



Kwaliteitskader Sector auditief en/of communicatief

*voor zintuiglijk gehandicaptenzorg
die valt onder de Zorgverzekeringswet*

Eindredactie: Nicole Houdijk
Status: Definitief
Datum: September 2016



Inhoudsopgave

Inleiding

1. Aanspraak zintuiglijk gehandicaptenzorg

- 1.1. Verwijzingsprocedure naar ZG-behandeling
- 1.2. Afbakening prestatie ZG ten opzichte van aanpalende prestaties:
 - Afbakening eerstelijns logopedie en ZG-behandeling
 - Afbakening audiologische zorg en ZG-behandeling
 - Casuïstiek ketenzorg eerstelijns logopedie, audiologische zorg en ZG-behandeling
- 1.3. Criteria toelating kinderen met een taalontwikkelingsstoornis tot ZG-behandeling

2. Productstructuur

- 2.1. Totaalset zorgprogramma's auditief en/of communicatief

3. Monitoren behandelresultaten

- 3.1. Instrumentarium

4. Deskundigheids- en kwaliteitseisen

- 4.1. Eindverantwoordelijkheid
- 4.2. Deskundigheids- en kwaliteitseisen
 - Organisatieniveau
 - Niveau multidisciplinair behandelteam
- 4.3. Overzicht scholing behandelaren
- 4.4. Toegepaste methodieken en interventies
- 4.5. Kwaliteitsindicatoren

Bijlagen

Toepasbaarheid kwaliteitskader sector auditief en/of communicatief bij zorginkoop door zorgverzekeraars



Inleiding

In 2014 is een eerste versie van het kwaliteitskader voor de sector auditief en/of communicatief opgesteld voor zintuiglijk gehandicaptenzorg die vanaf 1 januari 2015 valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierbij is afgesproken met VWS, ZN en cliëntenorganisaties dat hierop een doorontwikkeling plaatsvindt de komende jaren.

Eindmodel is een kwaliteitskader voor de sector waarnaar zorgverzekeraars bij de gunning van overeenkomsten en indiening van declaraties kunnen verwijzen. Aanbieders moeten hier aantoonbaar bij een zorginkooptraject aan kunnen voldoen dan wel afspraken met zorgverzekeraars hebben gemaakt over een ingroeitraject gedurende de transitie- en doorontwikkeelfase.

Voor het eindmodel zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- Een vertaling van de aanspraak naar medisch herkenbare producten zodat verzekeraars bij de inkoop en controle kunnen sturen op rechtmatigheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.
 - o Deze producten dienen gebaseerd te zijn op de zorgvraag van de cliënt en de behandelpaden zoals deze voor deze zorg gehanteerd moeten worden.
 - o Deze producten dienen onderscheidend te zijn van andere in de Zvw opgenomen prestaties.
 - o Voor deze producten dienen op basis van kostprijsonderzoek juiste en doelmatige tarieven vastgesteld te worden waarmee de zorg bekostigd kan worden.
- Een kwalitatief kader waarmee transparant gemaakt wordt aan welke kwaliteitsaspecten het zorgaanbod en de zorg aanbieders dienen te voldoen.
 - o Een duidelijke beschrijving hoe de toegang tot de zorg wordt georganiseerd. Vanuit doelmatigheid is het noodzakelijk dat verwijzing, instroom en inclusiecriteria voor cliënten helder omschreven zijn.
 - o Een duidelijke beschrijving van de deskundigheid- en kwaliteitsaspecten waarmee verzekeraars rekening dienen te houden bij de inkoop van goede zorg (zowel op niveau van product als op niveau van aanbieder).
 - o Een duidelijke beschrijving van de relevante prestatie-indicatoren voor deze zorg. Verzekeraars willen de uitkomsten van het behandelproces en de ervaringen van de cliënt betrekken bij de inkoop

Voor u ligt de derde versie van het kwaliteitskader sector auditief en/of communicatief. Aanvullend op de eerdere versie is de toevoeging van de volgende onderdelen:

- Productstructuur op basis van zorgprogramma's
- Overzicht scholing behandelaren
- Casuïstiek ketenzorg eerstelijns logopedie, audiologische zorg en ZG-behandeling

De volgende onderdelen zijn herijkt ten opzichte van de eerdere versie:

- Afbakening eerstelijns logopedie en ZG-behandeling (samen met NVLF)
- Criteria toelating kinderen met een taalontwikkelingsstoornis tot ZG-behandeling

Momenteel vindt implementatie van de zorgprogramma's auditief en/of communicatief plaats en in 2017 start registratie op basis van de zorgprogramma's. In de doorontwikkeling naar de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur voor ZG-behandeling in de Zvw kunnen bijstellingen of aanscherpingen worden aangebracht aan de set zorgprogramma's. De verwachting is dat hieruit mogelijk ook input komt, die leidt tot herijking van of aanvulling op de onderdelen van het kwaliteitskader. Ook wordt gewerkt aan passend instrumentarium voor cliëntervaringsonderzoek in de nieuwe context van de Zvw.



1.AANSPRAAK ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG

- 1.1. Verwijzingsprocedure naar ZG-behandeling
- 1.2. Afbakening prestatie ZG ten opzichte van aanpalende prestaties
- 1.3. Criteria toelating kinderen met een taalontwikkelingsstoornis tot ZG-behandeling



Verwijzingsprocedure naar ZG-behandeling

Begin 2015 is door SIAC en VIVIS samen met ZN en zorgverzekeraars naar de verwijzingsprocedure gekeken, omdat de omschrijvingen in de polissen voor 2015 niet overeen kwamen met de beschrijving zoals deze in de inkoopgidsen zintuiglijk gehandicaptenzorg 2015 van ZN is opgenomen. Hoewel verzekeraars vrij zijn om hun polissen op te stellen is door SIAC en VIVIS het verzoek neergelegd of verzekeraars de verwijzingsprocedure kunnen uniformeren overeenkomstig de inkoopgids van ZN. Door aanbieders is aangegeven dat juist de verwijzingen via de jeugdarts (kinderen) en de huisarts (vroegdooven) efficiënt en noodzakelijk kan zijn. Naar aanleiding van deze oproep hebben verzekeraars nogmaals gezamenlijk naar de verwijzingsprocedure gekeken en het volgende overeen gekomen:

De ZG zorg is te typeren als derdelijnszorg. Dit betekent dat de zorg alleen toegankelijk is als de ZG problematiek op enig moment door een medisch specialist is vastgesteld. De te leveren zorg dient te voldoen aan de aanspraak ZG en aan hetgeen vastgelegd is in de polisvoorwaarden van de verzekerde.

In het kader van de ZG is het belangrijk dat de ZG zorgvraag (conform de inclusiecriteria zoals opgenomen in de aanspraak beschrijving) is vastgesteld voor de aanvang van een ZG behandeling. Dit betekent dat:

- Er voor de vergoeding van een extramurale ZG behandeling bij nieuwe cliënten (cliënten waar de ZG stoornis nog niet eerder is vastgesteld) of bij cliënten waar er een wijziging in ZG stoornis optreedt er altijd sprake moet zijn van een verwijzing van een medisch specialist/klinisch fysicus audioloog.
- Er voor de vergoeding van een extramurale ZG behandeling bij cliënten waar de ZG stoornis al is vastgesteld door een medisch specialist/klinisch fysicus audioloog (en waar er dus geen wijziging in de ZG stoornis is opgetreden) en waar er een ZG gerelateerde zorgvraag optreedt, kan worden volstaan met een verwijzing van de huisarts of de jeugdarts.

Wanneer een cliënt verwezen wordt naar de ZG dient de zorgaanbieder de indicatie voor ZG schriftelijk vast te leggen zodat deze raadpleegbaar is voor de zorgverzekeraar wanneer deze hierom verzoekt.

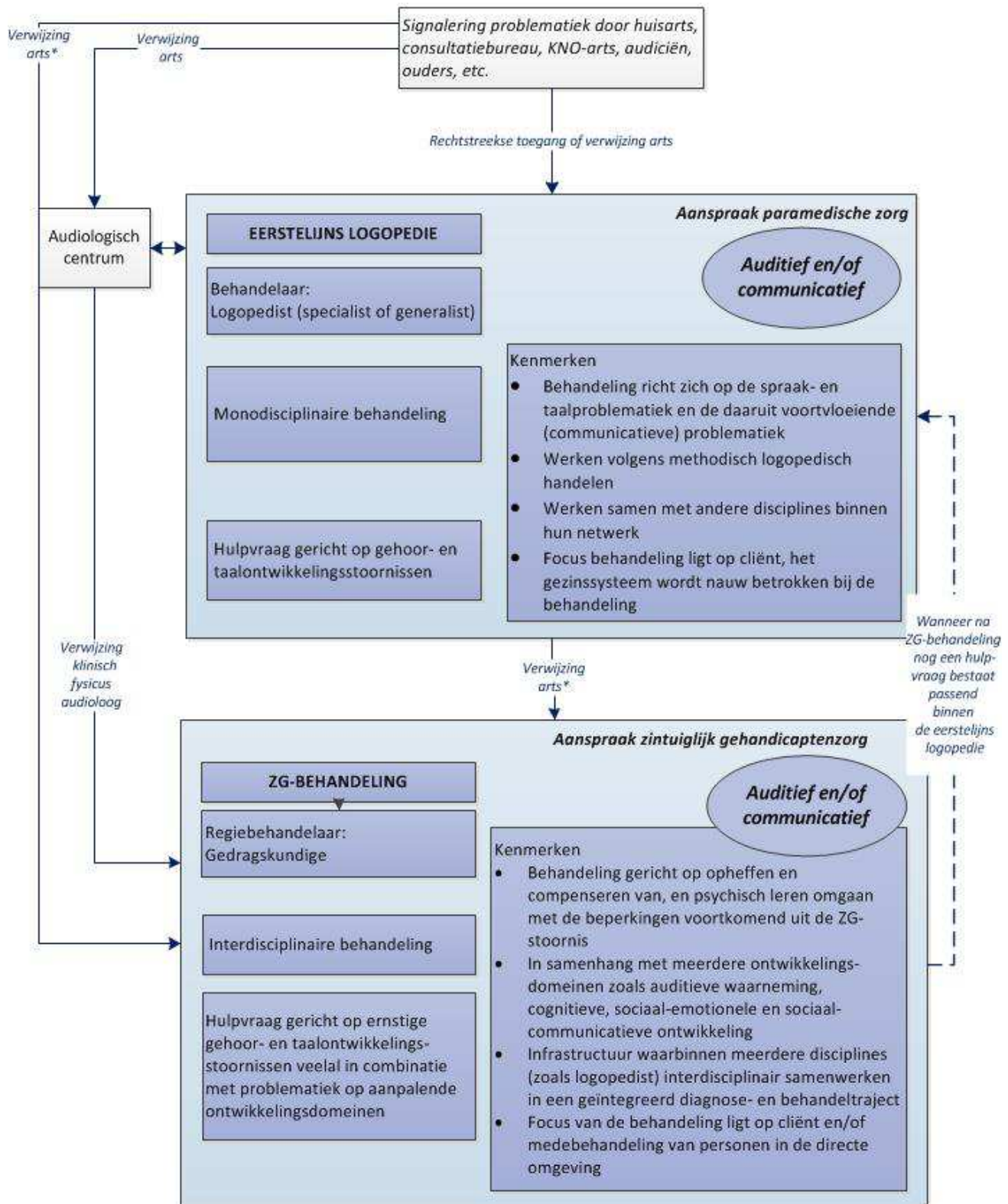


KETENZORG EERSTELIJS LOGOPEDIE, AUDIOLOGISCHE ZORG EN ZG-BEHANDELING

*Uitwerking van een afbakening
tussen eerstelijns logopedie en audiologicalhe zorg
ten opzichte van zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-behandeling)*

Juli 2016

AFBAKENING EERSTELIJS LOGOPEDIE EN ZG-BEHANDELING – KLANTPROCES
Stepped care en matched care bij taalontwikkelingsstoornissen, doofheid of slechthorendheid



* Bij nieuwe cliënten (cliënten waar de ZG-stoornis nog niet eerder is vastgesteld) of bij cliënten waar er een wijziging in ZG-stoornis optreedt, moet er altijd sprake zijn van een verwijzing van een medisch specialist/ KFA. Bij cliënten waar de ZG stoornis al eerder is vastgesteld door een medisch specialist/KFA (en waar er geen wijziging in de ZG stoornis is opgetreden) en waar er een ZG gerelateerde zorgvraag optreedt, kan worden volstaan met een verwijzing van de huisarts of de jeugdarts.

AFBAKENING EERSTELIJS LOGOPEDIE EN ZG-BEHANDELING – NADERE UITWERKING –

Uitgangspunten afbakening:

- Hulpvraag van cliënt is leidend
- Benadering vanuit klantproces: stepped care waar mogelijk, matched care waar nodig¹
- ICF als ordeningskader voor afbakening
- De afbakening richt zich op het onderscheid tussen logopedie binnen de aanspraak paramedische zorg en behandeling die valt binnen de aanspraak zintuiglijk gehandicaptenzorg. Voor inhoudelijke beoordeling op casusniveau vormen bestaande richtlijnen en protocollen de basis, zoals het taalsignaleringsinstrument, NOAH-protocol en KITS 2-protocol.

EERSTELIJS LOGOPEDIE

- Een eerstelijns logopedist richt zich op een breed spectrum aan gezondheidsklachten die te maken hebben met taal, spraak, stem, gehoor of slikken. Kenmerkend is de grote diversiteit aan cliënten, van wie leeftijden en klachten - en daardoor hun zorgvragen - sterk uiteen kunnen lopen.
- Er is een raakvlak met ZG-behandeling bij een beperkt deel van de patiëntgroepen, te weten mensen met hulpvragen als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS), slechthorendheid en bij mensen met auditieve beperkingen die een cochleair implantaat (CI) hebben. Deze afbakening richt zich op stepped care en matched care behandeling van deze patiëntgroepen.
- Eerstelijns logopedie betreft laagdrempelige zorg. De meeste patiënten komen op verwijzing van een arts naar de logopedist.
- Vanuit de stepped care-benadering vindt onderzoek en behandeling plaats bij deze groepen patiënten door de eerstelijns logopedist gericht op de taal-/spraakproblematiek en daaruit voortvloeiende (communicatieve) problematiek.
- Eerstelijns logopedisten werken volgens de principes van evidence-based practice en het methodisch logopedisch handelen.
- Er kan bij de cliënt sprake zijn van een combinatie met problemen op andere ontwikkelingsdomeinen (zoals de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling). De eerstelijns logopedist zal hier het eigen handelen op aanpassen en waar mogelijk en nodig deze problematiek in de behandeling meenemen.
- De behandeling is monodisciplinair waarbij samenwerking wordt gezocht met disciplines die actief zijn op aanpalende ontwikkelingsdomeinen (zoals eerstelijns psycholoog, oefentherapeut, fysiotherapeut en diëtist).

