraars hebben nadrukkelijk de regie naar zich toe getrokken en met nog enkele weken te gaan weet nog niemand precies waar hij aan toe is. Ook het effect van alle procesveranderingen is nog onduidelijk. Dit leidt tot speculaties en onrust. Overigens geeft Niek Versfeld aan dat niet alleen audiciens in het ongewisse worden gelaten. Audiologen en KNO-artsen zijn niet gevraagd deel te nemen aan dit proces en hebben eveneens geen idee welke rol hen uiteindelijk wordt toebedeeld. De hoop werd

uitgesproken dat vóór invoering op 1 januari 2013 e.e.a. duidelijk zou zijn. [Het is inmiddels gebleken dat dit niet het geval is: de overgangperiode i.v.m. het niet voldoen van de digitale versie is uitgesteld van 1 februari naar 1 april.]

HINDER

Handicap of hinder van het gehoorverlies is belangrijk. Wat voor de een 'geen probleem' is, kan voor een ander een belangrijk verlies zijn in sociaal contact. De meeste hinder wordt ondervonden van slecht spraakverstaan in ruis, als onderdeel van andere aspecten in het luisteren. Iedere audicien weet dat bij gelijke audiogrammen niet dezelfde oplossing van toepassing hoeft te zijn. Als vanwege beroep of omstandigheden een klein gehoorverlies een grote luisterinspanning vraagt, kan dit een burn-out tot gevolg hebben. Bepaalde factoren tellen voor de één zwaarder dan voor de ander, ook bij een gehoor dat nog vrij 'normaal' is. Het individuele aspect blijft altijd belangrijk en daar moet de audicien altijd rekening mee houden. De vraag is vervolgens welke factoren van het hoortoestel noodzakelijk zijn om bepaalde beperkingen te verminderen, zoals een langzame compressie of een directionele microfoon, en deze te koppelen aan de zorgvraag en de persoonlijke omstandigheden. Deze afweging is niet altijd eenvoudig en er is ook weinig Evidence Based Practice (EBP) om dit te ondersteunen. Het is moeilijk concreet aantoonbaar dat een hoortoestel zorgt dat iemand minder moe en meer productief is. De ingevulde AIADH omvat 5 belangrijke weegfactoren. Scores op factoren m.b.t. de beperking hebben een voorspellende waarde voor het audiogram, spraakverstaan e.d. Voor elk van de factoren wordt vastgesteld hoe goed iemand nog functioneert en wordt naar de hinder gevraagd (niet meetbaar!). De som van alle factoren kan wat zeggen over de zwaarte van de handicap en de noodzaak voor een meer of minder geavanceerd hoortoestel. Met de huidige stand van zaken worden de 5 factoren min of meer voor iedereen hetzelfde gewogen. De maat zou moeten zijn: beperking x hinder = totale handicap. Dit zegt echter nog niks over de features; die worden bepaald door de 5 factoren. Functiegericht voorschrijven is een mooi bouwwerk, maar lastig te implementeren. Vooralsnog bestaan veel onzekerheden die verder gaan dan alleen de koppeling tussen beperking, handicap, hoortoestelkeuze en features. Daarnaast blijft de manier waarop het hoortoestel door de audiciens wordt aangepast van het allergrootste belang.

ALLES VERANDERT

Prof. Dr. Cor Molenaar voorziet het einde van winkels zoals we die nu kennen. Er is een machtsverschuiving gaande van fabrikant naar klant en de expert vormt met gericht advies de verbindende schakel. Internet voorziet steeds vaker de klant van kennis voordat hij de winkel binnen stapt. Dat is het belangrijke moment waarop expertise, wens en product samenkomen waar de audiciens vanuit een prijsgestuurd en rationeel protocol 'adequate' zorg moet bieden. In het algemeen groeit internetverkoop explosief en voor de klant is winkelbezoek niet altijd noodzakelijk. Dit zorgt dat boekhandels, muziekwinkels, kledingzaken en speelgoedwinkels uit winkelstraten verdwijnen. Leegstand maakt winkelen ▶▶▶

minder aantrekkelijk en dat verhoogt de populariteit van internetshoppen. Daarmee is ook de aankooptijd veranderd. Er wordt op koopavond 50% minder gekocht dan in 2000. Parkeergeld kan ook een reden zijn om niet naar de stad te gaan, zeker als er weinig winkels zijn. Op zaterdag is het hele gezin op stap en kan moeder door het gejeengel niet lekker shoppen, dus dat doet ze dan later op haar iPad. De koopiek op internet ligt tussen 21.30 en 23.30 uur. 3 op de 4 Nederlanders hebben dan (meer dan) een wijntje of een biertje gedronken waarmee de kooldrempel veel lager ligt dan op maandagmiddag in de stad. Webshops die de mogelijkheid bieden te betalen bij het zelf afhalen, merken dat 30 – 40% van de aankopen niet wordt opgehaald. Aankopen worden ook mobiel gestuurd. Smartphones laten zien waar een product eventueel goedkoper is en webshops zijn 24/7 bereikbaar. Het onderhouden van een internetsite is een grote klus. Klanten bezoeken ook 's avonds de site en moeten direct weten dat ze de volgende dag terecht kunnen in de winkel. Het is een tijd waarin alles moet kunnen en alles moet veranderen. Dit geeft spanning in retail, maar ondanks de recessie stijgen internetaankopen. Het is nu belangrijk dat fabrikanten eindprijzen vaststellen om oneerlijke concurrentie tegen te gaan. Concurrentie moet niet bestaan op basis van prijs, maar op ondersteunende elementen zoals klantenbinding, service en andere toegevoegde waarden. Klanten willen goede service. Daarin is fysiek contact belangrijk. Als kopen via internet wordt ondersteund door een fysieke winkel kan meer service worden geleverd.

BEHOEFTE AAN ANDERE WINKELS

Mensen zijn gemiddeld 17 uur per week actief op facebook! Voor winkeliers betekent een actieve deelname aan social media dat zij óók diezelfde tijd besteden aan facebook. Is de klant 's avonds bezig met social media; de winkelier ook. Ook via twitter kan veel worden bereikt. Het kan beter werken dan een brochure omdat mensen steeds vaker alleen korte, compacte berichten lezen. In de winkel is vooral communicatie belangrijk: vragen stellen en het echte probleem van de klant achterhalen. Beleidsmakers overzien niet altijd de consequenties van hun beleid. Grote externe winkelcentra trekken kopers weg uit de binnenstad. Demografische, economische en maatschappelijke ontwikkelingen zetten een rem op retailaankopen. Er kan niet worden voorbijgegaan aan de invloed van internet en de daaruit voortvloeiende prijsconvergentie. Door nieuwe toetreders verhoogt internet de concurrentiedruk. Het internet speelt een belangrijke rol. Het wordt vast en mobiel gebruikt, actief en faciliterend, ondersteunend en sturend. Via internet kun je kopers op de hoogte houden van aanbiedingen via nieuwsbrieven. Hierbij kan het tijdstip van sturen- dus het ontvangstmoment- mede bepalend zijn voor de reactie. Bij een goed opgebouwde relatie met de klant weet de winkelier precies wanneer informatie gewenst is: op een moment dat de klant direct van de aanbieding gebruik kan maken! Ook in de winkel is een iPad handig. Samen met de klant kan bekeken worden wat hij op een site heeft gezien. Een eventueel prijsverschil met de concurrent kan direct worden toegelicht en je kunt je expertise tonen! Molenaar:

'Vroeger had je te maken met opgeleide vakmensen. Nu staat er een puber met de mond vol tanden. Je wordt niet goed geholpen, en dan vraag je je af waarom de klant niet komt!' [Hij deed deze uitspraak niet specifiek over audicienbedrijven, maar wel op een Hoorprof congres...] Verschil tussen shorttail (o.a. kosten pand, personeel, beperking assortiment, levering) en longtail (geen voorraad ter plaatste, groot assortiment in regionale/centrale magazijnen, snelle levering) bestaat voor audiciens voornamelijk in bijproducten. Het meest ideaal is het kopen in de winkel (waar slechts beperkte voorraad staat) en het binnen een uur/dag thuisbezorgen van de aankoop vanuit een extern magazijn. Daarnaast wijst Molenaar op het combineren van producten. Zoek uit wat de klant een logische combinatie vindt en integreer dat in het assortiment. Met 'dropshipping' kan de winkelier direct bij de fabrikant bestellen die het product vervolgens verpakt en verstuurt aan de klant. Hoortoestellen en brillen zijn al een gangbare combinatie, maar ook andere combinaties zijn denkbaar.

KORT GEZEGD

Integreer internet. De klant mag niet voor een 'dichte deur' staan. Speel in op de wensen van de klant, luister naar de klant en geef aan welke diensten u kunt aanbieden. Blijf met de klant communiceren via nieuwe media maar zoek wel de goede boodschap en het juiste moment. Bedenk waarom de klant juist naar ú toekomt en bekijk of die reden kan worden uitgebreid naar een ander gebied. Speel creatief in op de doelgroep door over grenzen heen te denken. Denk aan concepten als abonnementen, lease of hoorpas waardoor mensen terug blijven komen. Link informatie op internet door met de eigen site en link ook door naar onafhankelijke informatiesites, bijvoorbeeld de Nationale Hoorstichting. Zorg dat klanten je aanbevelen bij anderen. Voeg emotie en beleving toe aan winkelbezoek. Kleine, knusse winkels geven meer winkelplezier. Heb oog en oor voor je klant.

