

VELDNORM COCHLEAIRE IMPLANTATIE

CI-ON

OPCI

LGB

JUNI 2008

REVISIE 2013

VELDNORM COCHLEAIRE IMPLANTATIE

Dit stuk beschrijft de kwalitatieve normen waaraan de zorg rond cochleaire implantatie moet voldoen. Deze normen zijn in juni 2008 opgesteld door het werkveld, en in 2013 gereviseerd. Het stuk is bedoeld als richtlijn bij de besluitvorming door aspirant-cochleaire implantatie-teams, de Inspectie Gezondheidszorg en inkoopers van zorg bij ziektekostenverzekeraars of anderen.

Dit stuk bestaat uit een inleiding en twee inhoudelijke delen. Deel I Voorwaarden Zorgproces Cochleaire Implantatie beschrijft de zorg zelf en argumenten voor bepaalde kwaliteitseisen. Deel II Kwaliteitsindicatoren Cochleaire Implantatie beschrijft de uit deel I te concluderen kwaliteitseisen in (zo mogelijk kwantitatief geformuleerde) kwaliteitsindicatoren. Op essentiële punten wordt onderscheid gemaakt tussen de zorg geleverd door teams voor cochleaire implantatie die uitsluitend dove volwassenen behandelen en de zorg geleverd door teams voor cochleaire implantatie die tevens kinderen behandelen.

1. INLEIDING

Cochleaire implantatie (CI) is een behandeling waarmee voor zeer ernstig slechthorenden en doven de perceptie van geluid verbeterd c.q. mogelijk gemaakt kan worden. Bij deze behandeling wordt operatief een aantal elektroden in het binnenoor gebracht. Met deze elektroden wordt de gehoorzenuw elektrisch geprikkeld. De mate waarin de zenuw wordt geprikkeld wordt bepaald door het geluid in de omgeving. De omrekening van geluid naar stroomsterkte wordt door de zogenaamde spraakprocessor gedaan. Dit is het extern gedragen deel van het cochleaire implantaat. De kwaliteit van geluidspceptie die hiermee bereikt kan worden, is sterk afhankelijk van verschillende patiëntfactoren. Het hangt af van anatomische, fysiologische en psychologische factoren, maar ook van de voorgeschiedenis en van factoren die bepaald worden door de behandeling, zoals de kwaliteit van de afregeling. Kenmerkend voor het resultaat van de behandeling is dat het karakter van het waargenomen geluid totaal anders is dan normaal en dat de patiënt "(opnieuw) moet leren horen". Ook dit leerproces is een essentieel element in de behandeling. Het doel van dit stuk is de normen voor verantwoorde zorg rond cochleaire implantatie te beschrijven.

1.2 VOORGESCHIEDENIS VAN DEZE NORM: FORMULERING BELEIDSVISIE VWS, VORMING CI-ON

In de beleidsvisie cochleaire implantatie bij prelinguaal dove kinderen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uit 2004, werd uitgegaan van een continuering van de toenmalige spreiding van zorg in alle academische ziekenhuizen. Voorwaarde was dat alle ziekenhuizen zich aan landelijke richtlijnen voor cochleaire implantatie bij kinderen committeerden. Het doel van de landelijke richtlijnontwikkeling was de bevordering van kwaliteit en het scheppen van een kader voor toezicht. De aanwijzing van de academische ziekenhuizen vond plaats in het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Dit gebeurde onder de werkingssfeer van artikel 8, opdat de kwaliteit van zorg het beste gewaarborgd kon worden en de expertise en de infrastructuur van de bestaande centra voor cochleaire implantatie doelmatiger benut konden worden. Naar aanleiding van genoemde beleidsvisie werd in het informele landelijke overleg van CI-teams besloten een richtlijn op te stellen voor de behandeling van de subgroep prelinguaal dove kinderen en deze richtlijn aan het Ministerie van VWS aan te bieden. Ten bate hiervan is een werkgroep gevormd met de naam CI-Overleg Nederland (CI-ON), een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Keel, Neus en

Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd Hals Gebied. In de genoemde richtlijn werd voor deze subgroep een belangrijke rol toebedacht aan de Stichtingen Gezinsbegeleiding (SGB) in het traject van cochleaire implantatie (zie bijlage). De gezinsbegeleiding geeft begeleiding aan kinderen met een ernstige auditieve en/of communicatieve beperking en aan het gezin waarin het kind opgroeit. Een nauwe, structurele en geformaliseerde samenwerkingsrelatie tussen een centrum voor cochleaire implantatie en een stichting voor gezinsbegeleiding, werd als voorwaarde gesteld voor aanwijzing. Voor volwassenen werd vooralsnog geen beleidsvisie of richtlijn opgesteld. Na een periode van vier jaar, te weten van 1 juli 2004 tot en met 30 juni 2008, maakt de aanwijzing van overheidswege plaats voor zelfregulering op basis van een landelijke veldnorm, die door alle relevante veldpartijen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als toetsingskader wordt gedragen en gehanteerd. De door de minister gedefinieerde relevante veldpartijen in deze zijn, naast de CI-centra, de landelijke vertegenwoordigers van de dovengemeenschap en van de CI-gebruikers (en hun ouders), verenigd in het OPCI (Onafhankelijk Platform Cochleaire Implantatie) en de Landelijke Beleidscommissie Gezinsbegeleiding (LBG) dove kinderen. De zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol als inkopers van kwalitatief verantwoorde zorg.