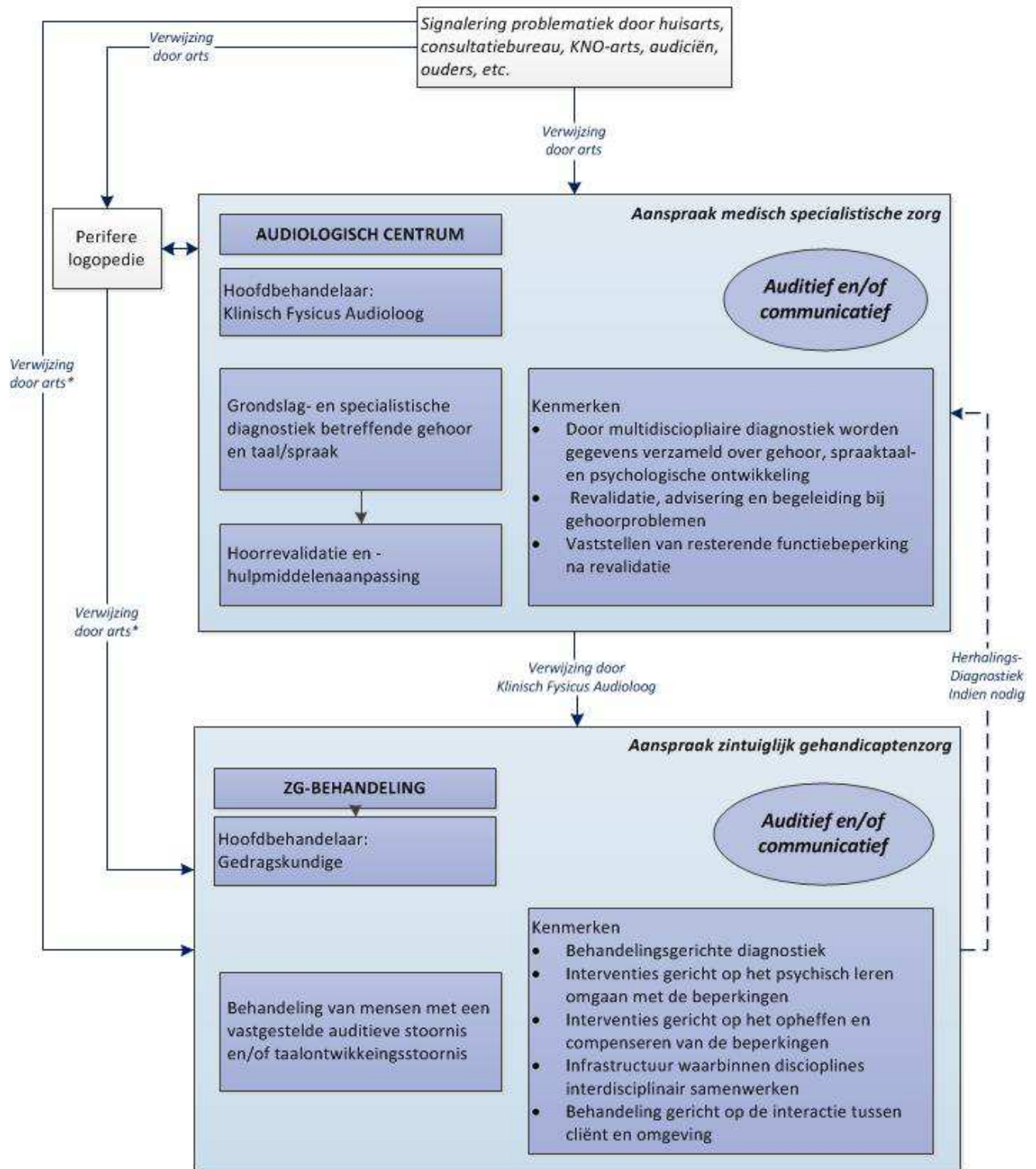
¹ Binnen de gezondheidszorg zijn twee principes van belang. Ten eerste is er het 'matched care' principe: elke cliënt heeft recht op de juiste behandeling die bij zijn/haar diagnose past en cliënten met dringende noden moeten ook zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlening terecht kunnen. Daarnaast is er ook het 'stepped care' principe. Dit houdt in dat er niet meer hulp aangeboden wordt dan op dat moment aangewezen is. Men maakt de cliënt niet meer afhankelijk van de hulpverlening dan strikt nodig voor zijn of haar problematiek. In de hulpverlening wordt daarom best een stapsgewijze zorg voorzien. De grootste groep van cliënten zal voldoende geholpen zijn met een korte of minder intensieve behandeling, die minimaal ingrijpend is in hun persoonlijke leven. De meer intensieve vormen van therapie worden dan voorbehouden voor een kleinere groep van cliënten met een meer ernstige problematiek.

- Focus van de behandeling ligt bij de eerstelijns logopedist op de cliënt, het gezinssysteem wordt nauw betrokken bij de behandeling.
- Na een periode van eerstelijns logopedische behandeling kan via de huisarts worden doorverwezen naar een audiologisch centrum. Het audiologisch centrum kan doorverwijzen naar een instelling voor ZG-behandeling, wanneer voldoende effect van eerstelijns logopedische behandeling uitblijft of er sprake van complexere problematiek blijkt te zijn.

ZG-BEHANDELING

- De zintuiglijke gehandicapten-behandeling (ZG-behandeling) richt zich primair op mensen met auditieve en/of communicatieve stoornissen: slechthorendheid, doofheid, doofblindheid en taalontwikkelingsstoornissen (TOS).
- De ZG zorg is te typeren als derdelijnszorg. De zintuiglijke stoornis moet vastgesteld zijn door een medisch specialist of klinisch fysisch audioloog (KFA) verbonden aan een audiologisch centrum.
- Er is altijd een verwijzing nodig van een medisch specialist, klinisch fysisch audioloog, huisarts of jeugdarts. Deze laatste twee kunnen verwijzen wanneer de stoornis al eerder is vastgesteld door medische specialist of KFA en de stoornis ongewijzigd is gebleven.
- ZG-behandeling richt zich op ernstige gehoor- en taalontwikkelingsstoornissen, waarbij bijkomende problematiek op aanpalende ontwikkelingsdomeinen kan bestaan, zoals auditieve waarneming, cognitieve, sociaal-emotionele en sociaal-communicatieve ontwikkeling.
- Er kan zowel sprake zijn van 'stepped care' als 'matched care' afhankelijk van de ernst van de problematiek en diverse overige factoren. 'Stepped care' kan uitmonden in ZG-behandeling wanneer voldoende effect van de eerstelijns logopedische behandeling uitblijft of er sprake van complexere problematiek blijkt te zijn. 'Matched care' is aan de orde bij ernstige beperkingen in de communicatieve redzaamheid, bijkomende problematiek die integraal bij de behandeling betrokken moet kunnen worden en/of als er sprake is van erfelijkheid.
- ZG-behandeling vindt plaats binnen een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines interdisciplinair samenwerken om een geïntegreerd diagnose- en behandeltraject in te zetten. In het multidisciplinair ZG-behandelteam zijn disciplines betrokken met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag. De logopedist kan onderdeel uitmaken van dit behandelteam op basis van de exacte hulpvraag van de cliënt.
- Behandeling in groepsverband kan met name bij kinderen en jongeren nodig zijn omdat via de groepsdynamiek vaardigheden kunnen worden aangeleerd en direct in de dagelijkse praktijk kan worden toegepast.
- Focus van de behandeling ligt op de cliënt en/of medebehandeling van personen in de directe omgeving. Er is in de behandeling veel aandacht voor de communicatie en interactie tussen cliënt en zijn omgeving.

AFBAKENING AUDIOLOGISCHE ZORG EN ZG-BEHANDELING - KLANTPROCES



* Bij nieuwe cliënten (cliënten waar de ZG-stoornis nog niet eerder is vastgesteld) of bij cliënten waar er een wijziging in ZG- stoornis optreedt, moet er altijd sprake zijn van een verwijzing van een medisch specialist/ KFA. Bij cliënten waar de ZG stoornis al eerder is vastgesteld door een medisch specialist/KFA (en waar er geen wijziging in de ZG stoornis is opgetreden) en waar er een ZG gerelateerde zorgvraag optreedt, kan worden volstaan met een verwijzing van de huisarts of de jeugdarts.

AFBAKENING AUDIOLOGISCHE ZORG EN ZG-BEHANDELING – NADERE UITWERKING –

Uitgangspunten afbakening:

- Hulpvraag van cliënt is leidend
- Benadering vanuit klantproces
- ICF als ordeningskader voor afbakening

AUDIOLOGISCH CENTRUM

Het audiologisch centrum (AC) richt zich op (interdisciplinaire) diagnostiek, revalidatie en begeleiding bij gehoorproblemen zowel bij volwassenen als bij kinderen. Daarnaast verricht zij interdisciplinaire diagnostiek bij kinderen die problemen hebben in de spraak- en/of taalontwikkeling. Verder kan men voor problemen als tinnitus, hyperacusis en auditieve-verwerkingsproblemen eveneens bij een AC terecht.

Diagnostiek

- Het doel van de grondslag- en specialistische diagnostiek binnen het AC is het vaststellen van de oorzaak en ernst van de gehoor- en spraaktaalproblematiek (diagnosestelling) met als resultaat een advies (richtinggevend) voor behandeling voor cliënt.
- Binnen de interdisciplinaire diagnostiek wordt op systematische wijze een reeks gegevens verzameld over het gehoor, de spraaktaal-ontwikkeling, de psychologische ontwikkeling. Er wordt onderscheid gemaakt tussen gehoordiagnostiek en spraaktaaldiagnostiek.

Hoorrevalidatie en -hulpmiddelenaanpassing

- Richt zich op revalidatie, advisering en begeleiding bij gehoorproblemen. Veelal ligt daarbij het accent op het specialistisch afstellen leren, toepassen en gebruiken van hoorhulpmiddelen en technische compensatiemogelijkheden. En daarnaast op het psychisch leren omgaan met de stoornis en sociaal-maatschappelijke aspecten.

Kernelementen

- Focus ligt op het auditieve en/of communicatieve functieverlies.
- Interdisciplinaire gehoor- en spraaktaaldiagnostiek
- Revalidatie, advisering en begeleiding bij gehoorproblemen. Voor behandeling van een taalontwikkelingsstoornis wordt – op basis van het behandeladvies - doorverwezen naar eerstelijns logopedie of ZG-behandeling.
- Individueel en functioneren zelf staat centraal.

ZG-BEHANDELING

De zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG-zorg) richt zich op (interdisciplinaire) behandeling van mensen met een zintuiglijke stoornis. Toegang tot ZG-behandeling kan plaatsvinden wanneer de ZG-stoornis is vastgesteld. De deelsector auditief en/of communicatief behandelt mensen die doof/slechthorend

(een gehoorverlies van minimaal 35 dB op de Fletcher Index High), doofblind zijn of een taalontwikkelingsstoornis hebben.

Behandeling

- Interventies gericht op het psychisch leren omgaan met de beperking.
- Interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.
- Behandlingsgerichte diagnostiek maakt onderdeel uit van de behandeling en staat ten dienste van de behandeling.
- Onderdelen van de behandeling kunnen preventief van aard zijn ten opzichte van voorziene problemen/beperkingen die op latere leeftijd kunnen ontstaan als gevolg van de stoornis.
- ZG-behandeling vindt interdisciplinair plaats binnen een infrastructuur waarbinnen disciplines interdisciplinair samenwerken om een geïntegreerd diagnose- en behandeltraject in te zetten.
- Focus van de behandeling ligt op de communicatie en interactie tussen cliënt en zijn omgeving. Dit betekent dat naast de behandeling van de cliënt ook medebehandeling van personen in de directe omgeving van de cliënt tot de aanspraak behoren.

Behandlingsgerichte diagnostiek

- Behandlingsgerichte diagnostiek bestaat uit evaluerende en verdiepende diagnostiek.
- Het doel van evaluerende diagnostiek is het uitvoeren van de nulmeting bij de start van de behandeling en het cyclisch evalueren van de behandeldoelen (tussen- en eindmetingen). Daarnaast worden data verzameld t.b.v. monitoring van de behandelresultaten.
- Verdiepende diagnostiek kan daarnaast nodig zijn om vast te kunnen stellen welke bijkomende problematiek (comorbiditeit) is er? Welke beperkingen en mogelijkheden zijn er? Welke passende interventie is voor deze specifieke cliënt nodig? Wat is de beste omgeving, communicatieve modaliteit, interventie? Waarom stagneert de behandeling?

Kernelementen

- De stoornis is reeds vastgesteld en aantoonbaar op basis van diagnostische gegevens.
- Focus van de behandeling ligt op de beperkingen die worden ervaren bij het uitvoeren van activiteiten en participatie voortkomend uit de auditieve en/of communicatieve stoornis.
- Veelal is er sprake van comorbiditeit en/of bijkomende problematiek die van invloed is op de behandeling.
- Behandeling richt zich niet alleen op het individu zelf, mede behandelen van systeem/directe omgeving is veelal onderdeel van de behandeling.
- Interactie met de directe omgeving staat centraal. Behandeling vindt daarom naast op locatie veelal ook plaats in de thuissituatie en leefomgeving van de cliënt.
- Behandeling in groepsverband kan met name bij kinderen en jongeren nodig zijn omdat door de groepsdynamiek vaardigheden kunnen worden aangeleerd en getraind.
- In verschillende levensfasen kunnen nieuwe behandelvragen opkomen.

April 2015, FENAC en SIAC

KETENZORG EERSTELIJNS LOGOPEDIE, AUDIOLOGISCHE ZORG EN ZG-BEHANDELING – CASUÏSTIEK –

Hieronder is enige casuïstiek uitgewerkt ter illustratie bij en ondersteuning van de 'afbakening eerstelijns logopedie en ZG-behandeling' (juli 2015, NVLF, SIAC) en de 'afbakening audiologische zorg en ZG-behandeling' (april 2015, FENAC, SIAC). Waar mogelijk in opbouwende zorgzwaarte geeft deze casuïstiek goed inzicht, niet uitputtend, vanuit een ketenzorgbenadering in de afbakening tussen eerstelijns logopedie, audiologische zorg en ZG-behandeling. Daarbij wordt inzicht gegeven in de uitwerking van 'stepped care' waar mogelijk en 'matched care' waar nodig in de praktijk.

Juni 2016, NVLF, FENAC, SIAC

Casus 1

Keten: Eerstelijns logopedie > Consultatiebureau > Audiologisch Centrum > Eerstelijns logopedie

Bas van 3.9 jaar is op verzoek van zijn behandelend logopedist naar audiologisch (AC) verwezen door de jeugdarts. Hij heeft een jaar logopedie in wisselende intensiteit. De logopedist constateert open mondgedrag en logge mondmotoriek. Daarnaast heeft ze een fonologische stoornis vastgesteld die de articulatie ook negatief beïnvloedt. De scores op de Schlichting Test voor Taalproductie liggen tussen SD -2,5 en -3. Taalbegrip is net onvoldoende. De peuterspeelzaal heeft op onderzoek aangedrongen omdat de leidster vindt dat Bas vanwege zijn taalproblemen nog niet schoolrijp is. Ouders herkennen zich niet in de bevindingen van de peuterspeelzaal. De logopedist vraagt het AC waarom Bas achterblijft in zijn taalontwikkeling en welke insteek ze het best in haar behandeling kan toepassen.

Op het AC is audiologisch, logopedisch en psychologisch onderzoek gedaan en is de uitslag met ouders besproken waarna nog een gesprek met maatschappelijk werk heeft plaatsgevonden. Zijn gehoor is voldoende voor de spraak- en taalontwikkeling, evenals zijn intelligentie. Het logopedisch onderzoek bevestigt de conclusies van zijn behandelende logopedist en stelt vervolgens dat hier sprake is van een taalontwikkelingsstoornis (TOS). Het team concludeert dat Bas een peuter is met een sterke eigen wil en dat hij in talige communicatie voortdurende sturing nodig heeft om niet in zijn eigen wereldje te verzanden. Hij heeft voldoende in huis om straks te starten op de basisschool. Ondersteuning van de logopedist blijft gewenst. ZG-behandeling is niet nodig.

De behandelend logopedist heeft haar behandeling weer opgepakt. Met toestemming van de ouders heeft de logopedist van het AC contact opgenomen met de behandelend logopedist. Deze heeft aangegeven dat zij zich gesteund voelt in haar bevindingen en behandeling. Zij heeft profijt van de adviezen en voert deze consequent door. Zij geeft aan dat meer rust is gekomen bij ouders en daardoor in de behandeling, omdat de peuterspeelzaal met ouders op één lijn is gekomen. De ouders zijn met het onderzoeksverslag het gesprek aangegaan met de peuterspeelzaal. Zo ook zijn de ouders met de oppas van Bas in gesprek gegaan over de talige structurering. De logopedist geeft aan dat zij zich meer bezig kan houden met de kern van haar werk, het stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling van Bas.

Casus 2

Keten: Consultatiebureau > Audiologisch Centrum > ZG-behandeling > Eerstelijns logopedie

Pim is naar aanleiding van de screening bij het tweejarigen consult op het consultatiebureau verwezen naar het audiologisch centrum voor onderzoek naar de spraak-en taalontwikkeling. Het gehoor is goed. De logopedische onderzoeken zijn betrouwbaar af te nemen en het blijkt dat er sprake van een net beneden gemiddeld taalbegrip (TBQ=84, SD=-1.1), een beneden gemiddeld actieve woordenschat (WQ=60, SD -2.7) en een beneden gemiddelde zinsontwikkeling (ZQ=70, SD= -2.0). De logopedist beoordeelt dat de communicatieve voorwaarden voldoende aanwezig zijn. Pim behaalt een ontwikkelingsindex van 105 op de Bayley (gemiddeld intelligentieniveau).

Tijdens het onderzoek valt op dat Pim gericht is op communicatie maar spontaan nauwelijks gesproken taal in zet. Het valt op dat moeder relatief veel vragen aan Pim stelt, veelal in de vorm "wat is dit?", wat wil je nu doen?". Pims moeder omschrijft zijn taalvaardigheden als volgt: hij heeft het wel in zijn hoofd zitten maar kan het niet zeggen. Thuis is Pim over het algemeen een vrolijke geïnteresseerde peuter, die zichzelf goed kan vermaken. Regelmatig ziet moeder frustratie bij Pim wanneer ze hem niet begrijpt. Hij kan dan met iets gaan gooien of boos of verdrietig weglopen. Ouders voelen zich vaak machteloos in dit soort situaties. Wanneer ze bij vrienden met kinderen op bezoek zijn kijkt Pim vaak eerst de kat uit de boom, maar hij is wel geïnteresseerd in het spel van de andere kinderen. Eenmaal op zijn gemak doet hij vaak een poging om aan te sluiten bij de andere kinderen. Ouders zien dat de andere kinderen Pim niet begrijpen en hem vaak jonger behandelen dan hij is. De reactie van Pim hierop is zich terug te trekken uit de communicatie en passief toe te kijken. In conflictsituaties komt hij ook onvoldoende voor zichzelf op.

Na afloop van de onderzoeken wordt Pim in het multidisciplinair overleg besproken. Het spraaktaalteam adviseert om Pim door te verwijzing naar een behandelgroep voor peuters met een taalontwikkelingsstoornis (ZG-behandeling) Er is sprake van een achterstand op het gebied van de taalproductie in vergelijking met het taalbegrip en intelligentieniveau. Pim laat zowel tijdens het onderzoek, als thuis, als in contact met andere kinderen communicatieve nood zien.