MINI-EXPO

Battery Benelux, Phonak, Comfort Audio, Emid, Beltone, ReSound, Widex en Hansaton vormden een mini-expo met stands waar congresdeelnemers tijdens de pauzes kennis konden maken met nieuwe producten en diensten op hun vakgebied. Fabrikanten waren ook in de zaal aanwezig en spelen in het vernieuwde systeem een duidelijke rol. Het zijn hún producten die straks door anderen in een (prijs)categorie worden geplaatst. Het kan ongunstig uitpakken en het is niet ondenkbaar dat fabrikanten bepaalde producten uit de markt terugtrekken. Daarmee is wellicht ook de weg vrij voor een private markt, los van zorgverzekeraars en overheid. Bij de afsluitende borrel ontstonden rondom de stands geanimeerde gesprekken over producten en in soms emotionele gesprekken werden de presentaties en het functiegericht voorschrijven onder de loep genomen; frustratie over zoveel onzekerheden en veel speculatie. De enige zekerheid is dat nieuwe mededelingen en berichten zullen volgen. <<<<

HINK MARATHON 2012

Op 26 november kregen 140 deelnemers aan de jaarlijkse HINK Marathon een lange dag vol productinformatie en actuele ontwikkelingen voorgeschoteld. Pim Föster (HINK) leidde de presentaties in goede banen zodat er ook tijd overbleef om de stands te bezoeken van ruim 20 aanwezige leveranciers. Zij demonstreerden nieuwe producten en ontwikkelingen die al eerder werden gepresenteerd op het EUHA congres in Frankfurt am Main en enkele noviteiten die begin 2013 worden gelanceerd. Minder grootschalig dan een beurs, maar zeer toegankelijk en persoonlijk, kan op kleinere bijeenkomsten veel informatie worden verzameld en is er alle gelegenheid tot het stellen van vragen of advies bij problemen. Inhoudelijk was het een ware marathon. Vandaar dat niet alle presentaties kunnen worden opgenomen.

WAT WETEN WE WERKELIJK OVER HET GEBRUIK VAN HOORTOESTELLEN?

presentatie: Taco Drok (Oticon)

In een studie naar het gebruik (uren per dag dragen) van hoortoestellen door het Eriksholm Research Center in Denemarken wordt een antwoord gezocht naar de vraag wat 'gebruik' zegt over de aanpassing. In literatuuronderzoek komt hiervoor geen duidelijke relatie naar voren. Gebruik heeft een grote variatie en de gebruiksduur wordt door hoortoestel dragers nogal eens overschat. Het is een interessante vraag in hoeverre de doelstelling van de audiciens (die moet handelen in het belang van de cliënt) overeenkomt met die van de gebruiker. Uiteindelijk zijn twee uitgebreide onderzoeken gestart onder 226 volwassen hoortoestelgebruikers (met een gematigd gehoorverlies en die voldeden aan de gestelde inclusiecriteria), een aantal audiologen en audiciens. Doel was het vaststellen

van 'optimaal hoortoestelgebruik', hoe dit kan worden bereikt en wat daarin de bepalende elementen zijn. Het onderzoek werd uitgevoerd in Denemarken en in Nederland. Uit de discussies kwam een definitie van optimaal hoortoestelgebruik: de hele dag dragen, zolang je wakker bent en er voordeel van hebt. Als het gebruik behoefte-gestuurd wordt, dan kunnen er omstandigheden zijn waarin het toestel tijdelijk wordt uitgedaan, maar uitsluitend als je er dan zónder hoortoestellen net zoveel profijt van hebt als mét. Het kan verstandig zijn om het toestel uit te doen om het te beschermen (bijv. sport/zwaar werk met veel transpiratie, douche of bad). Ook geven mensen aan het toestel uit te doen omdat het niet comfortabel zit. Na het vaststellen van de definitie werd de deelnemers gevraagd wat voor hen bepalend is voor optimaal gebruik. De gebruikersgroep is overtuigd dat het product dat wordt aangeschaft goed moet werken. Als het niet goed werkt kan de gebruiker ook niet ►►



goed functioneren. De aanpassers zien de relatie die zij hebben met de cliënt als een voorwaarde. In een goede relatie kan de aanpasser een inschatting maken hoe de cliënt de hoortoestellen gaat gebruiken en op basis van vakkennis en technische mogelijkheden weet de aanpasser hoe hij dit moet inzetten. Vanuit een ander perspectief is er dus een andere voorwaarde voor optimaal gebruik. Middels een vragenlijst met 17 specifieke vragen konden cliënten o.a. hun gebruiksduur aangegeven en dit werd vergeleken met dataloggingsgegevens. Hieruit zijn conclusies getrokken m.b.t. het gebruik en mogelijke voorspellers in relatie tot het overschatten van het gebruik van hoortoestellen. Er zijn daarnaast toonaudiogrammen en dataloggingsgegevens verzameld. Er is relatie tussen wat de cliënt zelf aangeeft en wat blijkt uit dataloggingsgegevens. Er bestaat overschatting van de 'draagtijd'. Ervaring speelt mogelijk een rol: hoe langer iemand hoortoestellen draagt, hoe meer overschatting. Ook zijn er sociaal wenselijke antwoorden waardoor de overschatting groter wordt, tenzij mensen bekend zijn met de dataloggingsgegevens. Dan zijn de schattingen meer in overeenstemming. Met betrekking tot advies over het hoortoestelgebruik kreeg 82% advies van de audiciens, maar diegenen die hun toestellen al wat langer droegen wisten niet meer precies of en welk advies ze hadden gekregen in het begin. Ook de partner geeft advies met betrekking tot het dragen: 46%. Over het algemeen is het advies van de aanpasser om hoortoestellen zoveel als mogelijk te dragen. Dit wordt door 51% van de slechthorenden ter harte genomen. 49% van de slechthorenden zegt het hoortoestel alleen te dragen wanneer dit nodig is. Dit kan een overweging zijn in de aanpassing. Uit de dataloggingsgegevens blijkt dat het grootste percentage van de gebruikers het toestel meer dan 4 uur per dag draagt, maar er zijn nogal wat verschillen. Er zijn mensen die aangeven de toestellen de hele dag te dragen, maar deze toch tussendoor uitzetten. Het patroon dat uit de dataloggingsgegevens naar voren komt is niet hetzelfde als een gemiddeld aantal uren dragen. Het patroon zegt iets over hoe mensen hun hoortoestellen gebruiken en waarom ze ze uitzetten. Als iemand bijvoorbeeld 4 uur hoortoestellen draagt en ze dan uitdoet omdat hij een dutje doet en vervolgens de hoortoestellen nog eens 6 uur draagt, dan is de perceptie dat hij ze 10 uur heeft gedragen, maar dat is in de dataloggingsgegevens niet terug te zien. Uit het patroon kwamen twee groepen naar voren: een groep gebruikers die de toestellen regelmatig en grillig aan en uit zet en een groep die regelmatig gebruik maakt van de hoortoestellen, tot ≥ 12 uur per dag. Er is ook gevraagd naar de eigen beleving van de slechthorende m.b.t. zijn gebruik: stabiel (elke dag hetzelfde aantal uren) of onregelmatig. Er blijkt relatie tussen overschatten van het gebruik en unilateraal gebruik, het dataloggingspatroon en het zelf aangegeven patroon. Op basis van dataloggingsgegevens vertonen slechthorenden in de groep van regulier gebruik minder overschatting van het gebruik dan diegenen die hun hoortoestel meer aan- en uitzetten. Het patroon als mensen het zélf aangeven laat precies het omgekeerde zien: cliënten die aangeven dat ze onregelmatig hun toestel gebruiken overschatten minder dan stabielere gebruikers! Mensen die veel aan toestellen schakelen, de onregelmatige gebruikers, zijn zich mogelijk meer bewust

over het gebruik van het hoortoestel terwijl stabiele gebruikers onbewust zijn of vergeten dat er situaties zijn geweest waarin ze de toestellen hebben uitgezet. Dit is informatie die belangrijk kan zijn in de aanpassing. De audiciens moeten vragen naar de redenen waarom iemand zijn toestellen uitzet. Ook bij mensen die aangeven het toestel de hele dag te gebruiken is het interessant om te weten hoe de toestellen dan worden gebruikt, en ook wanneer en waarom de toestellen worden uitgezet. Dit laatste is in de dataloggingsgegevens niet te zien. Overschatting is een feit en het is zaak om uit te zoeken waar dat vandaan komt en mensen hiervan bewust te maken. Tussen tevredenheid en het gebruik van hoortoestellen is geen directe relatie gevonden. Er zijn cliënten die een toestel heel weinig dragen en uitermate tevreden zijn. Zij geven aan dat de moeite die is gestopt in het aanpassen van de hoortoestellen het waard geweest is. Er zijn ook cliënten die de toestellen hele dagen dragen en het waardeloos vinden, maar desondanks wél tevreden zijn. Mensen schaffen hoortoestellen aan met een reden. Die reden is mede bepalend voor het gebruik. Soms dragen ze de toestellen maar 2 uur per dag, bijvoorbeeld alleen in de kantine, voor de tv of in een sociale omgeving. Het is belangrijk om te weten hoe mensen hun hoortoestellen willen gaan gebruiken in relatie tot tevredenheid met het product dat wordt aangeboden. Het moet niet alleen duidelijk zijn wat de cliënt ermee kan, maar ook wat de cliënt ermee wil! Dataloggingspatronen kunnen helpen bij voorspellen van gebruik van het hoortoestel. Het is zaak de cliënt mee te nemen in het bewustwordingsproces en duidelijk te maken wanneer, waar en waarom de toestellen moeten worden ingezet ('taking ownership'). Het beoogde gebruik is een vraag die al in het begin moet worden gesteld en is de basis voor de doelstelling van de aanpassing. De komende tijd wordt nog meer gezocht naar relevante informatie uit dataloggingsgegevens m.b.t. resultaten van het geleverde product. Deze informatie kan worden gebruikt in de aanpassing maar ook richting zorgverzekeraar.