1.3 VELDNORM COCHLEAIRE IMPLANTATIE

Vanuit de wens van het CI-ON, OPCI en LBG om de kwaliteit van de gehele CI zorg in Nederland te borgen, voor zowel kinderen als volwassenen, is de onderstaande veldnorm opgesteld.

Deze veldnorm is tot stand gekomen na intensief overleg met alle in 2008 bestaande CI teams, verenigd in het CI-ON, de verenigingen van slechthorenden en doven en van ouders van dove en slechthorende kinderen, verenigd in het OPCI (Onafhankelijk Platform CI) en de Landelijke Beleidscommissie Gezinsbegeleiding dove kinderen (LBG). Zodoende is deze veldnorm in overeenstemming met de relevante veldpartijen zoals gedefinieerd door de minister van VWS. Gedurende het traject is overleg gepleegd met zowel de inspectie voor Gezondheidszorg als de ziektekostenverzekeraars. De veldnorm bestaat uit twee delen. Deel I beschrijft de voorwaarden gesteld aan het zorgproces cochleaire implantatie. De kwaliteitsindicatoren die daarbij belangrijk zijn, worden beschreven in deel II.

DEEL I: VOORWAARDEN ZORGPROCES COCHLEAIRE IMPLANTATIE

1. COCHLEAIRE IMPLANTATIE: PASSEND IN EEN CONTINUÛM VAN HOORZORG

Cochleaire implantatie betreft een medische behandeling voor zeer ernstig slechthorenden en doven, waarbij steeds sprake is van een afweging of er meerwaarde te verwachten is ten opzichte van conventionele hoortoestellen of andere semi-implanteerbare hoortoestellen. Om een zo goed mogelijke afweging te kunnen maken is een zeer ruime ervaring vereist met hoorrevalidatie in het algemeen en met de diverse beschikbare mogelijkheden tot revalidatie van het gehoorverlies. Alleen indien in een zorginstelling kennis en ervaring aanwezig is over de meest geavanceerde conventionele en invasieve technieken van hoorrevalidatie, inclusief chirurgisch reconstructieve technieken van het middenoor, kan aan de individuele patiënt een weloverwogen advies uitgebracht worden over de kwalitatief beste zorg. Bij dit advies worden aspecten als belasting en risico's voor de patiënt meegewogen. Een structuur bestaande uit een KNO-afdeling en een audiologisch centrum kan deze kennis en ervaring leveren. Naast deze overweging voor een indicatiestelling voor een CI speelt ook mee dat voor die patiënten waarvoor een CI (nog) niet opportuun wordt geacht, een gedegen alternatief behandelingstraject (in mogelijk hetzelfde centrum) kan worden geadviseerd. Cochleaire implantatie moet daarom plaatsvinden in centra waarin, op grond van eigen expertise en ervaring, bij de advisering alle aspecten van zorg voor zowel matig als ernstig slechthorenden kunnen worden meegewogen. Kortom, cochleaire implantatie moet ingebed zijn in een continuüm van zorg voor de slechthorenden en doven, en hun directe omgeving (ouders/verzorgers/partner).

2. COCHLEAIRE IMPLANTATIE: ZORG VOOR DIVERSE PATIËTENGROEPEN

De indicatie voor een cochleair implantaat kan voor zeer uiteenlopende patiënten worden gesteld na zorgvuldige afweging van factoren zoals bijvoorbeeld de medische conditie van het slakkenhuis en of het auditief functioneren van de patiënt zal verbeteren met een implantaat. Aspecten ten aanzien van de benodigde begeleiding en het te verwachten resultaat kunnen per patiënt verschillen. Factoren zoals, cognitie, communicatie, pedagogisch omgevingsklimaat zijn daarbij van belang. Kennis en ervaring van de rol van deze factoren bij het leren functioneren met CI is een voorwaarde voor kwaliteitszorg aan het individu. De personele samenstelling van het CI-team hangt dan ook af van de specifieke vraagstellingen van de cliënten. De zorg van een CI-team beperkt zich bij voorkeur niet tot slechts een enkele subgroep van patiënten. Een CI-team dat kinderen behandelt, heeft eerst jarenlange ervaring opgedaan met het behandelen van volwassenen.