In de ZG-behandeling wordt erop ingezet om hem via alternatieve communicatie succeservaringen te laten opdoen om de communicatie met Pim op gang te houden. Hij krijgt op de behandelgroep individuele logopedische behandeling en groepsbehandeling gericht op zowel de taalontwikkeling als de andere ontwikkelingsgebieden. Zo wordt bijvoorbeeld de communicatie en samenspel met andere kinderen gestimuleerd. Ouders volgen een cursus gericht op hoe zij de taalontwikkeling van Pim kunnen stimuleren en een cursus Nederlands met Gebaren om ook met behulp van gebaren met Pim te kunnen communiceren en hem beter te kunnen begrijpen in de thuissituatie. Ouders merken dat deze inzet van de geleerde vaardigheden de frustraties doen afnemen bij Pim. Een jaar later is zijn taalontwikkeling verbeterd en blijkt dat hij op de logopedische testen uitkomt op gemiddelde scores op het gebied van taalbegrip en actieve woordenschat (TBQ=90, SD= -0.7, WQ=85, SD=-1.0) en een beneden gemiddelde score op het gebied van zinsontwikkeling (ZQ=79, SD=-1.4). Ouders en de behandelaren van de behandelgroep zien geen communicatieve nood meer bij Pim. Hoewel zijn taalontwikkeling nog niet helemaal op niveau is redt hij zich goed in de communicatie. In overleg met ouders wordt besloten de behandeling op de behandelgroep af te ronden en bij de eerstelijns logopedie verder te werken aan zijn spraak- en taalontwikkeling.

Casus 3

Keten: Eerstelijns logopedie > Audiologisch Centrum > ZG-behandeling >eerstelijns logopedie

Thijs van 5.9 jaar heeft anderhalf jaar logopedie. In de tussentijd heeft op verzoek van deze logopedist het AC audiologisch, logopedisch en psychologisch onderzoek gedaan. Het gehoor vormt geen belemmering voor de spraak- en taalontwikkeling. Uit het laatste logopedisch onderzoek is gebleken dat de zinsontwikkeling en de spraakontwikkeling (verstaanbaarheid) achter blijven bij het taalbegrip en de woordenschatontwikkeling. Uit het psychologisch onderzoek is gebleken dat de niet-verbale ontwikkeling van Thijs ontwikkeld is op de grens van een bovengemiddeld en begaafd niveau (SON-IQ 124/120*). Het intelligentieprofiel is harmonisch opgebouwd.

De behandelend logopedist constateert dat zij wel resultaat boekt met de taalstimulatie maar dat de spraakontwikkeling stagneert. Zij ziet geen vooruitgang ten opzichte van twee maanden geleden en adviseert ouders om opnieuw naar het AC te gaan. Zij zou graag handelingsgerichte adviezen willen hebben om de behandeling vorm te geven.

De klinisch linguïst van het AC onderzoekt Thijs en ziet geen afwijkingen in de mondmotoriek en sensibiteit. De auditieve discriminatie is gemiddeld. Bij onderzoek naar het auditief geheugen behaalt Thijs op het testonderdeel Onthouden van Woorden een gemiddeld resultaat en op het onderdeel Onthouden van Zinnen een onvoldoende resultaat. Zij voert een fonologische analyse uit gebaseerd op de spontane taal. Er is bij Thijs sprake van een achterblijvende fonologische ontwikkeling die lijkt samen te hangen met een bredere taalstoornis. Bij Thijs worden tevens enkele kenmerken van een verbale ontwikkelingsdyspraxie gezien zoals moeite met diadochokinese taken en inconsequente uitspraak van complexe woorden. De linguïst ziet tijdens het spreken weinig beweging in het mondgebied. Wat betreft de taalontwikkeling is sprake van duidelijke problematiek in zowel de taalvorm (complexiteit en grammaticaliteit van de morfo-syntaxis) als ook in de taalinhoud en het taalgebruik. Zij constateert een ernstige taalontwikkelingsstoornis (TOS) en beoordeelt de communicatieve redzaamheid op dit moment als zeer gering. De zinsontwikkeling, de vertelvaardigheden en de fonologische ontwikkeling blijven (fors) achter bij de bovengemiddeld niet-verbale intelligentie van Thijs. Zij kan echter geen antwoord geven op de vraag van de behandelend logopedist en adviseert moeder om Thijs aan te melden voor een diagnose-behandeltraject in de ZG-zorg met de volgende vragen:

- Welke behandeling heeft Thijs nodig voor het verbeteren van zijn spraak- en taalontwikkeling?
- Vormt Prompt mogelijk een ingang voor het verbeteren van de verstaanbaarheid van complexe/meerlettergrepige woorden?
- Hoe kan Thijs leren om zijn boodschap duidelijk over te brengen zowel qua inhoud als vorm?
- Wat zijn sterke en zwakke punten op neuropsychologisch en auditief gebied en hoe kunnen de sterke punten worden benut in de behandeling van Thijs?
- Kunnen ouders, school en de behandelend logopedist adviezen krijgen over hoe zij Thijs optimaal kunnen ondersteunen?

De klinisch fysicus audioloog verwijst Thijs door naar ZG-behandeling. Binnen de ZG-behandeling is bij Thijs eerst nadere handelingsgerichte diagnostiek uitgevoerd. Hij is in een beperkte periode een dagdeel per week naar een specifieke behandelsetting gekomen waar een behandelcoördinator, klinisch linguïst, audioloog, logopedist, communicatief begeleider en neuropsycholoog interdisciplinair de beste passende behandeling hebben gevonden en uitgevoerd. Van daaruit hebben ouders, school en behandelend logopedist advies gekregen hoe zij Thijs verder optimaal kunnen ondersteunen. De eerstelijns logopedist heeft na de ZG-behandeling haar eigen behandeling weer opgepakt.

Casus 4

Keten: JGZ neonatale gehoorscreening > Audiologisch Centrum > CI team + ZG-behandeling

Bas is 2.2 jaar en zeer ernstig slechthorend. Bij neonatale gehoorscreening thuis door de JGZ-verpleegkundige enkele dagen na zijn geboorte is twee keer uitval geconstateerd bij screenend OAE-onderzoek. Vervolgens is bij de A-ABR (automatic auditory brainstem respons) meting een beiderzijds refer gevonden. Bas wordt conform de landelijke richtlijn voor vervolgonderzoek doorverwezen naar het Audiologisch Centrum (AC).

Op het AC vindt audiologische diagnostiek plaats onder gecontroleerde akoestische omstandigheden. Bij Bas worden beneden 100 dB geen reacties op geluid gevonden. In samenwerking met de KNO-arts worden CT- en MRI-scans aangevraagd om een mogelijke oorzaak van het gehoorverlies te onderzoeken en om eventuele afwijkingen aan het binnenoor en de gehoorzenuw te kunnen opsporen. Het ABR onderzoek wordt herhaald en met specialistisch (ASSR)onderzoek aangevuld. Bas blijkt ernstig slechthorend/doof. Via het kinderteam van het AC wordt een diagnostische hoortoestelaanpassing opgestart. De logopedist van het AC begeleidt de ouders in deze eerste diagnostische en behandelingsfase bij het inpassen van het gebruik van de hoortoestellen in de dagelijkse routine van ouders met een pasgeboren baby. Het AC verwijst de ouders naar ZG-behandeling voor psycho-educatie over de (taal)ontwikkeling, communicatie en interactie. De ouders starten met de eerste gebarentraining zodat de vroege communicatie tussen ouder en kind zo goed mogelijk verloopt. Bas en zijn ouders komen in korte tijd frequent naar het AC om te controleren wat het effect is van het dragen van de hoortoestellen. Bas blijkt met hoortoestellen onvoldoende te horen om gesproken taal te kunnen waarnemen. Hij wordt aangemeld bij het CI-team omdat hij in aanmerking komt voor een cochleair implantaat (CI).

In het kader van CI volgen op het KNO-UAC voorlichtingsgesprekken, medische audiologische, logopedische, orthopedagogische diagnostiek om na te gaan of CI mogelijk is en een meerwaarde heeft voor zijn ontwikkeling. Als Bas 9 maanden oud is worden er twee CI's geplaatst. In de revalidatiefase komen ouders en Bas regelmatig naar het AC/CI-team voor het controleren van de instellingen van de apparatuur, zijn gehoor/functioneren met CI's en het volgen van het effect van de CI's op zijn taal-, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling.

Binnen de ZG-behandeling ligt de nadruk op een onbelemmerde ouder-kind interactie en op de beginnende spraak-taal ontwikkeling. De ouders zijn inmiddels in staat om zowel visueel als in gesproken taal met Bas te communiceren. Bas wordt in een therapeutische vroegbehandelingsgroep gericht op dove en slechthorende geplaatst waar spelenderwijs aan taalstimulering wordt gewerkt met visuele ondersteuning en gebaren. Er vindt behandelingsgerichte diagnostiek plaats om het effect van de ZG-behandeling te evalueren. De behandelcoördinator van de vroegbehandeling en de orthopedagoog van het AC-team dragen zorg voor overdracht van gegevens en houden regelmatig contact over het verloop van de ontwikkeling en de begeleiding. Onderzoeksgegevens mbt horen, taal/spraak, sociaal emotionele ontwikkeling en cognitieve ontwikkeling worden over en weer uitgewisseld zodat geen dubbel onderzoek wordt gedaan en beide teams beschikken over de relevante rapportages.

De toekomst zal uitwijzen of Bas uiteindelijk met zijn CI's regulier onderwijs kan volgen, met begeleiding vanuit het AC, eventueel behandeling door de eerstelijns logopedist al dan niet in combinatie met een onderwijsarrangement vanuit cluster 2 of dat hij (tijdelijk) aangewezen zal zijn op plaatsing binnen het speciaal onderwijs.

Criteria toelating van kinderen met een taalontwikkelingsstoornis (TOS) tot ZG-behandeling

Er is sprake van een Taalontwikkelingsstoornis die leidt tot ernstige of zeer ernstige beperkingen in de communicatieve redzaamheid waarbij de cliënt op behandeling vanuit de interdisciplinaire Zintuiglijk Gehandicaptenzorg is aangewezen.

De taalontwikkelingsstoornis is een - in de persoon gelegen - aandoening of stoornis. Gevolg van de taalontwikkelingsstoornis is een verhoogd risico op vertraging of stoornissen op overige ontwikkelingsgebieden (cognitief, sociaal, emotioneel). Bovendien leidt de taalontwikkelingsstoornis tot functionele beperkingen op andere levensgebieden, zoals in dagelijkse communicatie binnen het gezin en directe omgeving, sociale participatie en in schoolresultaten.

Het gaat om een Taalontwikkelingsstoornis (TOS) wanneer er sprake is van één of meer van de volgende stoornissen:

- 1) het kind heeft een stoornis in de *taalproductie*. Het niveau van het taalvermogen ligt substantieel en kwantificeerbaar onder het niveau wat gezien de leeftijd verwacht mag worden.
- 2) het kind heeft een stoornis in het *taalbegrip*. Het niveau van het taalvermogen ligt substantieel en kwantificeerbaar onder het niveau wat gezien de leeftijd verwacht mag worden.
- 3) het kind heeft een stoornis in de *spraakklankontwikkeling* (articulatie, fonologie, spraakontwikkelingsdyspraxie). De productie van de spraakklanken verloopt niet zoals kan worden verwacht op basis van de leeftijd en het ontwikkelingsstadium van het kind.
- 4) het kind heeft een *sociaal (pragmatische) communicatiestoornis*. Door dit taalprobleem loopt dit kind vast in het sociale gebruik van de non-verbale en verbale communicatie.

Nb. Bij jonge kinderen tot 5 jaar is het uitgangspunt dat op de gebieden taalproductie en/of taalbegrip er een afwijking is die groter is dan -1.5 maal de standaarddeviatie.

Contra-indicaties voor behandeling TOS zijn:

- er zijn ernstige nevenhandicaps op het gebied van gehoor, visus, motoriek of neurologie die de behandeling belemmeren;
- er is een ernstige zorgbehoefte op medisch gebied die de behandeling belemmert.

Op basis van multidisciplinaire diagnostiek wordt een (sterk vermoeden van) een taalontwikkelingsstoornis vastgesteld. Er is altijd een verwijzing nodig van een medisch specialist, klinisch fysicus audioloog, huisarts of jeugdarts. Deze laatste twee kunnen verwijzen wanneer de stoornis al eerder is vastgesteld door een medisch specialist of klinisch fysicus audioloog en de stoornis ongewijzigd is gebleven.

Juli 2016



2.PRODUCTSTRUCTUUR

2.1. Totaalset zorgprogramma's auditief en/of communicatief

Totaalset zorgprogramma's auditief en/of communicatief

Ontwikkeling van een nieuwe productstructuur

In opdracht van het ministerie van VWS heeft de sector auditief en/of communicatie zorgprogramma's ontwikkeld voor behandeling die wordt geleverd binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vanuit de bestaande set van cliëntprofielen heeft een doorontwikkeling plaatsgevonden naar behandelprofielen en vervolgens behandeltrajecten. Dit geheel tezamen noemen we zorgprogramma's. Daarmee heeft de sector een forse stap gezet in het bieden van transparantie, medische herkenbaarheid en hanteerbaarheid. En wordt beter inzicht gegeven in de cliëntvariatie.

Deze zorgprogramma's bevatten de ingrediënten om uiteindelijk te kunnen toegroeien naar een stevige productstructuur. Deze kan als basis dienen voor de ontwikkeling van een nieuwe manier van bekostiging gebaseerd op een kostenhomogene productstructuur. De set die nu voor ligt vormt de basis voor de inrichting van de registratie in 2017. In de doorontwikkeling naar de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur voor ZG-behandeling in de Zvw kunnen bijstellingen of aanscherpingen worden aangebracht aan deze set.

Betrokkenheid partijen

De zorgprogramma's zijn ontwikkeld tezamen door alle instellingen voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen die ZG-behandeling leveren vanuit de Zvw op de prestaties auditief en taalontwikkelingsstoornissen (TOS). We zijn bij dit proces ondersteund door bureau HHM. Er is een begeleidingscommissie ingesteld tijdens dit proces bestaande uit: HHM, VWS, NZa, ZN/zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland, Platform D/SH/TOS, Oogvereniging, FENAC, NVLF, Programmaraad auditief, Programmaraad visueel, VIVIS en SIAC.

Totaalset zorgprogramma's auditief en/of communicatief

De gehele set zorgprogramma's is te downloaden op de website van SIAC:

<http://www.siac.nu/documenten/>.





3. Monitoren behandelresultaten

3.1. Instrumentarium



Monitoren Behandelresultaten

Vaststelling minimale set behandelmonitor

Voor alle cliëntprofielen is in SIAC-verband gedefinieerd welke minimale set aan meetinstrumenten opgenomen dient wordt in een behandelmonitor. Per domein (taal/communicatie en psychosociaal) zijn de meetinstrumenten vastgesteld. De gedefinieerde minimale set betreft meetinstrumenten die sectorbreed bij de betreffende cliënten wordt afgenomen. Naast de minimale set worden er binnen de verschillende organisaties aanvullende meetinstrumenten afgenomen.

In de bijlage is een overzicht te vinden van de minimale set aan meetinstrumenten per cliëntprofiel.

Implementatie behandelmonitor

Vanaf januari 2015 wordt het monitoren van behandelresultaten binnen de SIAC-instellingen breed ingevoerd (Auris, GGMD, Kentalis, NSDSK en Pentto). Zo wordt bijvoorbeeld de behandeling van alle jonge kinderen met TOS die een behandelgroep bezoeken gemonitord. Op dit moment monitoren nog niet alle organisaties de behandeling van alle voor hun van toepassing zijnde cliënten. Het streven is dat alle organisaties vanaf medio 2015 alle (nieuwe) cliënten op nemen in een behandelmonitor.

Wanneer deze monitor behandelresultaten wordt opgenomen als voorwaarde voor de zorginkoop 2016 zullen alle instellingen die ZG-behandeling leveren op de prestaties auditief en communicatief (TOS) de monitor moeten implementeren.

April 2015

Bijlage

	Clientprofiel	Domeinen	Standaardset
1	Cliënt met een gehoorbeperking in de leeftijd van 0 tot 1 jaar	Taal (en communicatie)	NCDI ²
2	Dove cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar	Taal (en communicatie)	Schlichting TP en TB
3	Slechthorende cliënt in de leeftijd van 1 tot 5 jaar	Psychosociaal welbevinden	CBCL 1,5-5 C-TRF 1,5-5
4	Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 0,5 tot 5 jaar		
6	Cliënt met een taalontwikkelingsstoornis in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar		
5	Doofblinde cliënt in de leeftijd van 0 tot 5 jaar	Taal (en communicatie)	GAS
		Psychosociaal welbevinden	GAS
7	Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 5 tot 12 jaar	Taal (en communicatie)	Peabody
8	Dove of ernstig slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 5 tot 12 jaar	Psychosociaal welbevinden	CBCL 6-18 ²
10	Cliënt met een taalontwikkelingsstoornis in de leeftijd van 5 tot 12 jaar		
9	Doofblinde cliënt in de leeftijd van 5 tot 18 jaar	Taal (en communicatie)	GAS
		Psychosociaal welbevinden	GAS
11	Dove of slechthorende cliënt in de leeftijd van 12 tot 18 jaar	Taal (en communicatie)	Peabody
12	Dove of slechthorende cliënt met CI in de leeftijd van 12 tot 18 jaar	Psychosociaal welbevinden	YSR 11-18, CBCL 6-18 ² ASR 18-23
13	Cliënt met een taalontwikkelingsstoornis in de leeftijd van 12 tot 23 jaar		

² De NCDI is genormeerd vanaf 12 maanden. Voor deze groep is echter geen ander geschikt meetinstrument voorhanden, vandaar dat toch de NCDI wordt voorgesteld.