DRAADLOZE COMMUNICATIE

presentatie: Mark Bakkum (GN Hearing Benelux-ReSound/Beltone)

Een tevreden cliënt is ook het uitgangspunt in de presentatie van Mark Bakkum. Hij vraagt zich af wat draadloze communicatie in het algemeen, en op 2,4 GHz in het bijzonder, de cliënt kan bieden. De vraag welke behoefte de slechthorende heeft en wat er nodig is om dit naar tevredenheid in te vullen, wordt in een langlopend Amerikaans onderzoek onderzocht. 2500 hoortoestelgebruikers is gevraagd naar hun ervaring en gebruiksgemak met het hoortoestel in diverse luistersituaties en de mate van tevredenheid. Er is wat betreft tevredenheid een duidelijke relatie tussen situaties waarin hoortoestellen verbetering bieden en algemene tevredenheid. Cliënten verwachten- en accepteren- dat het hoortoestel niet in alle situaties voldoet. Het is vooral de veelzijdigheid die telt: hoortoestellen die in veel situaties voldoen op een comfortabele manier leveren een hoge mate van tevredenheid op. Daarin kan 2,4 GHz-communicatie, zowel tussen toestellen onderling

als met externe apparatuur, een rol spelen en een verbetering geven in spraaksituaties. Het 2,4 GHz frequentiedomein biedt kwalitatief de beste technologie voor velerlei aspecten zoals stereo aanbidding, én het biedt nu en in de toekomst technische mogelijkheden om samen te werken met andere apparatuur.

Sinds twee jaar wordt draadloze technologie toegepast in hoortoestellen die hiermee rechtstreeks communiceren met accessoires zoals tv-streamer, telefoonclip, afstandsbediening en minimicrofoon. Met een minimicrofoon kan spraak 'dichterbij' worden gehaald. Directionaliteit van hoortoestelmicrofoons is effectief tot een bepaalde afstand. Afstandsvergroting tot de spreker geeft een afname van de directionele werking. Een minimicrofoon in combinatie met hoortoestellen kan gebruiksgemak opleveren in méér luistersituaties. Een ander voorbeeld van draadloze communicatie is de verbeterde telefoonclip waarbij niet alleen aan de kant van de hoortoesteldrager, maar ook aan de andere kant van de 'lijn' en goede geluidskwaliteit bestaat. Richtmicrofoon en lawaaireductie worden toegepast om het signaal voor de ontvanger aan de andere kant veel beter te maken. Cliënten beschikken soms over meer dan één telefoon en de nieuwe telefoonclip kan twee telefoons tegelijk verbinden zodat alle telefoongesprekken op twee oren worden ontvangen. Natuurlijk is e.e.a. ook voorzien van zaken als voice dialing en nummerherhaling en kan de hoortoestelfunctie via de clip worden uitgezet tijdens het bellen, bijvoorbeeld als er sprake is van omgevingslawaaai. Het apparaat werkt ook als een streamer voor muziek in stereokwaliteit. Bovendien heeft de clip een afstandsbedieningsfunctie om volume te regelen of programma's te wisselen.

Naast communicatie met accessoires is het gelukt de 2,4 GHz-techniek in te zetten in onderlinge communicatie tussen hoortoestellen. Dat heeft letterlijk hoofdbrekers gekost omdat het geluid om het hoofd heen moet om van oor tot oor te kunnen communiceren. Daarvoor zijn een nieuwe chip en antennesystemen ontwikkeld waarbij twee toestellen werken als één systeem dat een totaal geluidsbeeld (auditory scene) levert van de geluidswereld waarin iemand zich bevindt. Zo worden gegevens uitgewisseld, zoals spraak- en lawaailokalisatie. Op grond van deze gegevens worden eigenschappen en features dusdanig ingesteld dat ze een goed geluids aanbod geven aan ieder oor zodat een natuurlijk proces van binaurale verwerking kan optreden. Voor een zo natuurlijk mogelijk proces moet in het aanbod niet alles worden weggefilterd. De gebruiker heeft controle over wat hij wil horen, niet het toestel. Daarbij moet worden gezorgd dat er wel een goed aanbod is, dat het niet teveel wordt verstoord door lawaai en dat er een verbetering is van het spraakverstaan. Daarin speelt directionaliteit een grote rol. Het hoortoestelsysteem past zich aan de geluidssituatie aan. Er zijn 4 situaties voor het systeem: ze kunnen allebei omni staan, de rechter kan directioneel staan en de linker omni, de linker kan directioneel staan en de rechter omni en ze kunnen beide directioneel staan. Via datalogging is vastgesteld dat omni omni in 70-80% van de tijd het geval is. Beide directioneel

geldt slechts in 5-10% van de tijd en 10-20% van de tijd staan de toestellen op omni/directioneel. Het grootste deel van de tijd, als mensen zich in een redelijk rustige omgeving bevinden zonder moeilijke luistersituaties, is er weinig noodzaak voor een directioneel systeem. Het gaat dus om 20-30% van de situaties waarin luisteren moeilijk wordt. Dan moet het toestel doen wat nodig is, en daar zorgt het nieuwe systeem voor. Datalogging is belangrijk om te laten zien wat er daadwerkelijk gebeurt en hiermee aanpaskeuzes te onderbouwen.

Goede zorg is belangrijk, maar ook consumentengedrag mag niet uit het oog worden verloren. Meer dan vroeger moet rekening worden gehouden met allerlei factoren. Consumenten, zowel jongeren als ouderen, zijn steeds veeleisender, oplossingsgericht en maken hun eigen keuzes. Gebruiksgemak speelt een belangrijke rol en er kan worden gewerkt aan het verhogen van de acceptatie, het leveren van kwaliteit voor een redelijke prijs en aan multifunctionele oplossingen. Daarnaast zijn wereldwijd inmiddels meer dan 1 miljard smartphones in gebruik- ook door ouderen. Veel mensen zijn vergroeid met hun mobieltje dat beschikt over heel veel functies. GN Hearing werkt samen met Apple aan het linken van iPhone en hoortoestel. Met de inmiddels gelanceerde ReSound en Beltone apps kunnen in combinatie met de telefoonclip functies van het hoortoestel via de iPhone en Android worden bediend. Deze ontwikkeling is een toegevoegde waarde waaraan geen kosten zijn verbonden voor de gebruiker. Het zorgt voor meer gebruiksgemak, maar genereert ook winkelbezoek en helpt het imago van het hoortoestel te verbeteren.

TELE-OTOSCOPIE ALS HULP BIJ TRIAGE

presentatie: Eric Theunissen, KNO-arts





In De Audiciens van mei 2012 staat informatie over o.a. audiometrische triage (Dr. Ir. W. Dreschler) en tele-otoscopische triage (Dr. R. Van der Hulst). [DA jrg.6, nr. 2 mei 2012, 12-17, NVA Voorjaarsvergadering] Dr. Theunissen zette de gedachte achter deze vormen van triage en het tot nu toe afgelegde traject nog eens op een rijtje. In de Veldnorm en het NOAH-protocol zijn de bevoegdheden van de verschillende partijen omschreven. Audiciens zijn opgeleid om te audiometreeren en otoscopie te verrichten en deze twee parameters samen stellen de audicien in staat een pluis/niet pluis-diagnose te stellen. Met de diagnose 'pluis' kan de audicien zelfstandig hoortoestellen aanpassen. Begin 2012 werd de triage-audicien ingevoerd en werd door het Julius instituut een studie afgerond in opdracht van Achmea e.a., waaruit blijkt dat (trriage)audiciens nog niet altijd optimaal functioneren m.b.t. het onderscheiden van pluis/niet pluis-situaties. De studie richtte zich daarnaast op de vraag of tele-otoscopie, het op afstand dynamisch meekijken in de oren door de KNO-arts, de fysieke KNO-arts kan vervangen: project Otosession. Uit het onderzoek komt naar voren dat met tele-otoscopie 20% terecht niet pluis wordt beoordeeld en doorgaat naar het medisch traject. 20% is onduidelijk en 60% wordt terecht pluis bevonden. Tele-otoscopie voldoet en vervangt op verantwoorde manier de fysieke KNO-arts. Voor tele- ▶▶▶