3. ZORGTRAJECT COCHLEAIRE IMPLANTATIE, EEN ZORGVULDIGE AFSTEMMING

3.1 ALGEMEEN

Cochleaire implantatie bestaat uit een traject waarin aanmelding, indicatiestelling, advisering, operatie, afregelen van apparatuur, revalidatie en levenslange nazorg zorgvuldig op elkaar afgestemd moeten worden. Volgens het CVZ moet de zorg rond cochleaire implantatie volledig onder de aanspraak op medisch-

specialistische zorg vallen. Het gehele traject moet voor indicatiestelling, implantatie, nazorg, revalidatie, reparatie en vervanging zorgdragen. Het CI-team, beschreven onder 4, moet het hele traject uitvoeren. Essentieel voor het goede verloop van het CI-traject is het multidisciplinaire overleg van het CI-team. De definitieve advisering over cochleaire implantatie wordt voor elke patiënt in het CI-team in periodieke bijeenkomsten besproken. Het CI-team faciliteert in lotgenotencontact.

3.2 AANMELDING

In de aanmeldingsfase maakt het CI-team gebruik van alle reeds bekende relevante gegevens. Hiermee vormt het CI-team zich een zo compleet mogelijk beeld van het eventuele te volgen CI traject. Indien onvoldoende gegevens van andere zorginstellingen verkregen worden, zal het CI.-team deze door eigen onderzoek verzamelen.

3.3 INDICATIESTELLING

Hoewel de resultaten van cochleaire implantatie per individu moeilijk precies te voorspellen zijn, is van een aantal factoren bekend dat ze van invloed zijn op het resultaat van implantatie. Dit zijn medische factoren zoals onder meer de vochthoudendheid en de vorm van het slakkenhuis en de werking van de centrale auditieve processen. Op audiologisch gebied zijn de ernst, de aard en de duur van de gehoorproblemen van belang.

In de fase van indicatiestelling moet minimaal op de volgende vakgebieden onderzoek worden uitgevoerd:

3.3.1 Onderzoek of cochleaire implantatie medisch gezien mogelijk is. Dit betreft diagnostiek naar mogelijke oorzaken en aard van de gehoorproblemen, naar de toegankelijkheid van het slakkenhuis (CT- en/of MRI-scans), de aanwezigheid en werking van de gehoorzenuw, algemene gezondheid en otologische actuele status. Het is aangetoond dat bij een significant deel van de congenitale dove kinderen sprake is van een anatomische malformatie, die het inbrengen van de elektroden bemoeilijkt. Het mogelijk optreden van deze complicatie moet van tevoren worden ingeschat. Evenwichtsonderzoek kan een bijdrage leveren aan deze diagnostiek en kan worden verricht. Tevens moeten de risico's van anesthesie worden ingeschat en meegewogen.

3.3.2 Audiologisch onderzoek dat zich richt op de vraag of een cochleair implantaat een meerwaarde heeft ten opzichte van het gebruik van andere hoorrevaliderende technieken. De bestaande aanpassing dient grondig geëvalueerd te worden, en zo nodig bijgesteld. Bij twijfel aan de eigenoestellen wordt een proef met nieuwe toestellen uitgevoerd. Vrijwel in alle gevallen wordt een proef met een hoortoestel uitgevoerd of vindt er een evaluatie plaats van de gehoorfunctie met het huidige hoortoestel, om de communicatiemogelijkheden met hoortoestel te kunnen vergelijken met het mogelijke resultaat van een CI. Voorts vindt er zonedoelmatig aanvullend diagnostisch onderzoek plaats naar de aard, de ernst en het verloop van de gehoorproblemen. Hierbij is de mogelijkheid van het uitvoeren van objectieve audiometrie onontbeerlijk.

3.3.3 Onderzoek ter beoordeling van de wenselijkheid van eventuele cochleaire implantatie. Bij volwassenen gaat het om de belastbaarheid, motivatie en reële verwachtingen van cochleaire implantatie. Psychologisch / pedagogisch/geriatriesch onderzoek is erop gericht eventuele contra-indicaties op te sporen.,

3.3.4 Bij kinderen auditief/communicatief onderzoek gericht op het vaststellen van de rol die geluid speelt bij het dagelijks functioneren en de communicatievaardigheid van de kandidaat. Aanvullend wordt een indruk verkregen van de interactie tussen ouders en kind, of het taalaanbod vanuit de omgeving van het kind voldoende is aangepast aan het taalniveau en de beleving van het kind, en in hoeverre hierbij rekening wordt gehouden met de beperkte hoormogelijkheden van het kind. Het CI-team stimuleert het aanbieden van gebaren(taal) in een vroege fase.

3.3.5 Psychosociaal onderzoek naar de ondersteuning en motivatie die de kandidaat vanuit de omgeving kan krijgen. Diagnostiek betreft de beleving van de doofheid, de verwachtingen, de motivatie, de draagkracht en de draaglast van de omgeving.

Aan het eind van de fase van indicatiestelling formuleert het CI team een advies t.a.v. de mogelijkheid van cochleaire implantatie bij de kandidaat. Het advies wordt in een adviesgesprek met patiënt of ouders besproken. In het adviesgesprek wordt aangegeven op basis van welke overwegingen CI wordt geadviseerd en wat de verwachtingen van het CI team zijn.