² De TRF wordt bij dit cliëntprofiel niet opgenomen in de minimale set omdat bij deze cliënten de TRF dan veelal door externe professionals/leerkrachten ingevuld moet worden.

14	Vroegdove volwassen cliënt	Psychosociaal welbevinden	Outcome rating scale (ORS)
15	Plotsdove of laatdove volwassen cliënt		
16	Slechthorende volwassen cliënt		
17	Doofblinde volwassen cliënt		
18	Cliënten met een auditieve en/of communicatieve verstandelijke beperking in de leeftijd van 0 tot 18 jaar	Taal (en communicatie)	Tot 5 jr: Schlichting TP en TB Vanaf 5 jr: Peabody
		Psychosociaal welbevinden	Tot 5 jr: CBCL 1,5-5 en TRF1,5-5 jr, Vanaf 5 jr: CBCL 6-18
19	Volwassen cliënten met een auditieve en/of communicatieve verstandelijke beperking	Taal (en communicatie)	ORS/MORS
		Psychosociaal welbevinden	ORS/MORS



4. DESKUNDIGHEIDS- EN KWALITEITSEISEN

- 4.1. Eindverantwoordelijkheid
- 4.2. Deskundigheids- en kwaliteitseisen
- 4.3. Overzicht scholing medewerkers
- 4.4. Toegepaste methodieken en interventies
- 4.5. Kwaliteitsindicatoren



Eindverantwoordelijkheid ZG-behandeling prestaties auditief en communicatief

Het Zorginstituut heeft de volgende uitspraak gedaan over eindverantwoordelijkheid bij zorg die valt onder de aanspraak zintuiglijk gehandicaptenzorg en zich richt op mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen:

Eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan is de GZ-psycholoog. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. De activiteiten van de orthopedagoog of andere disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Bzv en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Wij hebben hier als sector de volgende aanscherping op gemaakt:

Bij alle cliëntprofielen is sprake van eindverantwoordelijkheid door een GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, orthopedagoog of (ontwikkelings)psycholoog.

April 2015

Deskundigheids- en kwaliteitseisen voor de behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve stoornissen³ in de Zvw

April 2015

Inleiding

Voor een uitwerking van de deskundigheids- en kwaliteitseisen voor de behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve stoornissen is ingegaan op drie niveaus:

- het zorgaanbod
- de organisatie
- het multidisciplinair behandelteam

Voor wat betreft het *zorgaanbod* zijn reeds ten behoeve van de zorginkoop 2015 gereed:

- Beschrijvingen van de cliëntprofielen 1 t/m 17; beschrijvingen van de later toegevoegde cliëntprofielen 18-19 volgen in mei 2015).
- In de beschrijving van de cliëntprofielen is aangegeven welke disciplines deel uit (kunnen) maken van het multidisciplinair behandelteam (gereed juni 2013),
- Inventarisatie van methodieken en interventies per cluster van cliëntprofielen (gereed juni 2013). Hierin is al specifiek aandacht besteed aan de cliëntgroep die nu onder cliëntprofielen 18 en 19 komen te vallen.

In dit document zijn de deskundigheids- en kwaliteitseisen nader uitgewerkt op het niveau van de organisatie en het multidisciplinair behandelteam. Met dit document willen wij zorgverzekeraars en overige stakeholders inzicht geven in de ZG-specifieke deskundigheids- en kwaliteitseisen die gesteld kunnen worden aan organisaties die behandeling leveren aan cliënten met auditieve en/of communicatieve stoornissen. Er is tevens een voorstel gedaan voor indicatoren: maatstaven/voorwaarden die zorgverzekeraars kunnen hanteren bij de zorginkoop 2016.

Dit stuk vormt de basis voor de sector. Binnen de afzonderlijke instellingen worden op verschillende aspecten hogere eisen gesteld. Er zal een doorontwikkeling naar branchenormen plaatsvinden. Mogelijk kan hierbij aangesloten worden bij de ontwikkeling van behandelprofielen per cliëntprofiel. Er kan dan meer specifiek worden ingezoomd de specifieke eisen die dan worden gesteld.

A) Organisatieniveau

1. De instelling heeft een behandelvisie opgesteld, specifiek gericht op de ZG-doelgroepen die ZG-behandeling ontvangen bij de betreffende instelling.
2. Volume is noodzakelijk om behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve stoornissen te ontwikkelen en in stand te houden.

³ Waar in dit document auditief en/of communicatief staat genoemd, wordt ook de doelgroep doofblinden hiertoe gerekend. Bij deskundigheidseisen specifiek voor doofblindheid, wordt dit apart aangegeven.

Volume vertaalt zich - gezien de kleine omvang van de cliëntenpopulatie - niet alleen in het kwantificeren van het aantal cliënten dat wordt behandeld, maar vooral in de verbreding naar aanpalende zorgvormen en/of intensieve samenwerking met ketenpartners.

Indicator:

- *Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 1 t/m 13⁴ is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een audiologisch centrum, waar de grondslag- en specialistische diagnostiek betreffende gehoor en taal/spraak plaatsvindt. Dit omdat het diagnostisch traject ook na verwijzing een centrale plaats inneemt in de ZG-behandeling.*
- *Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 14 t/m 17⁵ is sprake van een breder zorgaanbod voor die doelgroepen dan enkel ZG-behandeling (zorg vanuit andere stelsels, zoals Wmo, Wlz of vanuit aanpalende aanspraken in de Zvw, zoals GGZ of AC). Dit om de expertise over deze doelgroep op het juiste peil te kunnen houden. Het gaat in de Zvw-ZG hier om doelgroepen van erg kleine omvang en de zorg wordt veelal in nauwe samenhang aangeboden.*
- *Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 18 en 19⁶ is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een aanbieder die zorg levert aan mensen met een verstandelijke beperking of heeft dit zelf in huis. Dit om de nauwe samenhang met VG-expertise te borgen.*

Dit is minimaal aantoonbaar via formele samenwerkingsovereenkomsten en/of leveringsovereenkomsten.

3. De ZG-instelling zorgt zelf voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een daarop afgestemde leeromgeving. Medewerkers worden na hun aanstelling verplicht specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen en de benodigde vaardigheden voor het behandelen van de in die instelling in behandeling zijnde doelgroepen (zie uitwerking onder 'B Multidisciplinair behandelteam'). De ZG-instelling beschikt over een structureel scholingsaanbod en infrastructuur (opleidingsbeleid en opleidingsplannen). De voortgang met betrekking tot het volgen van verplichte scholing wordt bewaakt en in controleerbare documenten vastgelegd.

Indicator:

- *De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de (ontwikkeling van) ZG-behandelinhoudelijke kennis- en vaardigheden van deze medewerkers. De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de communicatievaardigheden passend bij de specifieke ZG-doelgroepen die binnen de instelling behandeling ontvangen en aangepast aan de functie van de medewerker. Deze afspraken zijn vastgelegd in een opleidingsbeleid en een opleidingsplan dat jaarlijks wordt geactualiseerd.*

⁴ Kinderen en jongeren met dominante stoornis doof, slechthorend, TOS en doofblind.

⁵ Volwassenen met dominante stoornis doof, slechthorend en doofblind.

⁶ Mensen met dominante stoornis doof, slechthorend of TOS in combinatie met een verstandelijke beperking.

Nadere toelichting op onderdeel 3:

- a. Voor alle disciplines werkzaam binnen ZG-behandeling geldt dat initiële opleidingen niet of onvoldoende zijn toegespitst op de kennis en vaardigheden die de behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve beperkingen vraagt. Dat betekent dat een instelling zelf zorg moet dragen voor een aanvullend opleidingsaanbod, gericht op deze specifieke kennis en deskundigheid. De organisatie moet in nauwe samenwerking binnen de sector dit opleidingsaanbod ontwikkelen en/of organiseren. Veelal zijn aanvullende opleidingen door de sector zelf ontwikkeld.
 - b. Er wordt binnen de instellingen veel gebruik gemaakt van het 'train de trainers'-principe om kennisoverdracht, zowel vanuit wetenschap als praktijk, naar medewerkers efficiënt vorm te geven. Daarbij is praktijkervaring binnen dit werkveld ook een belangrijk aspect. Senior professionals dragen in belangrijke mate bij aan continuïteit en borging van kennis binnen een organisatie.
 - c. Naast de professionals die direct betrokken zijn bij de behandeling van cliënten, dient binnen de ZG-instelling ook aanvullende ZG-opleiding geboden te worden aan management en ondersteunend personeel om basiscommunicatievaardigheden eigen te maken en inzicht te bieden in de ZG-doelgroep. Met name daar waar gewerkt wordt met collega's met auditieve en/of communicatieve beperkingen is dit een voorwaarde.
4. In de samenstelling van het personeel heeft de ZG-instelling aantoonbaar aandacht voor medewerkers uit de doelgroep (mensen met een ZG-beperking zelf als ook familieleden van mensen met een ZG-beperking) zowel in het primair proces (passend bij het behandelaanbod dat wordt geboden) als in de ondersteunende diensten. De ZG-instelling heeft hierop een beleid geformuleerd, waarbij aantoonbaar aandacht is voor de voorwaarden voor het werkklimaat die het voor medewerkers uit de doelgroep mogelijk maakt om optimaal te kunnen functioneren.

Indicator:

- *De ZG-instelling heeft beleid geformuleerd waaruit blijkt dat in de samenstelling van het personeel aantoonbaar aandacht is voor medewerkers uit de doelgroep en de voorwaarden die daarvoor in het werkklimaat gerealiseerd dienen te zijn. Dit is toetsbaar via de zorginkoop.*

5. De ZG-instelling heeft gerealiseerd dat informatie, communicatiemiddelen en communicatiekanalen geschikt en toegankelijk zijn voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen (die cliënt dan wel medewerker zijn)
6. De ZG-instelling heeft gerealiseerd, afhankelijk van de aanwezige doelgroepen, dat gebouwen (bv akoestiek, lichtinval, signaal-ruisverhouding, opstelling, aangepaste belinstallatie of video-interactiesysteem) en infrastructuur (bv. teletolk beschikbaar bij telefonisch contact, looprichels, voorspelbaarheid) veilig en toegankelijk zijn voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen (cliënt dan wel medewerker).

Nadere toelichting op onderdelen 4 t/m 6:

Deze onderdelen zijn erop gericht om zowel de cliënt als de medewerker met een auditieve en/of communicatieve beperking een behandel- en werkklimaat te bieden waarbij optimale toegankelijkheid en participatiemogelijkheden worden geboden. Hierbij is aantoonbaar aandacht voor de verschillende communicatie-modaliteiten van cliënten en medewerkers.

7. Het primaire proces is de bron van waaruit kennis wordt gegenereerd en weer wordt teruggebracht. Intensieve samenwerking van de ZG-instelling met andere – in de ZG-sector werkzame – organisaties (binnen Nederland maar ook internationaal) op het gebied van kennisdeling en het gezamenlijk uitvoeren van onderzoek is noodzakelijk. Dit geldt tevens voor (door)ontwikkeling van methodieken en interventies en het toepasbaar maken hiervan voor de doelgroep.
8. Overdracht van kennis vanuit de ZG-instelling naar voorliggende voorzieningen en professionals die in aanpalende sectoren werken met cliënten met auditieve en/of communicatieve stoornissen is een aanvullende functie die de ZG-organisaties vervullen en draagt bij aan 'stepped care' organiseren van de zorg aan de mensen met gehoor- en spraak-/taalproblemen.

B) Niveau multidisciplinair behandelteam

Multidisciplinaire behandelsetting

ZG-Behandeling richt zich op verschillende ontwikkelingsdomeinen, denk aan auditieve waarneming, taal- en spraakontwikkeling, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling. Groei of verlies binnen één ontwikkelingsdomein kan van invloed zijn op andere ontwikkelingsdomeinen. Hierdoor kan de ontwikkeling van compenserende vaardigheden worden belemmerd.

- De multidisciplinaire behandelcontext is nodig om vast te stellen of ontstane problemen voortkomen uit de auditieve en/of communicatieve problematiek of voortkomen uit aanpalende problematiek (bv een psychische stoornis), zodat in de behandeling adequate keuzes kunnen worden gemaakt.
- De behandeling van mensen met auditieve en/of communicatieve stoornissen vereist een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines op hoog deskundigheidsniveau kunnen samenwerken, waardoor vanuit de verschillende domeinen een geïntegreerde diagnose en behandeling wordt vormgegeven.
- Nodig is dat bij een cliënt een passend ontwikkelingsperspectief geformuleerd kan worden op basis van multidisciplinair onderzoek waarbij belemmerende en bevorderende factoren in beeld worden gebracht. Hierop wordt de behandeling vervolgens afgestemd. Dit vraagt om een multidisciplinaire behandelcontext.
- Deskundigheid op het gebied van communicatie in de multidisciplinaire behandelcontext is een voorwaarde en is geïntegreerd in het klantproces van de behandeling. Bij de start van de behandeling wordt snel en adequaat vastgesteld hoe de cliënt communiceert, welke communicatiemethoden de cliënt gebruikt, op welk communicatieniveau in de behandeling wordt ingestoken. Tijdens de behandeling wordt de communicatie gemonitord.

Indicator:

- *Minimaal maken disciplines deel uit van het behandelteam met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag. Voor deze disciplines zijn bekwaamheids- en ervaringsafspraken opgesteld en is een specifiek opleidingsbeleid beschikbaar welke naast behandelinhoudelijke kennis en vaardigheden tevens gericht is op communicatievaardigheden passend bij de doelgroepen die behandeld worden.*

Specifieke kennis en deskundigheid behandelteam

In een multidisciplinair behandelteam binnen de sector auditief en/of communicatief beschikken professionals over een specifieke kennis, deskundigheid en behandelvaardigheden op een aantal onderscheiden gebieden welke toegepast worden in de ZG-behandeling. Afhankelijk van de doelgroepen en het specifieke werkveld waarin gewerkt wordt zijn onderstaande aspecten aan de orde.