otoscopie is een otoscoop en een internetverbinding nodig. Het systeem voldoet aan hoge veiligheidseisen en waarborgen voor privacy. Het is prettig dat de cliënt niet steeds naar een andere locatie hoeft te gaan voor onderzoek en het is een groot voordeel dat KNO-arts en audiciens samen de otoscopie-beelden kunnen bekijken en elkaar 'al kijkend en pratend' kunnen helpen. Het is mogelijk over en weer vragen te stellen en instructie te geven. Daarmee wordt een optimale training in de otoscopie bereikt (learning by doing). Als er een internetverbinding voorhanden is kan de KNO-arts vanaf iedere plek in de wereld inloggen en meekijken. De KNO-arts kan na verloop van tijd de vaardigheden van de audiciens goed inschatten en dit kan op termijn leiden tot meer zelfstandigheid m.b.t. otoscopie voor deze audiciens. Voor de cliënt betekent het 'one-stop' en snelle diagnostiek. Een slechthorende kan ook makkelijk even binnenlopen bij de audiciens om gehoor én oren na te laten kijken. De audiciens kan zich richten op zijn eigen vakgebied terwijl de KNO-arts –op afstand- verantwoordelijk is voor de oto-scopische diagnose. Tele-otoscopie betekent service aan de klant en klantbinding. Door de samenwerking kan de communicatie met de KNO-arts verbeteren. De audiciens moet de techniek aanleren om het trommelvlies en omgeving goed in beeld te krijgen maar hoeft geen extra opleiding te volgen m.b.t. oto-scopische triage terwijl er wel kennisoverdracht is. Een nadeel is dat e.e.a. extra kosten

met zich meebrengt vanwege de aanschaf van apparatuur en software en de extra tijd (zeker in het begin) die aan de cliënt wordt besteed. Tele-otoscopie betekent tijdswinst voor de KNO-arts als hij zich alleen bezig hoeft te houden met slechthorenden die KNO-zorg vragen. Bovendien kan de KNO-arts deze patiënten er direct uithalen en beoordelen of verdere diagnostiek spoed vereist of niet. Hij kan aangeven wat de beste momenten zijn om in te bellen. Ook de KNO-arts heeft voordeel bij een betere communicatie en verstandhouding met de audiciens. Investering, directe beschikbaarheid en de bereidheid om de audiciens te instrueren vergen van de KNO-arts de nodige inzet. Regionaal georganiseerde tele-otoscopie kan helpen om de goede hoorzorg in Nederland naar een hoger niveau te krijgen. De NVVS kan een rol spelen door haar leden goede informatie te verstrekken zodat deze op de hoogte zijn van de mogelijkheden en goede audiometrie krijgen. In samenwerking met Stufkens Hoorcentrum (Maastricht) demonstreert Dr. Theunissen hoe hij via zijn laptop kan inloggen en welke informatie op de verschillende schermen kan worden ingevuld. Vervolgens kan de zaal meegenieten van een otoscopisch beeld van een patiënt in de winkel in Maastricht dat op aanwijzing van Dr. Theunissen op grote afstand wordt bestuurd d.m.v. aanwijzingen, beoordeeld en besproken. In de opgezette pilot kan de audiciens van Stufkens bellen naar de KNO-praktijk als er een otoscopie-klant is en daar

ear's2U serviceplan

**Dé oplossing voor de consument die geen beperkte keuze wil!
Ongehoord goed en voordelig!**

-  Elke 3 jaar nieuwe hoortoestellen. Altijd de nieuwste techniek!
-  Vrije keuze in hoortoesteltechniek. Géén beperking door verzekeraars!
-  Inclusief batterijen, domes, slangetjes of luidsprekers, doorlopende verzekering, garantie, hoortest en jaarlijkse controle
-  Uitstekend horen voor een vaste lage prijs per maand



wordt dan tijd voor vrijgemaakt op de KNO-poli waar altijd een KNO-arts beschikbaar is. Het is ook denkbaar dat er specifieke afspraken worden gemaakt voor tele-otoscopie, bijvoorbeeld op een bepaalde dag in de week of aan het begin/eind van de dag. De ervaringen tot zover zijn positief. Het is afwachten hoe e.e.a. zijn beslag krijgt in regelgeving, verzekering en vergoeding.

AFDRUKKEN NEMEN MET EEN EARSCANNER, DRUKSPUIT- OF PISTOOL

presentatie: Petra Spigt (Laboratorium Formaat)

Op de Internationale beurzen staat vooral de earscanner in de belangstelling, maar of er in de toekomst gewerkt wordt met scanner, of nu nog met drukspuit of pistool, het gaat om de nauwkeurigheid. Nauwkeurigheid is en blijft belangrijk bij de productie van oorstukjes en dat begint bij het nemen van de afdruk die moet aangeven hoe de exacte vorm van het oor is. In drukloze staat, met lichte druk of met meer druk, afhankelijk van het gewenste resultaat. De technische ontwikkelingen gaan in hoog tempo, maar het blijft zaak kritisch te blijven en goed in het oog te houden waar de nieuwe ontwikkelingen (nog) tekort schieten. Een laboratorium kan alleen goed werk leveren met een goede afdruk en de juiste informatie. Daarom is kennis en behoud van ervaring altijd een belangrijke basis. Het maken van een oorafdruk moet met iedere techniek precies en secuur worden uitgevoerd.

Petra Spigt signaleert internationaal nieuwe ontwikkelingen. Zo ontwikkelde Georgia Tech & Emory University in Atlanta (VS) een versie van een video-otoscoop voor de smartphone. Met een opzetstukje kan een filmpje van het trommelvlies worden gemaakt dat via het (kleine) schermje direct te bekijken is en makkelijk kan worden gemaild. Scherppte en lichtsterkte zal misschien nog niet optimaal zijn, maar het is misschien handig voor ouders thuis! Een andere noviteit is de Shape Scanner (LaserFit Hearing) die claimt miljoenen siliconenafdrukken te vervangen. De binnenkant van het oor wordt gescand en afgebeeld op het computerscherm. Dit klinkt mooier dan het is. Petra Spigt stelt dat het nog een utopie is dat direct het hele oor goed is gescand. Bovendien resulteert scannen met alleen licht in een drukloze afdruk. Voor diverse hoortoestellen en bij o.a. zwaar slechthorenden kinderen is juist drukopbouw belangrijk. Met MIT's 3-D Digitale earscanner kan wel worden bepaald hoeveel druk in het oor wordt gegeven. De scan werkt met een glasvezelkabel in een met vloeistof gevuld membraan dat wordt opgeblazen. Op een schermje op het apparaat wordt aangegeven wat er gebeurt. Het opblazen van het membraan is een methode om van binnenuit wat druk te geven in het oor en dat is nodig om een goede afdruk te kunnen maken. Ook de Lantos 3D Intra-Aural Digital scanner is gebaseerd op een ballonnetje dat in het oor wordt opgeblazen. In het apparaat zit een reservoir met vloeistof. Drukopbouw is mogelijk, maar niet precies te bepalen. Dit dichte systeem moet bij elk oor worden gewisseld wat de kosten per afdruk erg hoog maakt. Het voordeel is, dat het mogelijk is diepe afdrukken te maken zonder risico en door het digitale doorsturen is er een snelle productie.

Maar: de techniek is nog niet mogelijk voor kinderen, het is niet mogelijk de helix af te drukken en er is geen drukopbouw in vaste standen mogelijk. Voorlopig zal de audicien het moeten doen met 'oude en vertrouwde materialen': drukspuit of -pistool. Daarbij is het vooral belangrijk om het juiste afdruk materiaal te selecteren voor een specifieke klant.



Een afdruk levert informatie of het oorstukje comfortabel in het oor zal zitten met een goede pasvorm. De audicien moet kunnen herkennen of het een werkelijke afdruk is die de juiste maat van het oor aangeeft en of de afdruk volledig is. Daarbij moet worden gelet op de viscositeit van het afdruk materiaal tijdens het inspuiten. Dát geeft de wekelijkse druk in het oor aan en bepaalt of het oorstukje strak zit of precies past. Elk materiaal heeft een eigen drukopbouw in het oor. Het grootste verschil is te zien in een afdruk van hetzelfde oor met verschillende materialen. Bijvoorbeeld Detax mini Sensitive (16.000 m Pa S) en Egger A11 (1400.0000 m Pa S) verschillen bij deze voorbeelden, 2,7 mm! De meeste pistoolmaterialen zijn van gemiddelde viscositeit. Kiest de audicien het verkeerde afdruk materiaal, dan kan dit consequenties hebben voor het oorstukje. Het materiaal kan bijvoorbeeld zeer geschikt zijn voor een wat ouder iemand, maar als er een heel sterk hoortoestel wordt aangemeten, kan het oorstukje onvoldoende afdichten en gaan fluiten. In Nederland zijn veel afdruk materialen verkrijgbaar. Op de site van Laboratorium Formaat staan indelingen in viscositeit (laag-midden-hoog), mate van drukopbouw, leeftijd, conditie van het oor en soort materiaal. Voor het eindresultaat is het belangrijk te weten wat de drukopbouw van het betreffende materiaal is in het oor. Op foto's is duidelijk het verschil te zien in grootte van afdrukken op het meest flexibele deel van hetzelfde oor met verschillende materialen, zoals drukopbouwend additie materiaal vs licht drukopbouwend condensatie, licht drukopbouwend additiemateriaal uit het pistool vs licht drukopbouwend additiemateriaal uit de spuit en licht drukopbouwend additiemateriaal uit het pistool vs drukopbouwend additiemateriaal uit de potten. Als de afdruk binnenkomt bij het laboratorium moet de oortechneiker een keuze maken op basis van de afdruk, bijgevoegde informatie op de bon en het audiogram of er bijvoorbeeld moet worden opgedikt (als ►►►