3.4 OPERATIE (PRE, PERI, POST)

In de preoperatieve fase moeten de kandidaten door het CI-team worden voorbereid op de operatie. Aandachtspunten zijn: vaccinatie, keuze implantaat en zijde van implantatie, informatieverstrekking over de ziekenhuisopname, de operatie en de mogelijke complicaties. De implantaties worden verricht door de KNO-artsen van het CI-team. De expertise van het operatieteam is hiermee maximaal gewaarborgd. Na het inbrengen van het implantaat moet de functionaliteit van het systeem direct getest worden.

3.5 REVALIDATIEFASE

In de revalidatiefase staat het leren gebruiken van en het leren horen met het CI centraal. Het betreft hier dus vooral de hoorontwikkeling en bij het kind specifiek ook de aanzet tot en/of continuering van taal- en spraakontwikkeling.

De centrale aspecten in de revalidatiefase zijn:

- het optimaal instellen van de spraakprocessor;
- het trainen van de hoorontwikkeling en spraakwaarneming bij volwassenen;
- en bij kinderen daarenboven het trainen, begeleiden en volgen van de gehele ontwikkeling en met name de taal-spraakontwikkeling.

Een aantal aspecten komt zowel in de revalidatie- als in de nazorgfase aan bod. Dit betreft:

3.5.1 De verificatie van het goed functioneren van het implantaat en de spraakprocessor met subjectieve en objectieve meetmethoden.

3.5.2 Het technisch onderhoud en up to date houden van de spraakprocessor

3.5.3 De evaluatie van het effect van de cochleaire implantatie op gehoorfunctie en, bij kinderen, de ontwikkeling van taal en spraak. Deze evaluatie gebeurt met psychofysische en subjectieve meetmethoden. De tijdstippen waarop de evaluatie plaatsvindt en een minimum set aan te gebruiken methoden zijn reeds gestandaardiseerd door het CI-ON. Dit mede met het oog op gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van de behandeling, de effecten van technische vernieuwingen op de behandelingen en veranderingen in de behandeling.

3.5.4 Begeleiding in het omgaan met doofheid, slechthorendheid en het hebben van een CI. Op indicatie het doorverwijzen naar de meest geschikte hulpverlening, als het team deze hulp zelf niet kan bieden. Bij de zorg voor kinderen is ten behoeve van de begeleiding van ouders en kind een nauwe samenwerking en afstemming

met de SGB van belang. Deze nauwe samenwerking is geborgd in een jaarlijks opgesteld samenwerkingsconvenant.

3.5.5 Adviseren, en zondig faciliteren, van ouders over de plaatsing in het regulier-, slechthorenden, of dovenonderwijs. Ook hier is samenwerking met de SGB van belang.

3.5.6 Adviseren, en zo nodig faciliteren, van ouders, onderwijsgevers en ambulante begeleiding over maatregelen ter optimalisering van de onderwijscondities, zoals het gebruik van aanvullende hoorhulpmiddelen en speciale cursussen. Ook hierin is samenwerking met de SGB van belang.

3.6 NAZORGFASE

De overgang van de revalidatiefase naar de nazorgfase is in de regel circa twaalf maanden na implantatie. De nazorgfase bij kinderen is zorgintensiever dan bij volwassenen, omdat frequenter contact en onderzoek nodig is, immers het kind is in ontwikkeling.

Deze fase bestrijkt het hele leven van een patiënt. Er is sprake van een cumulatieve last voor de CI-teams. Om deze in omvang groeiende taak te kunnen uitvoeren, moet er een afdoende personele bezetting van het team gerealiseerd worden. Hieronder worden de belangrijkste extra activiteiten in de nazorgfase ten opzichte van de revalidatiefase beschreven:

3.6.1 Beoordeling van de noodzaak tot vervanging van de spraakprocessor en zondig van het implantaat.

3.6.2 Informatievoorziening naar patiënt (en ouders) over nieuwe ontwikkelingen in de apparatuur en de mogelijke invloed daarvan op de reeds behaalde resultaten van behandeling.

3.6.3 Het adviseren in het gebruik van hulpapparatuur in combinatie met de CI afgestemd op iedere nieuwe omstandigheid en levensfase.

3.6.4 De begeleiding van de CI-gebruiker in het omgaan met de beperkingen van de CI en het inspelen op steeds weer nieuwe situaties en levensfasen.

4. HET CI-TEAM

4.1 SAMENSTELLING

Onderzoek en besluitvorming rondom cochleaire implantatie verloopt multidisciplinair. De brede samenstelling van het team is nodig om goede voorlichting te kunnen geven, om een goede afweging te kunnen maken over al dan niet implanteren en om de revalidatie en begeleiding na de implantatie te kunnen uitvoeren, beoordelen en sturen. De leden van het CI-team zijn bij voorkeur op één locatie werkzaam, om een optimale communicatie, uniformiteit in en afstemming van activiteiten te garanderen. Wel kunnen bepaalde secundaire werkzaamheden (reparaties en vervangingen) uitbesteed worden aan bijvoorbeeld een audicien, mits dit niet ten koste gaat van kwaliteit en toegankelijkheid. Een centrum voor cochleaire implantatie moet over een team met de volgende specialismen en expertise beschikken:

4.1.1 Klinisch fysisch-Audioloog: de audioloog heeft ruime ervaring met audiometrie en gehoorrevalidatie, bij zowel slechthorende kinderen als volwassenen. Hij kan de technische en functionele integriteit van het implantaat vaststellen, via elektrische metingen.