	D/ SH	TOS	DB
1. Stoornis- en ontwikkelingsgerichte kennis			
Auditieve en/of communicatieve stoornissen (en waar aan de orde de visuele stoornissen) en de invloed daarvan op alle ontwikkelingsgebieden.	x	x	x
De normaal verlopende en verstoorde ontwikkeling van een kind met auditieve en/of communicatieve beperkingen op naastgelegen ontwikkelingsdomeinen.	x	x	x
Afwijkende taalverwerving van een taalontwikkelingsstoornis kunnen onderscheiden van een probleem in de meertalige taalverwerving.		x	
De impact van een cochleair implantaat (CI) of hoortoestellen op de ontwikkeling.	x		x
Overige stoornissen waarmee regelmatig comorbiditeit bestaat zoals autisme, ADHD, psychische problematiek en de impact die deze hebben op de behandeling.	x	x	x
De beperkingen die worden ervaren voortkomend uit de auditieve en/of communicatieve stoornissen.	x	x	x
De invloed van de auditieve en/of communicatieve stoornis op de verschillende ontwikkelingsfases waarin een cliënt terecht komt. Dit brengt steeds weer nieuwe aanpassingen en dus nieuwe behandelvragen met zich mee wil de cliënt zich ook in deze nieuwe situatie weer goed kunnen handhaven.	x	x	x
Verliesverwerking bij toenemend gehoorverlies en eventueel zichtverlies op volwassen leeftijd en de impact die dit heeft op de verschillende levensdomeinen.	x		x
2. Communicatiekennis en –behandelvaardigheden			
Alternatieve communicatievormen zoals onder meer Nederlandse Gebaren Taal (NGT), Nederlands met Gebaren (NmG), Tactiele Gebaren (voor doofblinden).	x	x	x
Andere vormen van Ondersteunde Communicatie, zoals pictogrammen en verwijzers, al dan niet computer ondersteund, vormen van digitale hulpverlening.	x	x	x
Beschikken over een essentiële behandelhouding die bij deze cliënten en hun systeem minimaal nodig is, zoals tijd geven, aangepast taalgebruik, communicatieve sensibiliteit en bij cliënten met auditieve stoornissen een houding, positie en articulatie zodat spraakafzien mogelijk is.	x	x	x
Kennis van de omgang met tolken NGT/NmG/Tactiele Gebaren of schrijftolken.	x		x
Bij cliënten met auditieve beperkingen kennis op het gebied van culturele vorming en identiteitsontwikkeling (dovencultuur).	x		x

3. Methodische kennis en behandelvaardigheden			
Kennis van (effectieve) behandelmethodieken en –interventies op het gebied van behandelingsgerichte en verdiepende diagnostiek, het psychisch leren omgaan met, het opheffen en compenseren van auditieve en/of communicatieve beperkingen en op cliëntniveau adequate keuzes hierin kunnen maken.	x	x	x
Kennis van evidence based methodieken en interventies in aanpalende sectoren en/of buitenland en het toepasbaar kunnen maken hiervan voor de doelgroepen.	x	x	x
Kennis van instrumenten geschikt voor de doelgroep om behandelresultaten te monitoren en/of het toepasbaar kunnen maken van deze instrumenten voor de doelgroep.	x	x	x
Kennis van het belang van het inzetten van groepsdynamiek in de ZG-behandeling om taal- en communicatievaardigheden als ook overige compenserende vaardigheden aan te leren en te trainen bij mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen.	x	x	x
4. Systeemkennis en -behandelvaardigheden			
Inzicht in de impact van de auditieve en/of communicatieve stoornis van een persoon op de communicatieve relatie met personen uit het systeem en de directe omgeving van de cliënt en de gevolgen die dit heeft voor de behandeling. Medebehandeling van het systeem alsmede het sociale netwerk in eigen omgeving maakt daarom veelal onderdeel uit van de behandeling.	x	x	x
Inzicht in ouder-kind interactie (dove kinderen met horende ouders, dove/doofblinde ouders met horende/dove kinderen, ook bekend als CODA-problematiek: Children Of Deaf Adults, horende ouders met TOS of SH-kinderen) en deze kennis toepassen in de behandeling.	x	x	x
5. Technische kennis en behandelvaardigheden			
Kennis hebben van de specifieke aanpassingen van de omgeving die nodig zijn bij deze doelgroep zoals lichtinval, akoestiek, ondersteuning door middel van licht- of trilsignalen, visuele ordeningsmiddelen (bijv. visueel-tactiele kalenders), geluidsversterkende apparatuur. Deze kennis in de behandeling kunnen toepassen.	x	x	x
Werkings van hoorapparatuur, Cochleair Implantaat (zowel het (revalidatie)traject voor de cliënt als de technische kant).	x		x
Kennis hebben van de toepassing van en hoorhulpmiddelen en communicatiehulpmiddelen.	x	x	x
Het kunnen lezen en interpreteren van audiologische, logopedische en psychologische onderzoeksgegevens (en indien aan de orde visuele onderzoeksgegevens), als ook het kunnen vertalen van deze gegevens naar wat dit betekent voor de ZG-behandeling.	x	x	x
Kennis van diagnostische instrumenten geschikt voor de doelgroep en/of het toepasbaar kunnen maken van deze instrumenten voor de doelgroep.	x	x	x

Overzicht Scholing Behandelaren Sector Auditief en/of Communicatief

20 juni 2016

Inleiding

In een multidisciplinair behandelteam binnen de sector auditief en/of communicatief beschikken professionals over specifieke kennis, deskundigheid en behandelvaardigheden op een aantal onderscheiden gebieden welke toegepast worden in de ZG-behandeling. Afhankelijk van de doelgroepen en het specifieke werkveld waarin gewerkt wordt zijn deze in mindere of meerdere mate aan de orde. Voor alle disciplines werkzaam binnen ZG-behandeling geldt dat initiële opleidingen niet of onvoldoende zijn toegespitst op de kennis en vaardigheden die de behandeling van cliënten met auditieve en/of communicatieve beperkingen vraagt. Dat betekent dat een instelling zelf zorg moet dragen voor een aanvullend opleidingsaanbod, gericht op deze specifieke kennis en deskundigheid. De ZG-instelling zorgt zelf voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een daarop afgestemde leeromgeving. Deskundigheids- en kwaliteitseisen voor instellingen en multidisciplinaire behandelteams in de sector auditief en/of communicatief zijn uitgewerkt als onderdeel van het kwaliteitskader van de sector.

Onderscheid tussen scholing initieel en aanvullend ZG-specifiek tbv tijdregistratie

- *Algemeen:* Naast opleidingen kan het gaan om trainingen, cursussen, vakgroepen en symposia die de direct uitvoerende medewerker volgt of geeft in het kader van (bij)scholing. Hieronder valt ook het begeleiden van een medewerker in het kader van de opleiding van deze medewerker en het geven van inhoudelijke ondersteuning voor een training.
- *Initiële scholing:* scholing in het kader van de basisopleiding of gecertificeerd houden ervan.
- *Aanvullende ZG-specifieke scholing:* scholing die niet gericht is op je basisopleiding, maar waarbij je wel specifieke kennis en vaardigheden opdoet, die nodig zijn om ZG-zorg te kunnen bieden, om met onze doelgroep te kunnen werken en/of om in interdisciplinair verband te werken.

Opmerkingen vooraf

- Afhankelijk van de exacte doelgroepen, de discipline en het specifieke werkveld waarbinnen een medewerker werkzaam is wordt een opleidingspakket samengesteld, dat noodzakelijk is voor het leveren van behandeling aan ZG-cliënten.
- In het overzicht is aangegeven voor welke doelgroepen de scholing relevant is.
- Het overzicht is gerangschikt naar domeinen van kennis en behandelvaardigheden.
- De genoemde scholing is niet gerangschikt naar functies, disciplines. Dit maakt dat voor sommige disciplines de opleiding of training initieel kan zijn, maar voor een andere discipline aanvullend.

Over de grote lijn kan uitgegaan worden van het volgende onderscheid:

- o stoornis- en ontwikkelingsgerichte kennis: aanvullend ZG-specifieke scholing;
- o communicatiekennis en – behandelvaardigheden: aanvullend ZG-specifieke scholing;
- o methodische kennis en behandelvaardigheden: deels aanvullend ZG-specifieke en deels initiële scholing;
- o systeemkennis- en behandelvaardigheden: deels aanvullend ZG-specifieke en deels initiële scholing;
- o technische kennis en behandelvaardigheden: aanvullend ZG-specifieke scholing;
- o overig: initiële scholing.

- Op het overzicht staat zowel scholing die extern wordt gevolgd als intern.
- Het overzicht is opgesteld met input van alle instellingen auditief en/of communicatief die ZG-zorg leveren in de Zvw. Het overzicht is grotendeels dekkend, maar niet volledig uitputtend. Daarnaast is soms gelijksoortige scholing met verschillende benamingen of die bestaat uit meerdere niveaus samengevoegd voor de overzichtelijkheid.

Overzicht Opleidingen				
<i>Opleidingsnaam</i>		<i>Doelgroep</i>		
		D/SH	TOS	DB
1	Stoornis- en ontwikkelingsgerichte kennis			
	Masterclasses, modules, cursussen, basisleertrajecten toegespitst op de doelgroep (in relatie tot functie medewerker)	x	x	x
	Hoorontwikkeling	x		x
	Psychopathologie bij kinderen van 0-7 jaar	x		
	Differentiaaldiagnostiek TOS-ASS		x	
	Masteropleiding communication and congenital deafblindness (RUG)			x
	Diagnostiek van psychische problemen bij kinderen van 1-7 jaar	x	x	x
	Dyspraxie		x	
	Adviezen over meertaligheid	x	x	x
	Dysfagie	x	x	x
	Anders kijken naar kinderen	x	x	
	Taalontwikkeling en Taalstoornissen	x	x	
	Onderdelen master sen (modules taalontwikkeling, communicatie)	x	x	
	Infant mental health specialist	x		
	Basicursus coach gehoorverlies	x		
	Module doofblindheid Minor VGG			x
	Sensorische informatie verwerking	x	x	x
	Kennismaken met doof- doofblind- en slechthorendheid	x		x
	Masterclass Opvoeding en Onderwijs dove en slechthorende kinderen	x	x	
	Acquired deafblindness network seminar			x
	Congres ouderdoms doofblinden			x
	Opleiding doofblindenbegeleider			x
	Ontwikkelingsstoornissen Autisme/ADHD	x	x	
	Eet- en drinkproblemen bij zeer jonge kinderen	x		x
	Verstandelijke beperking en auditieve beperking	x		x
	Goldsteintraining doven/doofblinden: achterstand in sociaal/communicatieve ontwikkeling	x		x
	Communicatief meervoudig beperkt (CMB)	x	x	x
	Psychische problemen bij dove en slechthorende kinderen en jongeren	x		x
	Psychische problemen bij dove en slechthorende volwassenen	x		x
	Dicerse congressen en symposia toegespitst op doelgroep (zoals FCEI, WFD, ICED, Teaching Deaf learners, DBI)	x	x	x
2	Communicatiekennis en –behandelvaardigheden			
	Nederlands ondersteund met gebaren (NmG)	x	x	x
	Nederlandse gebarentaal (NGT)	x		x
	Cursus vierhandengebaren			x
	Coaching NmG+	x	x	x

Overzicht Opleidingen				
Opleidingsnaam		Doelgroep		
		D/SH	TOS	DB
	Coaching NGT	X		X
	Coaching gebarentaal in de thuissituatie	X	X	X
	Verdiepingscursus voor communicatiespecialisten: leren van gebarentaal aan laaggeletterde/analfabete vroegdooven	X		
	Gebaar met je baby	X		X
	Dovencultuur	X		X
	Opleiding social haptic communication			X
	Software Lunar Windows 5.1 Tieman			X
	Combi-braille Windows 2000 Tieman			X
	Braille software Jaws Windows 5.1 Alva			X
	Cursus Supernova, Vergroting/spraak/braillesoftware			X
	Alva BC brailleleesregel Optelec			X
	Vergroting software Zoomtext Optelec			X
	Mac basic college Amsterdam Cursus VoiceOver en Zoom functie OS X			X
	Mac basic college Amsterdam Cursus Apple Iphone, Ipad			X
	Braillestudio Bartimeus			X
	Braille methode Maréchal Theofaan			X
	Screenbraille communicator Cursus C. Lagarde			X
	CTC Update Koninklijke Visio			X
	Talking Mats	X	X	
	PODD	X	X	
	PECS	X	X	
	Basiscursus Tobii communicator	X	X	
	Basiscursus Mind Express	X	X	
	Oogbesturing	X	X	
	Inrichten van dynamische systemen	X	X	
	PC- en tabletbediening	X	X	
	Het gebruik van de iPad als ondersteunend communicatiemiddel	X	X	X
	Tolken bij spraak-taalonderzoek Logopedisten	X	X	X
3	Methodische kennis en behandelvaardigheden			
	ICF	X	X	X
	DSM V	X	X	X
	Communicatieve taaltherapie		X	
	Cursus neuropsychologisch onderzoek	X	X	X
	Totale Communicatie (Introductie)cursus	X	X	X
	Cursus neurolinguïstisch programmeren	X	X	
	Onderzoek en behandeling fonologische stoornis		X	
	BSID-/Bailey III scholing (diagnostische training)	X	X	
	NNST (diagnostische training voor logopedisten)	X		
	CIO (diagnostische training voor logopedisten)	X		
	Movement ABC II	X	X	
	ComVoor (diagnostische training)	X		
	Prompt 1 en 2		X	
	Emotieweb	X	X	
	Methaphon		X	

Overzicht Opleidingen				
<i>Opleidingsnaam</i>		<i>Doelgroep</i>		
		D/SH	TOS	DB
	Theorie of Mind (ToM)	X	X	
	Contextueel werken	X	X	
	Met woorden in de weer	X	X	
	Executieve functies	X	X	
	Gestructureerde orthopedagogische spelobservatie (GORS)	X	X	
	Diagnostiek en begeleiding bij kinderen met meervoudige beperkingen en CI	X		
	Technology Assessment	X	X	
	Dynamisch Assessment	X	X	
	Empowerment sociaal netwerk	X	X	X
	Clienttraject planning	X	X	
	Leertraject Communicatie Competentie Profiel	X	X	
	Ondersteunende communicatie binnen de paramedische sector	X	X	
	Cursus evidence based practice	X	X	X
	Practice bij Meertalige Kinderen met Taalproblematiek	X	X	
	Hodson en Paden	X	X	
	Spel, floorplay, floortime	X	X	
	Ster training	X	X	
	Interactief voorlezen/leespraat	X	X	
	Zintuigverhalen maken	X	X	
	Story Grammar Training: leren begrijpen en vertellen van verhalen	X	X	
	Diagnostiek meertaligen	X	X	X
	Denkstimulerende gespreksmethode	X	X	
	Coaching caregivers who work with deafblind persons with mental disabilities			X
	Constructionele gedragstherapie			X
	Gedragstherapeutisch communiceren met d/sh kinderen en jongeren	X		
	Competentiemodel	X	X	
	Scholing niet begrepen wel gevoeld TBV centrum voor doofblinden			X
	Oplossings gerichte korte psychotherapie tbv centrum voor doofblinden			X
	Progressiegericht (oplossend gericht) werken	X	X	
	Coachend naar gedragsverandering: affectieve communicatie			X
	Training van “zorgen voor” naar “coachen dat”			X
	Monitor behandelresultaten	X	X	X
	Rouwverwerking/verlieskunde irt gehoorverlies	X		X
	Communicatietrainer/adviseur	X		X
	Mobiliteitstraining (visueel beperkt) Loo erf			X
	Sensorische integratie	X	X	X
	Ervaar het maar	X	X	
	Ervaringsordening	X	X	
	Communicatie CMB	X	X	X
	Orthocommunicatief Handelingskader (OCKL)	X	X	
	Communiceren over lichaamsbeleving, relaties en seksualiteit	X	X	X
	Het volle hoofdenboek		X	
4	Systemekennis en –behandelvaardigheden			

Overzicht Opleidingen				
<i>Opleidingsnaam</i>		<i>Doelgroep</i>		
		D/SH	TOS	DB
	Video interactie begeleiding/video home training	X	X	X
	Systemische ouder- en gezinsbegeleiding	X	X	
	Hanencursus	X	X	
	Praktisch pedagogische gezinsbegeleiding	X	X	
	Systeem therapeutisch medewerker	X	X	X
	Co-teaching	X	X	
	Communicatie met ouders	X	X	X
	Oudermodule	X	X	X
	Systeemgericht werken	X	X	X
	Scholing functioneringsgericht werken	X	X	X
5	Technische kennis en behandelvaardigheden			
	Audiologie de basis	X		X
	(Bij)scholing CI	X		X
	Practicum omgaan met/gebruik van hoorapparatuur	X		X
6	Overig			
	Diverse initiële opleidingen, zoals GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, logopedie	X	X	X
	Training gericht op taken behandelcoördinatie, intervisie, etc.	X	X	X
	Behandelfilosofie, handelingsvisie	X	X	X
	EHBO voor kinderen	X	X	X
	Gebruik en Toediening van Medicatie, Voedingssonde	X	X	X
	Scholing aandachtsfunctionaris kindermishandeling	X	X	X



Toegepaste methodieken en interventies auditief en/of communicatief

27 september 2012

Aanleiding

Het CVZ heeft van het ministerie van VWS binnen het traject Verbindend Vernieuwen de opdracht ontvangen in 2012 advies uit te brengen over de ZG-zorg. Het gaat dan om het volgende: Welke (onderdelen van de) zorg aan zintuiglijk gehandicapten kunnen, op basis van de huidige regelgeving, onder de Zvw vallen. Als subsector auditief en/of communicatief zijn wij hierover met het CVZ in gesprek gegaan aan de hand van het concept cliëntprofielen- en productenboek dat thans in ontwikkeling is. Het CVZ heeft aangegeven dat de concept profielen een goed overzicht bieden en inzicht geven in de cliëntgroepen, hun hulpvragen, het doel en resultaat van de behandeling en de zorgtrajecten van de cliënten. Wat nog ontbreekt, aldus het CVZ, is informatie over de mechanismen (methoden/interventies) die worden gebruikt om de doelen te bereiken en hoe staat het met de effectiviteit hiervan. Dit op basis van de grootste gemene deler en niet op detailniveau).

In een verkennend overleg tussen het CVZ en Harry Knoors is meer informatie verstrekt over de 'state of the art' in onze subsector en heeft tevens een uitwerking plaatsgevonden van een mogelijke aanpak om als subsector tot informatieaanlevering te komen m.b.t. methodieken/interventies en effectiviteit. De cliëntprofielen zijn geclusterd op basis van levensfasen (kinderen, jongeren, volwassenen) en dominante stoornis. Per geclusterde groep wordt het volgende in kaart gebracht:

- Wat is globaal de inhoud van de behandeling die deze geclusterde groep ontvangt? Wat zijn de kernelementen van de behandeling?
- In welke mate dragen verschillende interventies daaraan bij? Is er sprake van een min of meer uniforme aanpak?
- Welke informatie is beschikbaar over de effectiviteit van de behandeling? Is deze onderbouwd, aannemelijk gemaakt?

In een bijeenkomst binnen de subsector auditief en/of communicatief is hieraan een uitwerking gegeven.