het gaat om een sterk hoortoestel). Probleem is dan dat het oor niet op dezelfde plekken rekt, dit is per individu verschillend. Er is millimeters verschil tussen 2 afdrucken van hetzelfde oor met verschillende materialen, maar ander materiaal geeft ook een andere vervorming van het oor! Voor het maken van een afdruk met een earscanner moet de audicien precies weten wat hij doet als de druk zelf moet worden opgebouwd om drukplekken en/of vervormingen in het oor te voorkomen. Het moet een goede kopie zijn van het oor, een goede afdruk, die wordt doorgestuurd. Zeker met scantechiek is er alleen een afdruk op het scherm van de binnenkant van het oor en kan het laboratorium ook niet meer zien of er veel/weinig/normaal druk is gegeven. Dat moet de audicien dan ook precies aangegeven voor de goede pasvorm. Met name voor micro oorstukjes in de gehoorgang, die niet kunnen worden opgedikt, omdat deze in het benige gedeelte van de gehoorgang zitten, is dit erg belangrijk.

MOGELIJKHEDEN EN ONTWIKKELINGEN BIJ OORSTUKJES

presentatie: Jeroen Verdam (Comfoor)

In het LUMC (Leiden) heeft Dr. Jan de Laat i.s.m. laboratorium Comfoor (Doetinchem) onderzoek gedaan naar de akoestische verschillen tussen maatwerk oorstukjes en domes (lite shell thin tube/GN ReSound life hoortoestel). Daaruit is een aantal conclusies getrokken. De 4 belangrijkste zijn:

- de spreiding van metingen in de testpersonen is bij domes groter dan bij maatwerk oorstukjes
- de spreiding in hoge tonen is minder groot dan in de lage tonen
- de spreiding van het gemiddeld meetresultaat pleit voor het doen van een REM-meting
- kleine venting ten opzichte van grote venting kan veel verschil maken en ook de lengte van de venting is belangrijk.

In de hoge tonen blijft de versterking van domes achter vanwege feedback. Bij de maatwerkstukjes ligt de gemiddelde waarde heel dicht bij de door de software berekende curve. Bij lage tonen is versterking veel minder bij de open dome, en bij de maatwerkstukjes neemt de versterking ook af naar mate de venting ruimer gemaakt is. De maatwerk oorstukjes blijven wel dicht bij de curves uit de software liggen, dus zijn akoestisch veel stabielier dan de domes. Verschillende mensen hebben verschillende resultaten bij dezelfde aanpassing: een gemiddeld oor bestaat niet, ieder oor is uniek. Het is zaak altijd de door de fabrikant geleverde berekeningen te controleren door REM metingen. Nadeel van een open aanpassing kan zijn dat interferentie optreedt in de middentonen als gevolg van verschil tussen directe en indirecte geluidsbronnen. Open aanpassingen geven veel capaciteitsverlies. In een smalle gehoorgang is er kans op irritatie en deformatie van de gehoorgang, omdat de dome te groot is voor de gehoorgang. Ook bestaat er een kans op loslaten in gehoorgang waardoor de aanpassing blijft vastzitten. In een erg smalle gehoorgang is er geen open effect omdat de dome zorgt voor een afsluiting van de gehoorgang. Wat je wil bereiken met een open aanpassing wordt dan teniet gedaan. Een minimale doorsnee van de gehoorgang om een dome toe

te passen is circa 3,5 - 4 mm en daarvoor kan ook een maatwerk oorstukje worden gemaakt.

De voordelen van maatwerk oorstukjes is dat ze akoestisch stabielier zijn en het aanpasbereik vergroten. Ze zijn in het oor vrijwel onzichtbaar te maken. Met het toepassen van maatwerk oorstukjes toont een audicien kwaliteit en deskundigheid waarmee hij/zij zich kan onderscheiden ten opzichte van budgetketens.

Jeroen Verdam geeft 4 adviezen voor een goede aanpassing:

1. Kijk in het oor maar maak bij voorkeur een afdruk vóórdat een hoortoestel wordt gekozen. Zo is direct duidelijk of er voldoende ruimte is in de gehoorgang voor de gekozen oplossing. Een hulpmiddel is ook de door Comfoor ontwikkelde en gratis verkrijgbare universele pasmal met een nauwkeurigheid van ca. 97%.
2. Gebruik het juiste afdruk materiaal om problemen te voorkomen. Bij een zwaarder verlies en bij gehoorbeschermers is een beter afsluiting nodig en moet er meer druk worden opgebouwd dan bij een lichter verlies.
3. Controleer de stand van de slang en let op de lengte van het oor. De slang moet precies langs het oor lopen om te voorkomen dat de slang als een hefboom het oorstukje opwipt waardoor het naar buiten komt.
4. Lever goede service, dat levert een tevreden klant op. Leg de nadruk op kwaliteit en voer een REM-meting uit. Maatwerk kost wel meer tijd, maar er wordt dan wel vanuit gegaan dat er direct een goede pasvorm is. In principe is slijpen niet meer nodig.

Materiaal dat wordt gebruikt voor oorstukjes heeft bepaalde eigenschappen die de keus kunnen bepalen.

- acrylaat: standaard en ééncomponent. Comfoor gebruikt uitsluitend ééncomponent sacrylaat, dat in 2/3 van de gevallen een allergische reactie voorkomt
- siliconen: wordt weinig gebruikt voor oorstukjes, is minder duurzaam en poreus, veroorzaakt makkelijker irritatie.
- variotherm: dit materiaal is stug bij kamertemperatuur en wordt zacht door de lichaamstemperatuur. Het materiaal heeft een hoog draagcomfort en vormgeheugen. Het is geschikt voor schaaltes en RIC-stukjes en vergroot de toepasbaarheid. Het geeft nauwelijks allergische reacties. Is geschikt voor gevoelige gehoorgangen.
- nanolak met zilverionen: toepasbaar op acrylaat en siliconen. Verhoogt de duurzaamheid, geeft glad oppervlak, is antibacterieel en voorkomt allergische reacties in 90% van de gevallen.

Er zijn dus oplossingen voor klanten met irritaties en allergieën voordat moet worden gedacht aan vergulden, verzilveren of staal.

Mensen willen nog steeds dat je de aanpassing zo min mogelijk ziet. Een dunne slang valt minder op dan een dikke. Het is met ingang van januari 2013 mogelijk om alle oorstukjes voor een dikke slang aan te sluiten op thin tube. Ook bij (zeer) smalle gehoorgangen kan een mini-oorstukje worden gemaakt op een

smalle slang. Het is een universele oplossing voor alle merken. De montage is eenvoudig en de klant kan zelf slangetjes wisselen.

ONTWIKKELINGEN IN DE AUDIOLOGIEMARKT EN KANSEN

presentatie: Ed Theunissen (Unitron)

Ed Theunissen leverde met een knipoog en een serieuze ondertoon een blik op de veranderingen die de omslag van 2012 naar 2013 met zich meebrengt. Uit consumentenonderzoek blijkt dat klanttevredenheid m.b.t. audiciens erg hoog is, en toch wordt de audicien als zorgverlener grotendeels buiten spel gezet. Zekerheden vallen weg en klanten zullen in de nieuwe hoortoestel jungle een nieuwe weg moeten vinden. Audiciens moeten zich op de werkvloer bezig houden met beperkende protocollen en de werkgevers moeten een nieuw verdienmodel opstellen. Als de audicien zich wil profileren in deze nieuwe markt vraagt dat creativiteit van alle partijen met focus op de kansen i.p.v. op de bedreigingen.

Het heeft geen zin energie te steken in zaken waarop de audicien toch geen invloed kan uitoefenen. Het is wel zaak alert te zijn op ontwikkelingen en kansen die voorbijkomen. Uiteindelijk gaat het om wat de klant vindt! Zijn perceptie is de realiteit en de klant moet naar binnen stappen met een duidelijk doel. Strategie van de audicien moet zijn afgestemd op wat de klant wil. De juiste perceptie van de klant is een doorlopend proces en vormt een kritische component om de competitie een stap voor te blijven. De audicien moet geen product verkopen, maar een oplossing voor een probleem! De klant wil helemaal geen hoortoestel, de klant wil goed kunnen horen- en daarom gaat hij naar de audicien voor een oplossing. Luister naar de klant, die wil meedoen in de maatschappij. Bied een oplossing, en daar kan een hoortoestel deel van uitmaken.