4.1.2 KNO-arts otoloog: de implanterend chirurg heeft ervaring in cochleaire implantatie met uitgebreide ervaring in de otologie en de audiologie. In een CI-team dat kinderen behandelt, is de chirurg ervaren in de pediatrische otologie.

4.1.3 Psycholoog of orthopedagoog: de psycholoog heeft ervaring in de psychologische gevolgen van slechthorendheid en (prelinguale en postlinguale) doofheid. In een CI-team dat kinderen behandelt, zit een ontwikkelingspsycholoog of orthopedagoog. De psycholoog kan de invloed van cochleaire implantatie inschatten op het psychisch welzijn en de ontwikkelingskansen van de patiënt.

4.1.4 Logopedist/hoorthérapeut: de hoorthérapeut beschikt over vaardigheden om de hoorontwikkeling te bepalen en te stimuleren en beheerst in ieder geval een basisniveau van gebarentaal. Per CI-team moet minimaal 1 persoon aanwezig zijn die een basisniveau van gebarentaal beheerst.

4.1.5 Een klinisch linguïst en/of spraak-taalpatholoog heeft de verantwoordelijkheid voor het vastleggen van de ontwikkelingsgegevens op basis waarvan verder beleid bepaald kan worden.

4.1.6 : De maatschappelijk werker bevordert het tot zijn recht komen van de cliënt in wisselwerking met zijn omgeving. Hij/zij heeft inzicht in het sociale systeem, betreffende alle voor de cliënt relevante levensgebieden welke CI-gerelateerd zijn. Hij onderhoudt goede contacten met betrokken instanties. Kennis en ervaring rond slechthorendheid, doofheid en cochleaire implantatie is vereist.

4.1.7 Technische ondersteuning: een functionaris heeft kennis van de processor en de spraakprocessoren. Hij verzorgt het onderhoud.

4.1.8 Administratieve ondersteuning: de administratieve ondersteuning organiseert en beheert de informatiestromen tussen het team en de patiënt, tussen de relevante omgeving van de patiënt en het team en ook binnen het team. De bereikbaarheid van het CI-team voor de patiënt vormt een belangrijk deel van de service naar de CI-gebruiker, naast het adequaat afhandelen van problemen rond de apparatuur. Van CI-centra mag worden verwacht dat vragen van CI-patiënten die via e-mail gesteld worden binnen één werkdag in behandeling worden genomen en dat CI-patiënten hierover bericht ontvangen.

4.2 CI-TEAM DESKUNDIGHEID EN ERVARING

Om de specifieke expertise van de leden van een CI-team op peil te houden, is het behandelen van een minimum aantal patiënten op jaarbasis een vereiste. Daarnaast garandeert een voorgeschreven aantal patiënten per jaar efficiënt gebruik van (dure) middelen, faciliteiten en diensten. Een CI-team dat per jaar een substantieel aantal patiënten met een CI revalideert, heeft de mogelijkheid om efficiënt te werken, en belangrijker, kan CI gebruikers hogere kwaliteit van zorg bieden door deze te groeperen naar leeftijd- of ontwikkelingsniveau. Het CI-ON stelt als norm een minimum aantal cochleaire implantaties per jaar (zie deel II kwaliteitsindicatoren). Dit minimum aantal is realistisch op basis van de huidig ingeschatte behoefte van kinderen en volwassenen en op basis van de jaarcijfers van alle CI-teams in Nederland. Voor een CI-team dat kinderen behandelt, geldt dat het steeds jonger worden van de CI-kandidaat consequenties met zich meebrengt. Dit vergt van het CI-team dat het een adequate vaststelling van het gehoorverlies kan doen en dat het een goede inschatting kan maken van de meerwaarde van een eventueel CI ten opzichte van conventionele hoortoestellen. De complexe implantaties bij cochleaire malformaties, zeker in combinatie met anatomische afwijkingen in het middenoor, vereisen ervaring. Het CI-team ontwikkelt protocollen daar waar dit van nut is voor het verhogen van de kwaliteit van zorg. Protocollen kunnen aangeboden worden aan CI-ON voor toepassing in andere CI-teams, maar zullen over het algemeen slechts lokaal toepasbaar zijn. Protocollen die voor alle CI-teams van belang zijn zullen worden opgenomen in de veldnorm.

4.3 REGISTRATIE

Alle patiënten die het CI zorgtraject al dan niet volledig doorlopen, worden geregistreerd in een gedetailleerde database. Er wordt een medische complicatieregistratie bijgehouden, gekoppeld aan de registratie van persoonsgegevens, gegevens over het CI zorgtraject en uitkomstmaten. Voorts is de registratie van zogenaamde “hard-” en “soft failures” van de door het CI-team gebruikte cochleaire implantaten vereist. Deze de dataregistratie is bedoeld voor een landelijke evaluatie en bespreking in CI-ON en worden gebruikt tijdens een visitatie.