<i>Cliëntprofielen</i>	D/SH	TOS	DB	ACVB
Kinderen: - 0 tot 5 jaar - 5 tot 12 jaar	CP 1-2-3-4 CP 7-8	CP 6 CP 10	CP 5 CP 9	CP 18
Jongeren: - 12 tot 18/23 jaar	CP 11-12	CP 13	CP 9	CP 18
Volwassenen	CP 14-15-16	-	CP 17	CP 19

In dit document wordt eerst ingegaan op de 'state of the art' binnen de subsector auditief en/of communicatief. Vervolgens vindt per geclusterde groep een nadere uitwerking plaats op hoofdlijnen.

1) State of the art

A. Kleine maar gevarieerde doelgroep, die om zeer specifieke expertise vraagt

- Het betreft een relatief kleine maar gevarieerde doelgroep waar de sector auditief en/of communicatief zich op richt met zorg die om een zeer specifieke kennis en deskundigheid vraagt. Kennis en deskundigheid op het gebied van communicatie (diverse communicatievormen zoals NGT, NmG, etc.), spraak en taal, interactie, aanpassingen in de fysieke omgeving (denk aan akoestiek en licht) en technische hulpmiddelen (hoortoestellen, CI). Het is van belang dat er kennis is over de risicomomenten in de ontwikkeling van onze doelgroep, zodat daarop kan worden geanticipeerd, bij voorkeur preventief. Het betreft zowel de borging van bestaande kennis als kennisontwikkeling.
- Voor een beknopt overzicht van kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en de bijzondere eisen die dit stelt aan de expertisefunctie van de ZG-sector verwijzen wij u naar de bijlage van dit document.

B. Erkenning overheid specifieke rol ZG-instellingen als expertiseorganisaties

- Specifieke kennis en expertise moet gebundeld blijven, omdat anders het gevaar voor versnippering bestaat. Volume van specifieke kennis en expertise is dus een belangrijke randvoorwaarde. Het ministerie van VWS heeft de specifieke rol van de ZG-sector als expertiseorganisaties erkend naar aanleiding van een rapport dat de sector heeft opgesteld in opdracht van VWS.
- Voor meer informatie over de expertisefunctie van de ZG-sector verwijzen wij u naar het rapport 'Expertise ZG, Geoogmerkt en Geoormerkt: een voorstel voor de inrichting van de expertisefunctie voor cliënten met een zintuiglijke beperking' (VIVIS/SIAC, 15 oktober 2010).

C. Gebruik van methodieken die onderbouwd en bewezen effectief zijn, toepasbaar gemaakt voor de doelgroep auditief en/of communicatief.

- Er wordt binnen de sector auditief en/of communicatief veel gebruik gemaakt van methodieken en interventies die onderbouwd en bewezen effectief (evidence based) zijn, maar die veelal zijn ontstaan in aanpalende sectoren en/of buitenland. Met een vertaling (op gebied van communicatie, taal en interactiestijl) van deze methodieken en interventies naar de eigen specifieke doelgroepen zijn ze goed toepasbaar binnen de sector. Om deze vertaling goed te

kunnen maken is specifieke kennis en expertise van de doelgroep mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen nodig. En dat is precies wat behandeling in onze sector onderscheidend maakt ten opzichte van behandeling in aanpalende sectoren.

- Binnen de sector wordt gebruik gemaakt van overwegend dezelfde methodieken en interventies, waarbij in de praktijk sprake kan zijn van accentverschillen. Er vindt binnen de sector veel samenwerking en afstemming plaats over verschillende methodieken en aanpassingen voor onze doelgroepen met name voor jonge kinderen.
- Binnen de sector auditief en/of communicatief wordt hard gewerkt aan het expliciteren van wat we doen en aan het monitoren van de effecten van onze behandeling, twee belangrijke stappen op de ladder van Evidence Based werken.

D. Specifieke kennis en deskundigheid medewerkers op de betekenis en impact van de beperking

- Het is dus van groot belang dat medewerkers binnen de sector zeer goed en specifiek voor onze doelgroep opgeleid zijn. Instellingen voor mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen moeten zelf zorgen voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een leeromgeving en daarmee voor continuïteit en doelmatigheid. Medewerkers worden na hun aanstelling specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen.
- De medewerkers binnen de sector auditief en/of communicatief beschikken over een specifieke kennis en deskundigheid onder meer op de volgende gebieden:
 - Gehoor-, communicatie- en taalstoornissen en de invloed daarvan op alle ontwikkelingsgebieden;
 - gevolgen van levenslange communicatie- en taalstoornissen op volwassen leeftijd op alle levensgebieden;
 - stoornissen waarmee regelmatig comorbiditeit bestaat zoals autisme en ADHD;
 - afwijkende taalverwerving;
 - meertalige taalverwerving;
 - sociaal-emotionele ontwikkeling;
 - ouder-kind interactie: dove kinderen-horende ouders, dove ouders-horende/dove kinderen;
 - CODA (Child of Deaf Adults) problematiek;
 - alternatieve communicatievormen zoals Nederlandse Gebaren Taal (NGT), Nederlands met Gebaren (NmG), Vierhanden gebaren (voor doofblinden);
 - andere vormen van Ondersteunde Communicatie, zoals picto's en verwijzers, al dan niet computer ondersteund;
 - essentiële houding die ten opzichte van deze cliënten nodig is: tijd geven, aangepast taalgebruik, bij auditief beperkte cliënten een houding, positie en articulatie zodat spraakafzien mogelijk is;
 - kennis van verliesverwerking bij toenemend gehoorverlies op volwassen leeftijd
 - kennis van gevolgen van toenemend gehoorverlies op volwassen leeftijd op alle levensgebieden;
 - specifieke aanpassingen van de omgeving die nodig zijn bij deze doelgroep zoals: lichtinval, akoestiek, ondersteuning door middel van licht- of trilsignalen, visuele ordeningsmiddelen (bijv. visueel-tactiele kalenders), geluidsversterkende apparatuur;
 - werking van hoorapparatuur en Cochleair Implantaat (zowel het (revalidatie)traject voor de cliënt als de technische kant) en het kunnen lezen en interpreteren van audiologische gegevens;

- bij auditief beperkte cliënten op het gebied van culturele vorming en identiteitsontwikkeling (Dovencultuur) en de omgang met tolken NGT/NmG of schrijftolken;
- kennis van (effectieve) behandelmethodieken.

E. Multidisciplinaire behandelcontext noodzakelijk

- Zorg aan mensen met auditieve en/of communicatieve beperkingen kenmerkt zich door specialistische diagnostiek, behandeling en begeleiding op verschillende ontwikkelingsdomeinen, denk aan auditieve waarneming, taal- en spraakontwikkeling, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling). Groei of verlies binnen één ontwikkelingsdomein kan van invloed zijn op andere ontwikkelingsdomeinen. Deze zorg vereist dus een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines op hoog deskundigheidsniveau kunnen samenwerken, waardoor vanuit de verschillende domeinen een geïntegreerde diagnose en behandeling wordt vormgegeven.
- Van belang is dat bij een cliënt een passend ontwikkelingsperspectief geformuleerd kan worden waarop de behandeling vervolgens kan worden afgestemd. Dit vraagt om een multidisciplinaire behandelcontext.
- De verschillende ontwikkelingsfasen waarin een cliënt terecht komt, brengen steeds weer nieuwe aanpassingen en dus nieuwe behandelvragen met zich mee wil de cliënt zich ook in deze nieuwe situatie weer goed kunnen handhaven. Behandeling vindt plaats zo mogelijk preventief of na escalatie van problemen. Er is sprake van 'stepped care' en 'matched care'.

2) Nadere uitwerking: Doof/slechthorend

Kinderen 0-5 jaar

- Behandeling van hele jonge dove en ernstig slechthorende kinderen is altijd intensief. Deze kinderen worden dan ook nooit voorliggend door de eerstelijns behandeld. De doofheid of ernstige slechthorendheid heeft immers direct impact op alle ontwikkelingsgebieden en levensdomeinen. De eerste drie levensjaren van het kind zijn absoluut cruciaal voor de behandeling. Het is belangrijk om alle registers dan ook meteen 'open te trekken'. Daarna blijft behandeling nodig in verschillende levens- en ontwikkelingsfasen (levensfase bestendig behandelen), maar de wijze waarop dit dan plaatsvindt is afhankelijk van diverse persoonlijke en externe factoren (stepped care).
- Interventies starten al vanaf het moment dat de auditieve beperking wordt ontdekt. Neonatale gehoorscreening vindt tegenwoordig al enkele dagen na de geboorte al plaats. Interventies vinden voorschols en naast het onderwijsaanbod plaats in de taalgevoelige periode. Er vindt afstemming plaats tussen zorg en onderwijs zodat met de interventies het maximale effect bereikt kan worden. Het is aangetoond dat vroegtijdige interventies vanwege het leervermogen van jonge kinderen zeer effectief kunnen zijn.
- Er is sprake van communicatie-, taal-, en interactieproblematiek. Interventies zijn gericht op het stimuleren van de spraak- en taalontwikkeling, interactie met de omgeving en daarnaast staat ook de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind centraal. Vrijwel zonder uitzondering hebben de communicatieproblemen een weerslag op de cognitieve en de gedragsontwikkeling. Deze ontwikkelingsgebieden worden dus ook gevolgd en indien nodig worden hierin interventies gepleegd of wordt er doorverwezen om deze elders toe te passen.

- Interventies richten zich primair op behandeling in het gezin en daarbinnen op de opvoedingssituatie en rol van ouders. Daarnaast wordt ook behandeld in een behandelgroep of op de peuterspeelzaal die het kind bezoekt.
- Kernelementen inhoud behandeling: Gezinsbegeleiding doof en ernstig slechthorend werkt op basis van drie verschillende pijlers of modules: gericht op ouders en kinderen (binnen het gezin), gericht op groepsbehandeling (zowel de kinderen als de ouders) en gericht op individuele therapie/behandeling (bijv. logopedie). De behandeling grijpt daarbij in op de verschillende leefmilieus van de cliënt. Doel is om de natuurlijke communicatieve situatie zo snel en goed mogelijk te herstellen, om ouders te ondersteunen bij het omgaan met de beperking van hun kind en om toegang tot taal en communicatie bij het kind mogelijk te maken (door inzet van hoorapparatuur, cochleaire implantatie en visuele communicatie in de vorm van Nederlandse Gebarentaal of Nederlands met gebaren). Goede vroege communicatie in het gezin is een van de belangrijkste voorspellers van psychische gezondheid op latere leeftijd.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis en expertise over de eisen die de beperking stelt aan de omgeving en over het toegankelijk maken van de communicatie middels gehoorrevalidatie, visuele communicatievormen en ondersteunende communicatie.
- Behandeling is per definitie multidisciplinair.

Kinderen 5-12 jaar

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in communicatie- en/of taalproblematiek. Bij de grootste groep betreft het een aangeboren stoornis, een kleine groep heeft de stoornis later verworven door bijvoorbeeld meningitis. De communicatie- en taalproblemen veroorzaken vaak gedragsproblemen (die zowel externaliserend als internaliserend van aard kunnen zijn) of problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling, spelontwikkeling of zelfredzaamheid.
- Uit onderzoek blijkt dat bij 40% van de doven en slechthorenden ernstige psychische problematiek voorkomt. De frequentie van neuropsychologische problemen is zes keer zo hoog als in de normale populatie.
- Veel dove en slechthorende kinderen hebben ondanks een normale leeraanleg in vergelijking met horend leeftijdgenoten afwijkende cognitieve profielen. Sterkere globale visuele waarneming, minder goed functionerend werkgeheugen, problemen met sociale cognitie en emotieregulatie.
- Interventies zijn met name nodig toegespitst op gebied van pragmatiek, 'theory of mind' en de sociaal-emotionele ontwikkeling. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen vaker dan horende kinderen moeite hebben om taal in de sociale context juist te gebruiken. Zij kunnen zich vaak moeilijker inleven in het perspectief van de ander. Ook het reguleren van emoties is een probleem, zelfs als de taalontwikkeling uiteindelijk vrijwel normaal verloopt.
- Methodieken en interventies zijn veelal gericht op het omgaan met de impact van de beperking, empowerment van de cliënt en het investeren in de gezinssituatie. Zij richten zich naast behandeling van cliënt (individueel en/of in groep) ook op het cliëntstelsel.
- Kernelementen inhoud behandeling: inzetten op communicatie, interactiestijl en ondersteunende communicatievormen (NGT, NmG, OC). Bij dove kinderen speelt Dovencultuur en de dovenidentiteit een belangrijke rol in de behandeling en in het leven.

- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden, specifieke kennis van voorwaarden in de omgeving (akoestiek, lichtinval, etc.).

Jongeren 12-23 jaar

- Vanuit ICF beredeneerd: De stoornis van de cliënt gaat niet over. De mate waarop de cliënt beperkingen ervaart wisselt sterk in deze levensfase en is sterk afhankelijk van diverse persoonlijke en externe factoren. En juist in die persoonlijke (denk aan puberteit) en externe factoren (veranderingen in gezin en rollen) vinden in deze levensfase veel veranderingen plaats.
- Er komt in deze levensfase meer nadruk te liggen op taligheid in de omgeving en het ervaren van steeds minder begrip in de omgeving op de beperkingen die worden ervaren.
- 40% van de cliënten met een auditieve beperking is meervoudig beperkt. Van de overige 60% heeft 40% psychische problematiek. Dit speelt zeker ook na de leeftijd van 12 jaar vaak nog een rol. Sociale relaties staan in de puberteit sterk onder druk, zeker als van school gewisseld wordt. Eenzaamheid is naast chronische vermoeidheid een belangrijke risicofactor bij het ontstaan van problemen op psychisch vlak.
- De inzet van methodieken en interventies zoals genoemd onder 5-12 jaar zijn ook hier van toepassing, maar aanvullend is de behandeling in deze levensfase meer gericht op zelfredzaamheid/zelfstandigheid en participatie als ook op de nieuwe levensdomeinen waar de cliënt in zijn groei naar volwassenheid mee te maken krijgt (arbeid/dagbesteding, zelfstandig wonen, etc.).
- De rol en de invloed van het gezinssysteem in de behandeling verandert in deze levensfase, passend bij de groei naar volwassenheid van de cliënt.
- Het aanbod voor deze leeftijd bestaat meer uit gerichte instructie en coaching, er is minder sprake van incidenteel leren.
- Expertise-inzet kenmerkt zich ook in deze fase door een multidisciplinaire behandelsetting, specifieke kennis van communicatievaardigheden, specifieke kennis van voorwaarden in de omgeving (akoestiek, lichtinval, etc.).

Volwassenen vroegdoof

- De beperking gaat niet over. De volwassen vroegdove moet het doen met het niveau van kennis en vaardigheden, dat hij in zijn jeugd bereikt heeft. Daaronder soms een heel beperkte kennis van de Nederlandse taal. Vanzelfsprekend leren van nieuwe kennis wordt gehinderd door de voortdurende communicatiekloof met de talige wereld van de volwassene. De dove volwassene die is aangewezen op AWBZ-zorg heeft door persoonlijke en externe factoren te grote achterstanden om zelfredzaam zijn weg te kunnen gaan. Incidentele plaatsing van een cochleair implantaat is qua effect nogal eens teleurstellend; bovendien heeft die de opgelopen achterstanden niet op.
- Het cliëntsysteem van de volwassen vroegdove is essentieel anders dan voorheen. Vaak maken daar geen horenden meer deel van uit, want de volwassen dove vindt vaak een partner in eigen kring van doven of blijft alleenstaand. Het ontbreekt de cliënt aan horende intermediairen in eigen omgeving.

- Kernelementen van de behandeling zijn gericht op versterking van de zelfredzaamheid: aanvullen van kennisachterstanden, empowering, assertief maken, zo nodig duurzame ondersteuning van de zelfredzaamheid. De behandeling strekt zich uit over alle levensdomeinen. De methodieken en interventies richten zich vooral op de cliënt zelf.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis van de tekortschietende begrippenwereld van de volwassen dove en vaardigheid om met hem/haar te communiceren, alsmede de mobilisatie van begrip voor de cliënt van zijn horende omgeving privé en in het werk.

Volwassenen slechthorend en plots/laatdoof

- De toenemend slechthorende komt op enig moment niet meer uit met hoorhulpmiddelen alleen. Uitputting doet hem afhaken op een of meer levensdomeinen. Aan normale intellectuele bagage ontbreekt het niet, maar acceptatie en verliesverwerking is nodig om nieuwe gedragsvarianten aan te leren. Niet zelden bijkomende tinnitus en hyperacusis vergroten de lijdensdruk.
- Het hele cliëntstelsel draagt de consequenties van de gehoorstoornis. Sommige relaties – privé of in het werk – zijn daar niet tegen bestand. De behandeling richt zich op herstel van het functioneren binnen het cliëntstelsel.
- Kernelementen van de behandeling zijn verwerking van het verlies (van gehoor en relaties) en acceptatie van de beperking. Het leren accepteren van en omgaan met energetische beperkingen als gevolg van het gehoorverlies is hierbij essentieel. Dan ontstaat er ruimte voor het aanleren van gedragsalternatieven, bij plots- en laatdoofheid ook alternatieve communicatievormen. Een belangrijk deel van de behandeling richt zich op de cliënt zelf. Na bereiken van acceptatie wordt ook het cliëntstelsel in de behandeling betrokken. De totale revalidatie van de slechthorende strekt zich in de tijd uit over meerdere zorgverleners in verschillende zorgdomeinen.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door kennis en inzicht in rouw- en verliesprocessen, kennis van de gevolgen van ernstige slechthorendheid in cliëntsystemen, kennis en ervaring met alternatieve communicatievormen.

Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep doof/slechthorend

Gericht op bevordering van taal en communicatie:

- Hoortraining (bijv. Luisterkubus)
- Training Als je Oren Niet Goed Horen (AJONGH)
- Communicatiecursussen NGT/NmG (voor kind/volwassene en cliëntstelsel)
- Training Spraakafzien voor volwassen slechthorenden en plots-laatdoven
- Denk Stimulerende Gespreksmethode (DGM)
- Interactief voorlezen
- Auditory Verbal Therapy
- Peuterpraat
- Kleine Stapjes
- Met woorden in de weer
- Theory of Mind training (TOM-training)
- Uk en Puk

Gericht op interactie met gezin/omgeving van kind/volwassene:

- Video Interactie Begeleiding (VIB)
- Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)
- Hanen
- Volgen Aanpassen Toevoegen (VAT)
- Triple P
- Groepsprogramma 'Kind zijn van dove ouders'

Gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling:

- Programma Alternatieve Denkstrategieën / PAD-programma (een goed onderbouwd, van oorsprong Amerikaans interventieprogramma, specifiek ontwikkeld voor dove kinderen)
- Spelbegeleiding
- Doos vol gevoelens
- Sociaal Competentiemodel
- Sociale vaardigheidstraining
- Cognitieve gedragstherapie (bijv. FF luisteren)
- Weerbaarheidstraining
- Identificatieprogramma
- Psycho-educatie

Gericht op versterken van zelfredzaamheid volwassen cliënten:

- Assertiviteitstraining voor doven
- Opvoedcursus voor dove ouders
- Training 'Omgaan met geld'
- Vriendschapscursus
- Probleemoplosgroep
- Werken in een horende omgeving
- Anders Ouder worden
- Training Seksuele Weerbaarheid

Gericht op leren omgaan met de beperking voor volwassen cliënten

- Assertiviteitstraining voor slechthorenden
- Leren leven met slechthorendheid
- Leren leven met tinnitus/hyperacusis
- Leren leven met ménière
- Leren leven met plots/laattoofheid

Literatuurverwijzingen

- Bogaerde, B. van den, M. Buré & C. Fortgens (2008). *Tweetaligheid en educatie*. In: Baker e.a. (eds): *Gebarentaalwetenschap. Een inleiding*. Deventer: Van Tricht uitgeverij, 293-304
- Calderon, R. & Greenberg, M. (2003). Social and emotional development of deaf children. In M. Marschark & P. Spencer (eds). *Oxford Handbook of Deaf Studies, Education, and Language*, vol. 1. New York: Oxford University Press.
- Eldik, Th van (1999). *Mental Health Problems of Dutch Youth With Hearing Loss as Shown on the Youth Self Report*. Rotterdam Erasmus Universiteit: proefschrift
- Fortgens, C. (1991). *Taal, wat is dat?* In: Schermer, T., C. Fortgens, R. Harder & E. de Nobel: *De Nederlandse Gebarentaal*. Twello: Van Tricht. 15-28.
- Hintermair, M. Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of

Deaf and Hard of Hearing Children (2006). *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 11 (4): 493-513.

- Isarin, J. (2008). *Over erbij horen in verschillende werelden*. In: Lem, T. van der & G. Spaai (eds): *Effecten van cochleaire implantatie bij kinderen*. Een breed perspectief. Deventer. 131-141.
- Isarin, J. (2008). *Zo hoort het. Dove kinderen in het CI-tijdperk: een participatieonderzoek*. Twello: Van Tricht.
- Knoors, H. (2008). *Cochleaire implantatie bij kinderen. Effecten op de ontwikkelingen mogelijke gevolgen voor het pedagogisch beleid*. In: Lem, T. van der & G. Spaai (eds): *Effecten van cochleaire implantatie bij kinderen*. Een breed perspectief. Deventer. 27-65
- Kolen, E. (2009). *De tweetalige ontwikkeling van dove kinderen in de Nederlandse gebarentaal en het Nederlands. Een meervoudige casestudie*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Schermer, T. & R. Pfau (2008). *Taalverandering en taalcontact*. In: Baker, A. e.a.: *Gebarentaalwetenschap. Een inleiding*. Deventer: Van Tricht, 275-292.
- Slot, W., & Spanjaard, H. (2009) *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Thiememeulenhoff Bv.
- Spencer, P.E., & Marschark, M. (Eds). (2010). *The Oxford Handbook of Deaf studies, Language and Education*. Oxford University Press.
- Terpstra, A. (2008). *Laten zien wat je kunt maakt kwaliteit zichtbaar. Over gebarentaalvaardigheden, de meetbaarheid ervan en het komen tot aantoonbare kwaliteit in deze vaardigheden binnen de KEGG*. Interne publicatie.
- Van Gent, T. (2012). *Mental health problems in deaf and severely hard of hearing children and adolescents*. Proefschrift, Universiteit van Leiden
- Wallien, M., A. Drubbel & M. Soeters (2001). *Leerplan tweetalig onderwijs. Nederlandse Gebarentaal en Nederlandse taal in het primair dovenonderwijs*. Rotterdam: CED/Het projectbureau.
- Wauters, L. e.a. (2008). *Naar goede praktijken voor het leesonderwijs*. Rapport Viataal.
- Wever, C.C. (2002). *Parenting Deaf Children in the era of cochlear implantation. A narrative-ethical analysis*.
- Werkgroep Leerlijn Lezen voor doven (2008). *Leerlijn lezen voor onderwijs van dove kinderen*. Enschede: SLO.
- Wolters, N., Knoors, H., Collessen, A. & Verhoeven, L. (2011). Predicting acceptance and popularity in early adolescence as a function of hearing status, gender, and educational setting. [Research in Developmental Disabilities](#) 32, 2553–2565.
- Zwitserlood, R. (2007). *Morpho-Syntactic Development and Verb Argument Structure in Narratives of Dutch School-Age Children with SLI*. Master thesis. Utrecht: Universiteit Utrecht.

3) Nadere uitwerking: Taalontwikkelingsstoornissen (TOS)

Kinderen 0-5 jaar

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in een stoornis op het gebied van de communicatie, of spraaktaal en/of interactie. Het gaat om een neurologische ontwikkelingsstoornis met een duidelijke genetische component.
- Alleen het bieden van een ‘taalbad’ zoals bij vroege en voorschoolse educatie (VVE) wordt aangeboden of inzet vanuit eerstelijns logopedie is bij deze kinderen met een taalontwikkelingsstoornis volstrekt onvoldoende.

- De handicapbeleving is bij ouders van TOS-kinderen anders dan bij ouders van dove en ernstig slechthorende kinderen. Er is sprake van een latere signalering van TOS-kinderen (gemiddeld tussen 1,5 en 2,5 jaar) dan van dove en ernstig slechthorende kinderen. Ouders realiseren zich pas vaak in een latere fase dat er sprake is van een stoornis en niet van een achterstand die ingehaald kan worden. Dit is van impact op de handicapbeleving en ook op de behandeling.
- Interventies richten zich op spraak- en taalontwikkeling, sociaal-emotionele ontwikkeling en interactie met de omgeving. Overige ontwikkelingsgebieden worden ook gevolgd en indien nodig worden hierin interventies gepleegd of wordt er doorverwezen om deze elders toe te passen.
- Kernelementen inhoud behandeling: Ook hier wordt gewerkt op basis van drie verschillende pijlers of modules: gericht op ouders en kinderen (binnen het gezin), gericht op groepsbehandeling en gericht op individuele therapie/behandeling al is de verhouding tussen deze modules anders dan bij dove en ernstig slechthorende kinderen: het accent ligt voor een groter deel op behandeling in groepsverband.
- Het betreft diagnostiek, behandeling en begeleiding in wederzijdse interactie. Vroegtijdig ingrijpen en een goede overgang naar onderwijs is van groot belang.
- Er kan sprake zijn van een erfelijke component. Wanneer ouders zelf een taalprobleem hebben is behandelen waarbij de ouders centraal staan minder effectief voor het kind.
- Er is sprake van samenwerking met Audiologische Centra (AC's) die kunnen differentiëren tussen een taalachterstand en een taalontwikkelingsstoornis.
- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden en het kunnen toepassen van een aangepaste interactiestijl.

Kinderen/jong volwassenen 5-23 jaar

- Oorzaak van de hulpvragen die kinderen ervaren is gelegen in communicatie- en/of spraaktaalproblematiek, die zich kan uiten in gedragsproblemen.
- Uit onderzoek blijkt dat bij 40% van de kinderen met TOS psychische problematiek voorkomt.
- Deze kinderen verkrijgen minder kennis via het informele leren en diverse informatie kanalen.
- Interventies zijn met name nodig toegespitst op de impact van de beperking, empowerment van de cliënt, de gezinssituatie (er kan sprake zijn van een erfelijke component).
- Door gebrekkige communicatieve redzaamheid kunnen gedragsproblemen ontstaan. Behandeling is enerzijds op gericht om negatief gedrag om te buigen naar positief gedrag middels gedragsmodulerende principes. Anderzijds wordt er gewerkt aan het versterken van de spraak/taal en communicatieve vaardigheden.
- Kernelementen inhoud behandeling:
 - Woordenschatuitbreiding
 - Interactiestijl
 - Metalinguïstisch bewustzijn (beperkt bij deze groep kinderen)
 - Empowerment client (systeem)
 - Visuele ondersteuning
 - Pragmatiek

- Het is voor deze kinderen erg moeilijk om te leren en dit vraagt extra tijd. Reden dat ook veel gebruik wordt gemaakt van video interactie begeleiding (VIB).
- NmG kan bij TOS-kinderen een middel zijn dat wordt toegepast als ondersteuning van de communicatie en de behandeling.
- Er wordt veelal gebruik gemaakt van dezelfde onderbouwde en bewezen effectieve methodieken en interventies als voor dove en slechthorende kinderen in de leeftijd van 5-12 jaar, maar de vertaling op het gebied van communicatie, taal en interactiestijl vraagt om andere accenten (zo vragen dove kinderen om meer visuele input dan TOS-kinderen, zijn de aanpassingen m.b.t. pragmatiek en 'theory of mind' bij TOS-kinderen anders).
- Expertise-inzet kenmerkt zich door multidisciplinair karakter, specifieke kennis van communicatievaardigheden en het kunnen toepassen van een aangepaste interactiestijl.

Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep TOS

Gericht op spraaktaal en communicatie:

- More than words
- Peuterpraat
- DGM (Denkstimulerende Gespreks Methodiek)
- Puk & Co
- Aanpassingen communicatie middels Nederlands met Gebaren, Totale Communicatie
- Kleine stapjes
- TEACCH

Gericht op de interactie met gezin/omgeving:

- Video Interactie Begeleiding (VIB)
- Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)
- Hanen

Gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling:

- Spelbegeleiding

Literatuurverwijzingen

- Agt, H. van, Essink-Bot, M., van der Stege, H., de Ridder-Sluiters, H. & de Koning, H., (2005). *Kwaliteit van leven van kinderen met een taalontwikkelingsprobleem*, *Stem-, spraak- en taalpathologie*, 13, 4, 211-226
- Baker, A., Blankenstijn, C., & Roelofs, M. (2000). *Pragmatiek*. In S. Gillis & A. Schaerlaekens (red.), *Kindertaalverwerving. Een handboek voor het Nederlands*, Groningen: Martinus Nijhoff, 287-325.
- Bode, D. & H. Knoors (2003). Het effect van het gebruik van gebaren op de woordproductie van peuters/leerlingen met specifieke taalstoornissen. In: *Van Horen Zeggen*, 44, 4-9.
- Bogers, N.P.F., Burger, E.J. & Duijf, A. (2007). *Het effect van taaldenkstimulerende technieken; replicatie van een effectonderzoek*, *Logopedie en foniatrie*, 5; 148-154
- Bradshaw, M.L, Hoffman, P.R. & Norris, J.A. (1998). Efficacy of expansions and cloze procedures in the development of interpretations by preschool children exhibiting delayed language development. In: *Language, speech and hearing services in schools*. 29, 85-95.

- Brands, T., Knoors, H., en Aarts, G. (2008). *Vroegbehandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taal moeilijkheden: doeltreffend of niet? Van Horen Zeggen*, 49-2.
- Burger, E., Van de Wetering, M., en Van Weerdenburg, M. (red.). (2012). *Kinderen met specifieke taalstoornissen. (Be)handelen en begeleiden in zorg en onderwijs*. Kentalis Acco.
- Daal, J. van (2008). *Gedragsproblemen bij kinderen met ernstige spraaktaalmoelijkheden*, Van horen zeggen, 49, 1, 10-14
- Drenthe, M, E. Kolen, J. Kniest & M. van Weerdenburg. (2008). *Visie op ernstige spraak- en/of taalmoelijkheden (ESM) van het kennisteam ESM - Viataal*.
- Dungen, L. van den & M.Verboog. (1991). *Kinderen met taalontwikkelingsstoornissen*. Bussum: Coutinho.
- Dungen, L. van den. (2007). *Taaltherapie voor peuters/leerlingen met taalontwikkelingsstoornissen: verantwoording van behandeldoelen tos & behandel suggesties voor peuters/leerlingen met een taalniveau van 0 tot 6 jaar*. Bussum: Coutinho.
- Eijden, van der P. & Kreeke-Alfrink, van de N. (1997). *Denkstimulerende gespreksmethodiek*. De wereld van het jonge kind, 1, 23-26
- Elbers, L. & Loon-Vervoorn, A. van (2000). *Lexicon en Semantiek*. In: S. Gillis & A. Schaerlaekens (red.) *Kindertaalverwerving. Een handboek voor het Nederlands*. Martinus Nijhoff, Groningen. 185-224.
- Ellis Weismer, S. (2000). Intervention for children with developmental language delay. In: Bishop, D.V.M. & Leonard L.B. (eds). *Speech and Language Impairments in Children: Causes, characteristics, intervention and outcome*. Hove: Psychology Press. 157-176.
- Fortgens, C., A. Hoekstra, I. van Kampen, M. van Amstel & M. Stemmer. (2005). *Het effect van klassenapparatuur in twee ESM-groepen*. In: Van Horen Zeggen, 45, 5, 12-19. Gielen, M. & R. Buekers.
- Julien, M. (2008). *Taalstoornissen bij meertalige kinderen*, Amsterdam: Harcourt
- Kiemstra, M. (2006). *Woordenschatontwikkeling. Werkwijzen voor groep 1-4 van de basisschool*. Expertisecentrum Nederlands. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Kort, W. M. Schittekatte & E. Compaan. (2008). *CEL-4-NL. Clinical evaluation of language Fundamentals*.
- Law, J., Boyle, F., Harris, F., Harkness, A. & Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International journal of language and communication disorders*, vol. 35, no. 2, 165–188.
- Leonard, L. (1998). *The nature and efficacy of treatment*. In: L.B. Leonard (ed.): *Children with specific language impairment*. Cambridge: MIT Press, 193-210.
- Nelson, K.E. (1989). *Strategies for first language teaching*. In: M. Rice & R. Schiefelbusch (eds.): *The teachability of language*. Baltimore: Paul H. Brookes, 263- 310.
- Nulft, D. van den & M. Verhallen. (2002). *Met woorden in de weer*. Bussum: Coutinho.
- Steenge, J. (2006). *Problematiek allochtone ESM kinderen niet anders, wel complexer*, Van horen zeggen, 47, 8-9
- Van der Heijden, P.M.R.L & N.m.B. van de Kreeke-Alfrink. (1994). *Denkstimulerende gespreksmethodiek*. Rotterdam: CED.
- Vermeij, B., Wiefferink, K., en Wijs, M. (2011). *Monitoren van de behandeling voor kinderen met ernstige spraak- en taalmoelijkheden*. *Van Horen Zeggen*, 52-5.
- Welle Donker, M. Slofstra-Bremer C., Meulen S. van der, Denderen-Lubbers M. van (red.). (2000). *Spraak- en taalproblemen bij kinderen. Ervaringen en inzichten*, Assen: Van Gorcum
- Wiefferink, K., Veentjer, S., Zandvliet, C., Okma, E., Dorren, D., Zorzi, J., Wobo, D.(2010). *Ontwikkeling van een behandelmethodiek*, *Van Horen Zeggen*, 51-4.