De NPS (Net promotor Score) geeft in klanttevredenheids-

onderzoek de balans aan tussen een klant die je positief gaat promoten (score 9-10) en een die negatief over je is (score 1-6). Het geeft aan dat iemand zijn werk niet 'goed' moet doen, maar 'beter' want een score van 8 is niet genoeg om positieve promotie op gang te brengen. De vraag is dan ook wat dit betekent in 'adequate zorg' waarin een 7 goed genoeg is. Om de toekomst zeker te stellen en het vak audicien te behouden is het voor bedrijven noodzakelijk om toch voor de 9 of de 10 te gaan. De markt groeit met een grote groep sociaal actieve en mondige ouderen die affiniteit hebben met moderne techniek. Ze hebben allemaal een iPhone en verwachten ook van een hoortoestel hoge prestaties en staan open voor gebruik van randapparatuur. Serveer deze klant met een behoefte aan goed horen niet af, maar benut de kansen.

De meeste mensen weten zelf wel dat ze een hoorprobleem hebben. In 2011 werden er in Nederland 230.000 hoortoestellen verkocht aan 150.000 klanten. Dat is 10% van de totale Nederlandse markt met ca. 1,7 miljoen slechthorenden. Maar: van iedere 1000 slechthorenden gaan er 700 naar de huisarts of de KNO-arts. 300 gaan naar de audicien waar ze eventueel een hoortoestel kunnen krijgen. Van die klanten krijgen er 150 versterking en de rest loopt weg. Dat is een enorm verlies. Van de oorspronkelijke 1000 houden 850 mensen de stigma's levend: hoortoestellen werken niet, fluiten, zijn grote lelijke dingen... en mensen die wél in de winkel waren gaan twijfelen.

Er is ook een gemiste kans in het feit dat de slechthorende pas na 7 jaar binnenkomt en dan nog loopt 50% zo weer de deur weer uit. Het is zaak e.e.a. beter te organiseren en met verkoop van meer hoortoestellen de kans te grijpen om mensen met gehoorverlies een hogere kwaliteit van leven te bieden. Daar is de tijd nu rijk voor. <<<

Foto's: Bridge Events Facilities

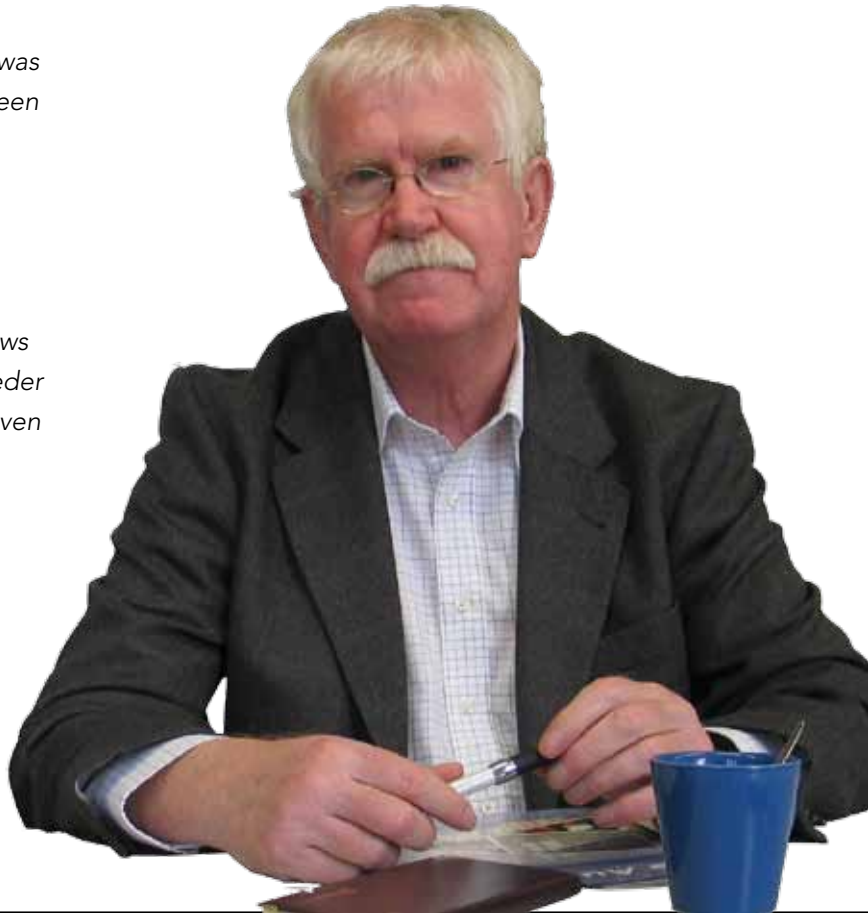


Herman ten Berge

Op 20 november 2012 overleed Herman ten Berge, oud-directeur van de Nationale Hoorstichting. Het was een afschuwelijk bericht en groot verlies voor iedereen die Herman gekend heeft. Zijn nimmer aflatend ambassadeurschap voor het oor was opmerkelijk. Ook voor het vakblad heeft hij veel betekend. Bij elke zich aandienende gelegenheid heeft hij mij als redacteur van 'De Audiciens' geïntroduceerd bij de vele mensen die hij kende in het veld en actief nieuws en onderwerpen aangedragen. Bij ieder congres, ieder symposium vroeg hij: 'ken je die al?, kom, ik zal je even voorstellen...'

Dankzij Herman had ik snel de juiste personen te pakken. Daarnaast was hij een vraagbaak, maar bovenal een buitengewoon aardige man die door velen zal worden gemist.

*Christianne Nijzink – van Grinsven,
redactie 'De Audiciens'*



Persberichten

Oorakel Den Haag

Bij Oorakel Informatie en Advies in Den Haag is het niet mogelijk hulpmiddelen te zien en uit te proberen. Voor informatie kan worden gebeld of gemaild (070-3848308 / info@oorakel.nl). Ook de website (www.oorakel.nl) biedt veel informatie en via de site kunnen medewerkers van Oorakel worden uitgenodigd voor een lezing of een workshop op locatie. Als audiciens nog oude Oorakel-folders hebben, wordt verzocht deze weg te gooien. Op verzoek worden nieuwe folders toegestuurd.

Oorakel: Cursus voor audiciens

Oorakel gaat door met het geven van cursussen aan audiciens. In deze cursus wordt uitgelegd welke aanvullende hulpmiddelen en mogelijkheden er zijn, naast het hoortoestel. Ook wordt er in de cursus met deze hulpmiddelen geoefend. De cursus duurt een halve dag en wordt gegeven in Den Haag in maart of april 2013. Informatie over de cursus staat op de website van Oorakel en de website van StAR. Als u op de hoogte gehouden wil worden via e-mail, kunt u zich opgeven via info@oorakel.nl.

Gefeliciteerd!

25 september ontving een groot aantal geslaagden het diploma Audiciens. Van de 46 geslaagden hebben 28 het diploma behaald via het 3-jarig traject en 18 leerlingen hebben het 2-jarig (turbo)-traject doorlopen. Zoals ieder jaar werd de uitreiking van de diploma's feestelijk gevierd.

De Audiciens feliciteert K. Beckerman, S.G.G. van Binsbergen, E. Bonkes, K.T.M. de Bruijn, E.J.W. Dijkman, R.J. Engelsman, S. Gonzalez Verbeek, R.M. Gunnink, R. van Hagen, H.W. van der Heide, M. Heidinga, L.Ch. Hemelaar, L.R. Hendriks, M.C.P.C. van den Heuvel, W.J.W. Hissink, I. Hoeksema-Martijn, M. Knöps, I. van Lammeren, M.A.G. de Lepper-Moonen, F.A.J.M. Lots, C. Nelissen, J.C. Noot, S. Openneer, F.J. Peters, G.J.A. Raedts, H.W. Reuter, E. Sijtema, W.C.J. Sluijtmans-Gerbrands, C.T.J. Souren, H.R.S.H. Sowirano, P. Stegeman, L.L.J. Sterling, N. Tuinman, R. Vaartjes-Blok, M. Veenstra, R. Vedlhuis, J.G. Verbeek, J.S. Vermeulen-van Otterlo, E.J. Versteeg-Staal, L. Vos, G.M. Wentzel, O. van Werven, R.S. Wiegersma, M. Willemse, M. van der Zande en P.A. Zwiers-Ouwerkerk van harte!

Communicatie is in het audiciensvak van groot belang, maar toch zit er zo nu en dan een kink in de kabel. Door omstandigheden is de diploma-uitreiking van 2011 niet in het vakblad vermeld. Inmiddels gepokt en gemazeld in de praktijk hebben in september



2011 Marwa Ahmed, Kirsten Alberts, Miranda Bartels, Renate van de Beek, Frank van de Belt, Ina Bisschop, M.J.M. Bogers, Charlotte Brinkhof, Leon op den Buijs, Monique Dehne, Richard Dekker, Marijke van Dijk, Ria Espeldoorn, Dave Gijsen, Willem van de Heide, Nick Hoogendoorn, Marvin Hoogerwerf, Derk de Jong, Zefanja Ketting, Jan Kooiker, Frans Lassooy, Michel van Leeuwen, Silvia Loos, Edgar Meeder, Bas Meijs, Cris Mulder, Lianne Omvlee, Dyo Ottens, Erwin Perk, Jurgen Piederiet, Luciano Quant, Danielle Ridderhof, Sander Smets, Samantha Smit, Suzan Spruijt, Cynthia Tuijn, Lars Turnhout, Irina Veldhuizen-Jonker, Roelof Veldkamp, Inge Vissia, Jacques Wentzel, Peter ten Wolde en Mick van der Zwan het diploma Audiciens ontvangen. Al is het wat laat, dit feit mag toch niet onvermeld blijven. Alsnog van harte gefeliciteerd!