4.4 SCHOLING

Om deskundigheid op peil te houden in het CI-team is scholing onontbeerlijk. Dit is noodzakelijk met oog op de complexiteit van zorg rond cochleaire implantaties, maar tevens met het oog op nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. Interne scholing wordt gerealiseerd door periodieke bijeenkomsten van het CI-team waarin een inhoudelijke verdieping plaatsvindt die niet direct patiëntgebonden is, maar gericht is op scholing. Externe scholing vindt plaats door jaarlijks bezoek aan binnen- en buitenlandse workshops, symposia en congressen op het gebied van cochleaire implantatie.

4.5 WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het Ministerie van VWS en het CI-ON onderstrepen het belang van wetenschappelijk onderzoek voor het verhogen van de kwaliteit van zorg rond CI. Het verrichten van onderzoek is in hoge mate afhankelijk van de data en het aantal patiënten waarover het centrum beschikt. Door het instellen van een minimum aantal CI patiënten op jaarbasis, wordt dit mede gewaarborgd. Van CI-teams wordt verwacht dat deze actief deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek door het autonoom verrichten hiervan en samenwerking te bevorderen door deelname aan de werkgroep wetenschappelijk onderzoek van het CI-ON.

4.6 VISITATIE

Ieder CI-team zal periodiek worden gevisiteerd. Lopende CI-teams worden één maal per 5 jaar gevisiteerd. In het geval van onderbreking van het kernteam (i.e. het opstappen van alle KNO-artsen en/of alle audiologen van een CI-team) zal d.m.v. een visitatie een controle op de continuïteit van de zorg binnen het team na 1 jaar plaatsvinden. Startende CI-teams worden protocollair gevisiteerd voorafgaand aan de daadwerkelijke start van het CI-team (dus vóórdat de eerste patiënt behandeld is) en 2 en 5 jaar na de start van het CI-team.

De samenstelling van de visitatiecommissie, visitatierichtlijnen en vorm van rapportage zijn vastgelegd in het CI-ON visitatiehandboek.

5. INBEDDING VAN ZORG DOOR HET CI-TEAM

5.1 BINNEN DE ZORGINSTELLING

Het zorgtraject voor cochleaire implantatie vindt plaats in een instelling die voorziet in alle aspecten die aan bod komen bij cochleaire implantatie. Primair betekent dit dat het CI-team deel uit maakt van een instelling waarin ook de hieronder genoemde disciplines aanwezig zijn die bij de zorg voor cochleaire implantatie geconsulteerd kunnen worden.

5.1.1 Een afdeling Radiologie, die een hoge kwaliteit van beeldvorming van het binnenoor kan leveren.

5.1.2 Een afdeling Kindergeneeskunde met mogelijkheid van Intensive Care voor kinderen is onmisbaar.

5.1.3 Een afdeling Anesthesiologie met kinderanesthesiologen.

5.1.4 Een afdeling Klinische Genetica: in toenemende mate bestaat de behoefte aan onderzoek naar een genetische achtergrond van de slechthorendheid en doofheid. Specifieke diagnoses van mutaties kunnen aanwijzingen geven over progressie van gehoorverlies, of problemen met de visus.

5.1.5 Een afdeling Kinderneurologie: Er is een toename van kinderen met complexe neurologische beelden die worden toegelaten tot de behandeling. Een voorbeeld hiervan is het kind met doofheid als gevolg van CMV.

5.1.6 Een afdeling Geriatrie: het aantal CI-gebruikers boven 75 jaar neemt toe. In deze groep patiënten kan zowel in de indicatiefase als later in het zorgtraject de hulp van een geriater onontbeerlijk zijn.

5.2 BUITEN DE ZORGINSTELLING

Een CI-team dat kinderen behandelt, moet goede werkrelaties hebben met de andere instellingen die de CI-gebruiker zorg en/of begeleiding en/of onderwijs bieden. Dit betreft de centra voor Gezinsbegeleiding, scholen voor cluster II-onderwijs en diensten voor Ambulante Begeleiding vanuit het cluster II-onderwijs. Voor volwassenen met multiple of psychiatrische problematiek dienen ook werkrelaties opgebouwd te worden met de relevante andere zorgverleners of begeleiders. Deze werkrelaties buiten de zorginstelling moeten een duidelijke structuur hebben, die bij voorkeur in een convenant is vastgelegd. In dit convenant worden de werkzaamheden van deze instellingen en van het CI-team op elkaar afgestemd, zodat adequate informatiestromen over en weer zijn gegarandeerd. Verder moet een CI-team samenwerken met de andere CI-teams in Nederland, door deelname aan het CI-ON.

5.2.1 Elk CI-team maakt afspraken met de hierboven genoemde instellingen die de individuele CI-gebruikers van een CI-team zorg, begeleiding en/of scholing bieden. Deze afspraken betreffen het beleid van onderlinge informatiestromen en de verantwoordelijkheid voor en afstemming van activiteiten.