4) Nadere uitwerking: Doofblind

- Doofblindheid impliceert niet dat alle mensen met doofblindheid totaal doof en volledig blind zijn: het is een gecombineerde beperking van ernstige visuele en auditieve stoornissen, wat resulteert in een unieke beperking voor iedere persoon.
- Binnen de groep doofblinden kan een onderscheid gemaakt worden tussen mensen met congenitale doofblindheid en mensen met verworven doofblindheid. Van congenitale (= aangeboren) doofblindheid spreekt je wanneer er sprake is van ernstige auditieve en visuele stoornissen vanaf de geboorte of voor het begin van de taalontwikkeling. Congenitale doofblindheid onderscheidt zich van verworven doofblindheid door het tijdstip van het ontstaan van de dubbel zintuiglijke beperking. Mensen met verworven doofblindheid hebben al taal ontwikkeld. Taal kan gesproken taal of gebarentaal zijn. Bij verworven doofblindheid kan een onderscheid gemaakt worden tussen vroegverworven en laat verworven, ook wel ouderdomsdoofblindheid: dit betekent dat er vanaf het 50e levensjaar ernstige problemen met horen en zien ontstaan. Ouderdomsdoofblinden worden echter niet behandeld binnen de organisaties die SIAC vormen.
- Voor congenitale doofblindheid geldt dat de diagnose op jonge leeftijd al kan worden gesteld. Doofblindheid kan veroorzaakt worden door een syndroom, maar dit is niet altijd het geval. Ongeveer 85% van deze groep heeft een ernstige verstandelijke beperking. Hierdoor zegt de kalenderleeftijd minder dan de ontwikkelingsleeftijd. Congenitaal doofblinde mensen zijn afhankelijk van hun directe nabije omgeving en van de tast.
- Interventies starten op jonge leeftijd en zijn vooral gericht op contact en interactie, communicatie (op een schaal van tactiele communicatievormen tot symbolische communicatie door bijvoorbeeld Vierhanden gebaren) en op grip krijgen op de structuur van het (dagelijks) leven.
- Bij verworven doofblindheid is in de meeste gevallen sprake van het syndroom van Usher, (type 1 en 2). Daarbij is de auditieve beperking aangeboren en openbaart de visuele beperking zich in de puberteit/jongvolwassenheid. Dit betreft dus vooral de groep met een leeftijd vanaf 12 jaar.
- De behandeling gericht op de auditieve beperking is meestal in de vorm van een Cochleair Implantaat en bijbehorende revalidatie. Daarnaast wordt op het visuele gebied behandeld op het tactiele gebied, bijvoorbeeld Vierhanden gebaren. Vanwege de visuele beperking is ook behandeling gericht op oriëntatie en mobiliteit nodig (bijvoorbeeld stoklopen). Als aanvullende componenten van behandeling kunnen psycho-educatie en lotgenotencontact worden benoemd.
- Er bestaat specialistische deskundigheid op het gebied van diagnostiek en behandeling van deze complexe en kleine doelgroep (congenitale doofblindheid komt bij 1:10.000 kinderen voor; vroegverworven doofblindheid komt bij 8:10.000 kinderen voor).
- Er bestaan formele banden met wetenschappelijk onderzoek naar deze doelgroep en er is een hoogleraar aan de sector verbonden met specialisme doofblindheid.
- Er vindt internationale uitwisseling en samenwerking plaats en er wordt bijgedragen aan onderzoek naar doofblindheid, kennisontwikkeling en kennisverspreiding.

- Specialistische deskundigheid wordt uitgedragen in diverse publicaties, congressen en symposia.

Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep doofblind

- Van Dijk methode (J. van Dijk)
- Interventie Programma Contact (M. Janssen et al.)
- Kindvolgende strategieën voor onderzoek van kinderen die doofblind zijn of meervoudige beperkingen hebben (C. Nelson en J. van Dijk).
- 4-delige boekenserie over communicatie en congenitale doofblindheid door Jacques Souriau, Inger Rødbroe en Marleen Janssen
 1. Congenitale doofblindheid en basisprincipes voor interventie
 2. Contact en sociale interactie
 3. Betekenisgeving
 4. Overgang naar de culturele taal

Literatuurverwijzingen

- Antonissen, A., & De Gooijer, K. (2011). *Signalering van visusproblemen bij kinderen met een auditieve beperking. Van Horen Zeggen 2011, 2*. Siméa.
- Bosman, I., Balder, A., Van Dijk, R., Roets, L., Schermer, T., & Stiekema, T. (2006). *Over doofblindheid, Communicatie en omgang*. Utrecht: Uitgeverij Agiel
- Hoevenaars-van den Boom, M.A., Antonissen, A.C., Knoors, H., Vervloed, M.P. (2009). *Differentiating characteristics of deafblindness and autism in people with congenital deafblindness and profound intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research, 53(6)*, 548-558.
- Janssen, M. (2010). *Gezien en Gehoord. State of the art kennis over doofblindheid. Kapstokken voor passende zorg*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Janssen et al. (2002-2009). *Diagnostisch Interventie Model voor harmonieuze interacties*.
- Janssen, M. (2003). *Fostering Harmonious Interactions Between Deafblind Children and Their Educators*. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Knoors, H. & Vervloed, M. (2010). *Educational Programming for Deaf Children with Multiple Disabilities: Accomodating Special Needs*. In M. Marschark & P. Spencer (Eds.). *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education, 1, second edition*, 82-98. New York: Oxford University Press.
- Mesch, J. (2001). *Tactile Sign Language. International Studies on Sign Language and Communication of the Deaf, 38*. Hamburg: Signum-Verlag.
- Nelson, C., & Van Dijk, J. Kindvolgende strategieën voor onderzoek van kinderen die doofblind zijn of meervoudige beperkingen hebben. Dvd. www.aapnootmuis.com.
- Van der Burg, C. (2012). *Visiedocument Kenniscentrum Doofblindheid*. Kenniscentrum Doofblindheid Kentalis.
- Van Dijk, R., Nelson, C., Postma, A., & Van Dijk, J. (2010). *Deaf children with severe multiple disabilities: Etiologies, intervention and assessment*. In M. Marschark & P.E. Spencer (Eds.). *The Oxford handbook of deaf studies, language and education, 2*, 172-191. New Yor: Oxford University Press.
- <http://www.drjanvandijk.org>

5) Nadere uitwerking: auditief en/of communicatief verstandelijk beperkt (ACVB)

- Over het algemeen wordt bij kinderen met naast een auditieve en/of communicatieve beperking ernstige bijkomende beperkingen (waaronder een verstandelijke beperking) gebruik gemaakt van dezelfde methodieken en interventies als hierboven genoemd, maar zijn meer aanpassingen nodig aan de methodieken om ze voor het individuele kind toepasbaar te maken. Daarbij is sprake van meer behandelinzet, over een langere periode en/of meer gefaseerd. Er wordt bij deze kinderen vaak nog sterker een gebruik gemaakt van visuele hulpmiddelen in de behandeling (zoals pictogrammen).
- De methodiek KLINc is een effectieve methodiek die veel bij deze kinderen wordt toegepast (ontwikkeld door Hans van Balkom en Judith Stoep).

Een - niet uitputtend - overzicht van effectieve methodieken en interventies die worden toegepast bij de doelgroep ACVB

- Kinderen Leren Initiatieven Nemen in communicatie (KLINc)

Literatuurverwijzingen

- Schuit, M. van der, Segers, E., Balkom, H. van, Stoep, J., & Verhoeven, L. (2010). Immersive communication intervention for speaking and non-speaking children with intellectual disabilities. *Augmentative and Alternative Communication*, 26, 203-220.
- Schuit, M. van der, Segers, E., Balkom, H. van, & Verhoeven, L. (2011). Early language intervention for children with intellectual disabilities: a neurocognitive perspective. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 705-712.

Bijlage

Kenmerken van de zorg aan cliënten met een zintuiglijke beperking en de bijzondere eisen die dit stelt aan de expertisefunctie van de ZG-sector

- a) Er is sprake van een *niche* met specifieke kennis en expertise voor een enerzijds kleine en anderzijds zeer diverse doelgroep. Er bestaan grote verschillen tussen de aard van de beperkingen, de impact ervan en de hulpvragen. Zintuiglijke beperkingen kunnen alle aspecten van het leven beïnvloeden en kunnen grote gevolgen hebben op het verwerven en verwerken van informatie, het kunnen communiceren met anderen, de weerbaarheid, de zelfredzaamheid en/of de mobiliteit. Er is binnen de ZG-sector sprake van een niche met specialistische zorg. Van marktwerking kan slechts zeer beperkt sprake zijn.
- b) ZG-zorg kenmerkt zich door *specialistische diagnostiek, behandeling en begeleiding*. Deze zorg vereist een infrastructuur waarbinnen meerdere disciplines op hoog deskundigheidsniveau kunnen samenwerken (multidisciplinair). ZG-instellingen moeten zelf zorgen voor voldoende voor de doelgroep opgeleide professionals door het creëren van een leeromgeving en daarmee voor continuïteit en doelmatigheid. Medewerkers worden na hun aanstelling specifiek geschoold op de betekenis en impact van de (combinatie van) beperkingen.

- c) *Volume* is noodzakelijk om de specialistische zorg aan mensen met zintuiglijke beperkingen te ontwikkelen en in stand te houden. ZG-instellingen vervullen daarom een regio-overstijgende en veelal landelijke functie en zorgen daarmee voor de noodzakelijke concentratie. Volume is ook nodig voor onderzoek, waar de sector – mede vanwege de geringe omvang van de doelgroep – zelf zorg voor draagt. Het primaire proces is de bron van waaruit kennis wordt gegenereerd en weer wordt teruggebracht.
- d) De ZG-sector sluit aan op de *multisectorale problematiek* van cliënten met zintuiglijke beperkingen. De ZG-instellingen zijn experts in het aanbrengen van verbinding en samenhang van dienstverlening op uiteenlopende levensgebieden, zoals diagnostiek, behandeling, begeleiding, onderwijs, arbeid, wonen en welzijn. De sector kenmerkt zich door een integraal aanbod van zorg, onderwijs en ondersteuning bij arbeid.
- e) Er is op grote schaal sprake van *outreachinge zorg*. ZG-instellingen hebben niet alleen een verantwoordelijkheid naar de eigen cliënten, maar ook naar cliënten met een zintuiglijke beperking die elders verblijven (V&V, gehandicaptenzorg, onderwijs, GGZ, etc.). Deze mensen worden door de ZG-organisaties ook als cliënt gezien. Beroepsmatig betrokkenen worden ondersteund bij de behandeling en begeleiding van de cliënt met een zintuiglijke beperking. De consultatie en -adviesfunctie van de ZG-instellingen onderstreept de expertiserol die de ZG-instellingen voor derden vervullen (ook op het terrein van arbeid en onderwijs). De verwachting is dat de behoefte aan outreachende zorg de komende jaren zal toenemen. ZG-instellingen werken steeds meer in ketenverband samen met instellingen voor verstandelijk gehandicapten, verpleeghuizen en andere zorgorganisaties en professionals die betrokken zijn bij diagnostiek, behandeling, verpleging en/of begeleiding van (lichte en zware vormen van) de doelgroep.

Uit: 'Voorstel toewijzing ZG-zorg naar Zvw, AWBZ en Wmo', VIVIS/SIAC, 28 juni 2011

Kwaliteitsindicatoren

Kwaliteitsindicatoren zijn grotendeels gebaseerd op indicatoren die voortkomen vanuit de onderdelen 'deskundigheids- en kwaliteitseisen' en 'monitoren behandelresultaten'. Per indicator is steeds aangegeven hoe deze toepasbaar is voor zorgverzekeraars.

	<i>Indicator</i>	<i>Toepasbaarheid</i>
1	Aantoonbaar ISO-gecertificeerd (bv. HKZ);	Via inkoop
2	Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg wordt ingevuld voor wat betreft pijler 1 kwaliteitsgegevens op organisatieniveau*;	Via inkoop
3	Recent cliëntervaringsonderzoek is uitgevoerd (alternatief voor pijler 2B, ervaringsgegevens cliënten, van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg)**;	Via inkoop
4	<p>ZG-Volume:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 1 t/m 13⁷ is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een audiologisch centrum, waar de grondslag- en specialistische diagnostiek betreffende gehoor en taal/spraak plaatsvindt. Dit omdat het diagnostisch traject ook na verwijzing een centrale plaats inneemt in de ZG-behandeling. - Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 14 t/m 17⁸ is sprake van een breder zorgaanbod voor die doelgroepen dan enkel ZG-behandeling (zorg vanuit andere stelsels, zoals Wmo, Wlz of vanuit aanpalende aanspraken in de Zvw, zoals GGZ of AC). Dit om de expertise over deze doelgroep op het juiste peil te kunnen houden. Het gaat in de Zvw-ZG hier om doelgroepen van erg kleine omvang en de zorg wordt veelal in nauwe samenhang aangeboden. - Bij een instelling die ZG-behandeling biedt aan cliënten in cliëntprofielen 18 en 19⁹ is sprake van een aantoonbaar intensieve samenwerking met een aanbieder die zorg levert aan mensen met een verstandelijke beperking of heeft dit zelf in huis. Dit om de nauwe samenhang met VG-expertise te borgen. <p>Dit is minimaal aantoonbaar via formele samenwerkingsovereenkomsten en/of leveringsovereenkomsten.</p>	Via inkoop

⁷ Kinderen en jongeren met dominante stoornis doof, slechthorend, TOS en doofblind.

⁸ Volwassenen met dominante stoornis doof, slechthorend en doofblind.

⁹ Mensen met dominante stoornis doof, slechthorend of TOS in combinatie met een verstandelijke beperking.

5	Voor de doelgroep opgeleide professionals: De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de (ontwikkeling van) ZG-behandelinhoudelijke kennis- en vaardigheden van deze medewerkers. De ZG-instelling heeft aantoonbaar afspraken gemaakt over de communicatievaardigheden passend bij de specifieke ZG-doelgroepen die binnen de instelling behandeling ontvangen en aangepast aan de functie van de medewerker. Deze afspraken zijn vastgelegd in een opleidingsbeleid en een opleidingsplan dat jaarlijks wordt geactualiseerd.	Via inkoop
6	De behandeling van iedere nieuwe cliënt wordt gemonitord met behulp van het instrumentarium dat is vastgesteld voor het cliëntprofiel waar de cliënt toe behoort.	Via materiële controle
7	De ZG-instelling heeft beleid geformuleerd waaruit blijkt dat in de samenstelling van het personeel aantoonbaar aandacht is voor medewerkers uit de doelgroep en de voorwaarden die daarvoor in het werkklimaat gerealiseerd dienen te zijn.	Via inkoop
8	Minimaal maken disciplines deel uit van het behandelteam met expertise gericht op de domeinen taal/communicatie, systeem en gedrag. Voor deze disciplines zijn bekwaamheids- en ervaringsafspraken opgesteld en is een specifiek opleidingsbeleid beschikbaar welke naast behandelinhoudelijke kennis en vaardigheden tevens gericht is op communicatievaardigheden passend bij de doelgroepen die behandeld worden.	Via materiële controle

* *Pijler 2A* is alleen van toepassing is voor zorgaanbieders die zorg bieden aan cliënten met een intramurale indicatie of een indicatie behandeling groep. Daarbij geldt een uitzondering voor de extramurale zorg geleverd door ZG zorgaanbieders. De IGZ heeft een uitspraak gedaan dat pijler 2a niet van toepassing is op de extramurale zintuiglijke gehandicaptenzorg.

** Voor *pijler 2B* heeft de IGZ eveneens de uitspraak gedaan dat deze pijler niet van toepassing is, omdat de huidige instrumenten in de waaier niet geschikt zijn voor de ZG-doelgroep. Overigens de sector voert wel periodiek (aansluitend op de frequentie van eenmaal per 3 jaar zoals binnen het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg afgesproken is) cliëntervaringsonderzoek uit op basis van het best passend beschikbare instrumentarium in afwachting van doorontwikkeling naar een beter passend instrument.

Toepasbaarheid kwaliteitskader auditief en/of communicatief bij zorginkoop door zorgverzekeraars

	<i>Thema</i>	<i>Onderdeel</i>	<i>Toepasbaarheid</i>
1	Aanspraak Zintuiglijk gehandicaptenzorg	1.1 Verwijzingsprocedure naar ZG-behandeling	Toepasbaar door AGB-code verwijzer op te nemen in dataset tbv verantwoording naast declaratiestandaard
		1.2 Afbakening prestatie ZG ten opzichte van aanpalende prestaties	Toepasbaar via materiële controle
		1.3 Criteria toelating kinderen met een taalontwikkelingsstoornis tot ZG-behandeling	Toepasbaar via materiële controle
2	Productstructuur	2.1 Totaalset zorgprogramma's auditief en/of communicatief	Toepasbaar door zorgprogramma's op te nemen in dataset tbv verantwoording naast declaratiestandaard
3	Monitoren behandelresultaten	3.1 Instrumentarium	Een indicator is opgesteld; toepasbaar via materiële controle
4	Deskundigheids- en kwaliteitseisen	4.1 Eindverantwoordelijkheid	Niet toepasbaar in declaratiestructuur, omdat het niet alleen BIG-geregistreerde disciplines betreft; toepasbaar via materiële controle
		4.2 Deskundigheids- en kwaliteitseisen	Indicatoren zijn op basis hiervan opgesteld; toepasbaar bij zorginkoop
		4.3 Overzicht scholing behandelaren	Indicator opgesteld mbt opleidingsbeleid en opleidingsplan; toepasbaar bij zorginkoop
		4.4 Toegepaste methodieken en interventies	-
		4.5 Kwaliteitsindicatoren	Toepasbaar bij zorginkoop