3 REDEKENEN OM BIJ SPECSAVERS TE KOMEN WERKEN;

ZEKERHEID, PROFESSIONALITEIT EN VRIJHEID

1



'De belangrijkste reden voor werken bij Specsavers is vrijheid, ondernemen en vooruitgang. Door zelf te ondernemen moet je niet alleen als Audicien blijven maar ook de vaardigheden van ondernemen jezelf eigen gaan maken. Door jezelf daarin te ontwikkelen kan je als zelfstandig ondernemend Audicien alleen maar beter worden.'

Danny Jonkers
audicien (StAr gecertificeerd)
Specsavers Purmerend

2

'De belangrijkste reden voor werken bij Specsavers is dat ik alle mogelijkheden krijg om mijn vak als Audicien professioneel uit te voeren. Daarnaast wordt er een ondernemers mentaliteit en veel zelfstandigheid verwacht. Het is dus meer dan het Audiciens vak alleen. Je runt je eigen bedrijf, waarbij je gebruik kunt maken van alle gemakken van een groot en georganiseerd bedrijf.'

Dennis van der Stam
audicien (StAr gecertificeerd)
Specsavers Huizen



3



'De belangrijkste reden voor werken bij Specsavers is dat ik alle mogelijkheden krijg om mijn vak als Audicien professioneel uit te voeren. Daarnaast wordt er een ondernemers mentaliteit en veel zelfstandigheid verwacht. Het is dus meer dan het Audiciens vak alleen. Je runt je eigen bedrijf, waarbij je gebruik kunt maken van alle gemakken van een groot en georganiseerd bedrijf.'

Hennie Holwerda
audicien (StAr gecertificeerd)
Specsavers Oldenzaal

Neem snel contact op met Sanja Lageweg op +31(0)6 528 63 164,
mail naar sanja.lageweg@specsavers.com of ga naar
vacatures.specsavers.nl om een afspraak te maken.

Wederhoor: Het systeem

Het moet nog ergens in mijn boekenkast liggen, in een stoffige hoek verborgen achter een rij boeken: 'het systeem'. Ik heb het geërfd van mijn opa. Werk dat moet worden voortgezet liet hij na aan zijn oudste kleinzoon. Zijn laatste jaren besteedde opa aan het doorontwikkelen en verfijnen van zijn systeem. Hij deed dat met bescheiden middelen. De zakjapanner bestond nog niet. Voor computers moest zelfs de naam nog worden bedacht. Het telraam was nog in zwang en een enkeling met een wiskundeknobbel maakte gebruik van een rekenliniaal. Zoals ieder systeem bestond ook dat van mijn opa uit een dataverzameling en een algoritme, al is die beschrijving nogal deftig voor de slordige verzameling van schriftjes en kladblaadjes – compleet met doorhalingen en verbeteringen - waaruit de erfenis bestond. Veel meer dan dit kan ik over het systeem niet prijsgeven. Het systeem is namelijk geheim. Dat geheim betreft zowel de schriftjes als de kladblaadjes. Ik zou opa's verblijf in het hiernamaals ernstig verstoren als ik dat geheim hier zou onthullen. Daarom laat ik de nalatenschap met een gerust hart verstoffen in de boekenkast. Zo komt weliswaar weinig terecht van het voortzetten van opa's werk, maar het past goed bij zijn opvatting van gegevensbeveiliging.

Ik zou haast vergeten om het te melden, maar het systeem dient een doel. Eigenlijk is dat jammer, want doelstellingen maken een systeem kwetsbaar. Menig systeem belandt vroegtijdig in een bureaula, omdat het de tijd niet krijgt om zich te bewijzen. Andere systemen overleven hun doelstelling, omdat er te veel in is geïnvesteerd om ze weer af te schaffen, of omdat de systeemitvoerders zonder systeem niets zouden uitvoeren, of – en dat is nog erger – hun werk zouden doen zonder zich aan ceremonieel of protocol te hoeven storen. Zo niet opa's systeem. Dat is erop gericht de voetbalpool te winnen. 'Alle dertien goed' dus en dan niet bij toeval, maar systematisch, week na week en dankzij de database en het algoritme. De schriftjes werden dan ook wekelijks bijgewerkt en de kladblaadjes dichter beschreven. Dat leverde keer op keer een nieuwe reeks eentjes, tweetjes en drietjes op die tot rijkdom moest leiden. Om het systeem op doelmatigheid te toetsen en om het constant te verbeteren hanteerde mijn opa een referentielijstje. Dat was een vast lijstje willekeurig geplaatste kruisjes. De prestaties van het systeem werden iedere week vergeleken met die van het willekeurige rijtje. Het systeem werkte en het werkte zelfs steeds beter. Kwartaalgemiddelden van 'zes goed' stegen in de loop der jaren naar een verdienstelijk jaargemiddelde van 'negen goed'. Volgens mijn opa was zijn systeem dan ook 'zelflerend', al hield ik het erop dat niet het systeem, maar mijn opa bijleerde, zij het langzaam en niet voldoende om het gestelde doel te bereiken. Eén keer verraste mijn opa de hele familie met de vreugdekreet, 'alle dertien goed!'.

Helaas leidde dat niet tot grote rijkdom en helazer nog: hij won met het willekeurige rijtje.

Het systeem van mijn opa was onschuldig, maar met systemen kan het ook wel eens goed fout gaan. Wim van Dinten – professor in Rotterdam en voormalig Rabobankdirecteur – levert daarvan fraaie voorbeelden in zijn 'magnum opus' (want zo mag je bijna 800 pagina's tekst toch wel noemen), 'Met gevoel voor realiteit'. Hij beschrijft hoe 'betekenis' verloren gaat wanneer systemen worden geïntroduceerd die iemands zelfstandigheid en verantwoordelijkheid verdringen. De teloorgang van de kantonnieër is hiervan misschien wel het meest aansprekende voorbeeld. Ooit was kantonnieër een functie van betekenis. De kantonnieër was verantwoordelijk voor een heel wegvak. Het was 'zijn' verantwoordelijkheid en daarom voelde het ook als 'zijn wegvak'. Iedere kuil werd tijdig opgemerkt en gedicht, verkeersborden werden afgesopt of vervangen en gladheid werd op tijd en afdoende bestreden. Vaak verliet de kantonnieër in het holst van de nacht het warme bed om nog eens te controleren of 'zijn wegvak' wel helemaal gereed was voor de komende ochtenddrukte. Rijkswaterstaat vond zoveel zelfstandigheid op den duur onhoudbaar. Op het hoofdkantoor had niemand nog inzicht in de tijdsbesteding van de kantonnieër en hoeveel zout er werd verbruikt was al helemaal onduidelijk. Voor de gladheidsbestrijding werd daarom een computerbewaakt systeem ingevoerd van voorspellingen en signalen die on line worden doorgespeeld aan gladheidsbestrijders die via een openbare aanbesteding zijn gevonden. Sindsdien weet iedere kantonnieër één ding zeker: 'zijn' wegvak is het niet meer. Als er gestrooid moet worden dan zal het de kantonnieër benieuwen of het wel gebeurt en als er dan wordt gestrooid dan telt ie hoofdschuddend de slipgevaarlijke plekken die ook nu weer voor het groot materieel onbereikbaar waren.

Ik heb niks tegen protocollen en systemen, zolang de professional maar zijn of haar gezond verstand mag blijven gebruiken. Ik sta dan ook altijd weer verbaasd van professionals die voor zichzelf of voor anderen protocollen ontwikkelen die werken als een dwangbuis. Als ze dat protocol dan ook nog 'zelflerend' noemen dan weet ik zeker dat het niet deugt.

Paul Valk



EEN COMPLETE LIJN GEHOORBESCHERMERS

PLUGGERZ: CUSTOM-MADE EN ALL-FIT GEHOORBESCHERMING

CUSTOM-MADE

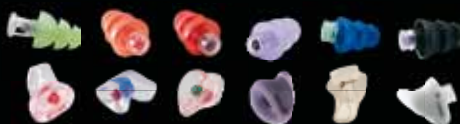
Verkrijgbaar met 9 verschillende filters. De Custom-Made Music is ook leverbaar met een ER-filter en in de speciale 2-in-1 uitvoering, waarbij het oorstukje ook op een in-ear hoofdtelefoon past.

ALL-FIT

Geleverd in een strak vormgegeven display; een eyecatcher in uw winkel!

- HOBBY** voor thuis en op het werk
- TRAVEL** rust voor uw oren tijdens de reis (ook voor kinderen)
- ROAD** motorgeluid moet mooi blijven
- SLEEP** voor een goede nachtrust
- SWIM** genieten zonder watervrees (ook voor kinderen)
- MUSIC** swingen zonder risico

KIJK OP WWW.PLUGGERZ.NL OF BEL [0314-36 35 88](tel:0314-363588).