5.2.2 De informatie uitwisseling betreft de fase van aanmelding en indicatiestelling en de pre- en direct postoperatieve periode. Daarna volgt informatie uitwisseling over de afregelingen, over de ontwikkeling van het horen en de communicatieve vaardigheden, over het sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren. Bij kinderen betreft het ook specifieke informatie uitwisseling over de ontwikkeling van receptieve en productieve taalvaardigheid, in gesproken taal en/of gebarentaal.

5.2.3 Afstemming van activiteiten, zodat er met name bij de evaluatie van het functioneren van het kind en de ontwikkeling daarvan geen doublures in activiteiten plaatsvinden, maar ook geen lege plekken ontstaan.

5.2.4 Op landelijk niveau vindt jaarlijks overleg plaats van CI-ON met de landelijke koepel van instellingen voor gezinsbegeleiding en met het patiëntenplatform, OPCI. Mochten zich nog andere landelijke platforms aanbieden, dan wordt hun positie jegens CI-ON in een onderling overleg bepaald. Besprekingen op dit niveau betreffen onderlinge informatie uitwisseling, formulering van wensen over afstemming en inhoud van elkaars activiteiten en de argumenten daarvoor. Op het niveau van een CI-team is periodiek contact met de patiëntenverenigingen dan wel met het patiëntenplatform OPCI wenselijk.

DEEL II: KWALITEITSINDICATOREN

COCHLEAIRE IMPLANTATIE

KWALITEITSINDICATOREN CI

In dit deel worden kwaliteitsindicatoren genoemd, waarvoor de argumentatie in deel I beschreven is. De volgorde van deze indicatoren is niet hetzelfde als die van de argumentatie in Deel I, maar is meer top-down gestructureerd.

I. Het gehele zorgtraject moet door één en hetzelfde CI-team uitgevoerd worden, bepaalde secundaire werkzaamheden kunnen uitbesteed worden, aan bijvoorbeeld een audicien, mits dit niet ten koste gaat van kwaliteit en toegankelijkheid. Alle in Deel I van dit stuk beschreven aspecten van het zorgtraject moeten aan bod komen. De zorg rond CI valt onder de aanspraak van medisch specialistische zorg, die wordt uitgevoerd door een multidisciplinair samengesteld team. Het behandelend CI-team blijft, ook bij uitbesteding van secundaire werkzaamheden (reparaties en vervangingen), eindverantwoordelijk voor de zorg rond CI. Minimaal één keer per maand vindt er een teamoverleg plaats, waarbij alle disciplines aanwezig zijn en patiënten worden besproken. Naast deze reguliere besprekingen, is direct contact tussen de diverse disciplines aantoonbaar gewaarborgd, voor de continuïteit van zorg voor de individuele patiënt.

II. Het CI-team biedt zorg aan de gehele CI populatie, kinderen en volwassenen, of alleen aan postlinguaal dove volwassenen. Het team dat ook kinderen behandelt, is hiertoe uitgerust. Hieronder wordt, waar nodig, onderscheid gemaakt tussen CI-teams die alleen post-linguaal dove volwassenen behandelen, en CI-teams die tevens kinderen, patiënten tot en met de leeftijd van 18 jaar en prelinguaal dove volwassenen behandelen.

III. Elk CI-team beschikt standaard over minimaal twee klinisch fysicus-audiologen met ruime ervaring in audiologie, conventionele gehoorrevalidatie en CI-zorg. Het CI-team dat alleen postlinguaal dove volwassenen behandelt, beschikt over minimaal twee KNO-artsen met ervaring in cochleaire implantatie. Voorts maakt minimaal 1 revalidatietherapeut deel uit van dit team. Elke KNO-arts opereert een minimum van vijftien patiënten per jaar.

In een CI-team dat tevens kinderen behandelt, hebben de klinisch fysicus-audioloog en de KNO-arts uitgebreide ervaring in de pediatrische audiologie, respectievelijk complexe pediatrische otologie. Voorts bestaat het CI-team uit tenminste een psycholoog met ervaring in de psychologische gevolgen van slechthorendheid en (prelinguale en postlinguale) doofheid, een logopedist/hoorthérapeut, een maatschappelijk werker en een administratief medewerker. Daarnaast is ook een klinisch linguïst/spraaktaal patholoog of gespecialiseerde logopedist aangesteld. Zowel de hoorthérapeut/logopedist als de klinisch linguïst die in een dergelijk CI-team aangesteld zijn, zijn ervaren in NmG.

IV. Het CI-team is ingebed in een structuur bestaande uit een KNO-afdeling en een Audiologisch Centrum, waar gezamenlijk gespecialiseerde zorg (zowel diagnose, therapie als revalidatie) wordt aangeboden aan zowel matig slechthorenden als aan zeer ernstig slechthorenden. Het Audiologisch Centrum moet voldoen aan de kwaliteitsnormen gesteld door de FENAC.