ÉÉN LEVERANCIER VOOR OORSTUKJES, GEHOORBESCHERMERS EN DAGELIJKE BENODIGDHEDEN



Comfoor biedt een totaalconcept van topkwaliteit voor audiciens. We produceren alle oorstukjes, zoals de 'onzichtbare' LifeShell, in verschillende materialen: hard, zacht en Variotherm. Ook voor gehoorbescherming leveren we een volledig assortiment. Daarnaast hebben we een keur aan accessoires en dagelijkse benodigdheden voor audiciens: van afdrukmaterialen tot materialen en gereedschappen. We hebben een uitgebreide service en een training- & kenniscentrum.

Kijk op www.comfoor.nl voor meer informatie.
Of maak meteen een afspraak via [0314 - 36 35 88](tel:0314-363588).

ONS TOTAALCONCEPT VOOR AUDICIENS:

- oorstukjes: optimale pasvorm, binnen een week geleverd
- Pluggerz gehoorbeschermers: All-Fit en Custom-Made met afdichtinggarantie
- accessoires en dagelijkse benodigdheden
- training- & kenniscentrum
- extra inkomsten voor Comfoor-dealers
- geen bezorgkosten op maatwerk



Facturatie via HINK Optitrade is mogelijk.



comfoor

ALLE COMFORT VOOR JE OOR.

Niet de klant, maar de Zorgverzekeraar centraal

De manier waarop zorgverzekeraars verwoede pogingen doen om de functionele aanspraak in te voeren neemt zo langzamerhand hier en daar lachwekkende vormen aan. Voor mensen zonder hoorproblemen wel te verstaan. Mensen mét hoorproblemen zullen dit gehannes met lede ogen aanzien. Zij worden de dupe van verschraling van de hoorzorg anno 2013.



De indeling van hoortoestellen in het nieuwe systeem en de verplichting om de vragenlijst in te vullen voor het vaststellen van de zorgvraag prikkelen de lachspieren. Zo dienen klanten bij vervanging van hun high end toestellen deze vragenlijst in te vullen met hun hoortoestellen aan. Gevolg hiervan is dat de zorgvraag van deze klanten laag zal blijken te zijn, terwijl die feitelijk een stuk hoger is.

De manier waarop de zorgvraag in beeld wordt gebracht kent vele tekortkomingen waarvoor de ruimte van deze column te beperkt is. Duidelijk is dat het experiment dat zorgverzekeraars tegen beter weten in willen introduceren geen lang leven beschoren kan zijn. Al was het alleen maar omdat de keuzevrijheid van de klant geheel verdwijnt. Het wordt hem zelfs verboden een eigen keuze te maken uit het aanbod van hoortoestellen en als hij meer geavanceerde toestellen wenst dan het systeem voorschrijft, moet hij alles uit eigen zak betalen.

Zorgverzekeraars kunnen verrassenderwijs leven met dit experiment en wijzen er op dat het systeem al lerende tot wasdom zal komen. Dit is op zijn minst erg twijfelachtig omdat de kern van het systeem bestaat uit een systematische koppeling tussen features van hoortoestellen en de zorgvraag. De werking van deze koppeling is niet wetenschappelijk aangetoond. Het beloofde functieherstel van de slechthorende is daarmee ook ongewis. Klanten die aan de hand van dit systeem worden gerevalideerd en ontevreden zijn over het resultaat kunnen zich voorbereiden op het indienen van een claim bij de zorgverzekeraar.

Ab Klink, voormalig minister van Volksgezondheid, beweerde onlangs dat van ongeveer 50% van alle medische ingrepen onbekend is of zij wel het gewenste effect hebben. Dat zorgverzekeraars en hun adviseurs de opvatting van met name GAIN, gesteund door de wetenschappers verbonden aan

gezaghebbende instituten voor research en development, bepaald niet serieus nemen, is gezien de bewering van Klink niet zo vreemd. Er is wel een belangrijk verschil. De helft van de medische ingrepen waarvan onbekend is of zij werken, berust op een beslissing van de medicus. Bij het beoogde systeem voor het verstrekken van hoortoestellen, nemen de zorgverzekeraars zelf de beslissing en zijn daarmee ook zelf verantwoordelijk en aansprakelijk.

Het is overigens opvallend dat audiciens het experiment van zorgverzekeraars, dat het vakgebied uitholt en de hoorzorg verschralt, tot nu toe tamelijk gelaten accepteren. Het heeft er alle schijn van dat niet de klant en herstel van zijn functioneren, maar de zorgverzekeraar centraal staat.

Hans van Pagee
Voorzitter GAIN



AGENDA

18 maart 2013, 27 maart 2013 en 10 oktober 2013
NVVS Bijeenkomsten Tinnitus,
www.nvvs.nl

1 en 2 maart 2013
1st International Conference on Hyperacusis:
Causes, Evaluation, Diagnosis and treatment
Birbeck College, University of London
www.royalsurrey.nhs.uk/advanced-audiology-seminars

4-8 maart 2013
Tinnitus and Hyperacusis Therapy Masterclass
Birbeck College, University of London
www.tinnitustherapy.org.uk

3-6 april 2013
American Academy of Audiology
Anaheim, Californië
www.audiologynow.org

25-26 april 2013
K.N.O. vergadering
Nieuwegein

25 april 2013
NVA Voorjaarsvergadering
www.ned-ver-audiologie.nl

25 april 2013
NVA Voorjaarsvergadering
Dag der Akoepedie
Nieuwegein
www.ned-ver-audiologie.nl

27 september 2013
NVA Najaarsvergadering
www.ned-ver-audiologie.nl

16-18 oktober 2013
EUHA
Nürnberg, Duitsland
www.euha.org

Zie voor StAr accreditatiepunten:
www.audicienregister.nl

COLOFON

Opmaak
Richard Groenevelt
Printservice Goes
www.printservicegoes.nl

Redactie
Ginette van Wijngaarden- Waar
Erik van Wijngaarden
Christianne Nijzink- van Grinsven
info@deaudiciens.nl
www.deaudiciens.nl

Advertentie informatie
Ginette van Wijngaarden-Waar
info@deaudiciens.nl

U kunt ook accreditatiepunten verdienen met het schrijven van een vakinhoudelijk artikel in 'De Audiciens'. Dit is ter beoordeling van StAr: 10 punten per bedrukte pagina tekst met een maximum van 60 punten per artikel en één artikel per jaar.

Mist u nog onderwerpen, wilt u een inhoudelijke bijdrage leveren aan het blad of het blad graag thuis ontvangen? Laat het ons weten via info@deaudiciens.nl of de contactpagina op www.deaudiciens.nl



WIDEX **MENU**[™]
THE CHOICE IS YOURS

MENU IS VOOR MIJ **IDEAAL**, IK KAN **ZELF** DE **FUNCTIES** KIEZEN DIE BIJ MIJ PASSEN

MENU, de nieuwe hoortoestelserie van Widex, kan op maat worden samengesteld, rekening houdend met de luistervoorkeuren én het budget van uw cliënten. Vraag uw accountmanager naar de mogelijkheden van dit unieke concept.

WIDEX[®]
HIGH DEFINITION HEARING

Wij begrijpen dat prijs voor u belangrijk is...

Perfecte First Fit!
Levert u en uw cliënt direct voordeel op. Door de geavanceerde technieken heeft uw cliënt meteen een goed afgestelde oplossing en u heeft minder tijd nodig per aanpassing, zodat u meer cliënten in dezelfde tijd van dienst kunt zijn.



SUPER VOORDEEL

Directe acceptatie!

Door bewezen technologie geniet uw cliënt onmiddellijk van alle voordelen en heeft minder tijd nodig om aan de toestellen te wennen. Dat bespaart u een hoop tijd. En dat werkt gewoon lekker!



VAN VOOR

Hoogste betrouwbaarheid!

Met de laagste reparatiegevoeligheid in de branche heeft u een betrouwbare oplossing bij de hand. Dat bespaart u en uw cliënt kostbare tijd.

Oticon | **ConnectLine**



ConnectLine: haal eruit wat er in zit

Met de slimme accessoirelijn geniet uw cliënt optimaal van zijn of haar hooroplossing en heeft u weer een tevreden cliënt.



Unieke support

Ondersteuning nodig? Telefonische en online aanpasondersteuning, telefonische helpdesk, marketing support, training, gebruiksvriendelijke aanpassoftware... Het staat allemaal tot uw beschikking.



VOORDEEL VOORDEEL VOORDEEL

Houd uw brievenbus in de gaten! Wij komen binnenkort met een uitnodiging voor de lancering van ons nieuwe premium product, waar, naast het ZN Protocol, deze zaken centraal staan.



Volg ons via [Facebook.com/OticonNL](https://www.facebook.com/OticonNL)

Natuurlijk is prijs belangrijk, dat begrijpen wij! Alleen wordt de waarde van een hoortoestel door meer bepaald dan enkel door het prijskaartje. Het gaat erom wat er onder de streep overblijft. Kies voor de beste deal. Kies voor Oticon!