V. Indicatiestelling vindt plaats op basis van het geheel der onderzoeken: medisch, algemeen, radiologisch, audiologisch onderzoek, evenwichtsonderzoek, psychologisch onderzoek, onderzoek naar spraak- en taalvaardigheid en psychosociaal onderzoek. Patiënten krijgen een positief advies over cochleaire implantatie indien zij voldoen aan de geldende inclusie- en exclusiecriteria en er meerwaarde mag worden verwacht van een CI ten opzichte van een conventioneel hoortoestel.

VI. Het CI-team belegt periodiek (tenminste eenmaal per maand) een multidisciplinair overleg waarin voor elke nieuwe patiënt een bespreking plaatsvindt over definitieve advisering en ook, bij bijzonderheden, de voortgang van reeds geïmplanteerde patiënten besproken worden. Naast deze reguliere besprekingen is het direct contact tussen de diverse disciplines aantoonbaar gewaarborgd, ten bate van de continuïteit van de zorg voor de individuele patiënt.

VII. Het CI-team is ingebed in een zorginstelling met afdelingen Radiologie, Kindergeneeskunde (incl. Kinder-IC), Anesthesiologie (incl. Kinder-anesthesiologen), Klinische Genetica, Kinderneurologie en Geriatrie.

VIII. Het CI-team heeft een goede werkrelatie met de andere instellingen die de CI-gebruiker zorg en/of begeleiding en/of onderwijs bieden. Het CI-team dat kinderen behandelt heeft daarnaast een nauwe, structurele en geformaliseerde samenwerkingsrelatie met een gezinsbegeleidingsdienst. Deze werkrelaties zijn vastgelegd in de vorm van een convenant.

IX. Het CI-team is vertegenwoordigd in CI-ON en werkt actief mee in minimaal twee werkgroepen van CI-ON en aan de landelijke productieregistratie door het secretariaat van CI-ON.

X. Het CI-team behandelt op jaarbasis minstens dertig nieuwe patiënten met een CI. Hiervan zijn voor CI-teams die tevens kinderen behandelen, minimaal acht kinderen met een leeftijd beneden de twaalf jaar. Bij de beoordeling van een bestaand CI-team kan de geografische ligging en de wenselijkheid van zorg dicht bij huis een argument vormen voor afwijking van de normen voor kinderen. Echter, in dat geval moet het CI-team bij visitatie op alle lagen van het zorgtraject aantonen hoe de kwaliteit wordt geborgd. Lopende CI-teams worden één maal per 5 jaar gevisiteerd. In het geval van onderbreking van het kernteam (i.e. het opstappen van alle KNO-artsen en/of alle audiologen van een CI-team) zal d.m.v. een visitatie een controle op de continuïteit van de zorg binnen het team na 1 jaar plaatsvinden. Het CI team waar het kernteam is onderbroken dient zich zelf te melden bij het CI-ON voor her-visitatie.

XI. Een startend CI-team moet in het startjaar tenminste vijftien patiënten, in het tweede jaar tenminste twintig en in het vijfde jaar tenminste dertig nieuwe patiënten behandelen. Het startend CI-team behandelt in de eerste jaren alleen volwassenen. Voor een startend CI-team vindt intensieve visitatie plaats. Het startende CI-team wordt protocollair gevisiteerd voorafgaand aan de daadwerkelijke start van het CI-team (dus vóórdat de eerste patiënt behandeld is) en 2 en 5 jaar na de start van het CI-team. Het verrichten van cochleaire implantaties bij kinderen is voorbehouden aan CI-teams die daar volledig toe zijn uitgerust en reeds enkele jaren ervaring hebben in het behandelen van volwassenen.

XII. In de revalidatiefase, het eerste jaar na inschakeling CI, moet het CI-team bij kinderen in totaal minimaal 35 uur, en bij volwassenen in totaal minimaal 35 uur direct contact met de patiënt hebben. In de daarop volgende nazorgfase moet het CI-team tijdig een nieuwe processor aanbieden voor zover het vergoedingssysteem dat toelaat, met aansluitend de mogelijkheid voor hoorrevalidatie. De patiënt moet aangemoedigd worden bij enige terugval, of andere beperking, tussentijds terug te komen voor afregelingen en/of revalidatiebegeleiding. Het CI team draagt zorg voor voldoende capaciteit om aan dergelijke plotselinge zorgvragen tegemoet te komen. Het CI team is onder kantooruren goed bereikbaar om binnen twee werkdagen een oplossing te bieden bij technische calamiteiten". Het CI-team zal binnen 1 werkdag reageren op vragen van CI-patiënten die via e-mail gesteld worden (waarbij een reactie ook kan zijn dat een vraag in behandeling is genomen).

De revalidatie- en nazorgfase voor prelinguaal dove kinderen zijn door het CI-ON nauwkeurig beschreven (zie bijlage).

XIII. Het CI-team onderhoudt een databank met patiëntengegevens die de minimum dataset omvat, zoals gedefinieerd door de werkgroep Wetenschappelijk Onderzoek van het CI-ON. Aan deze databank moet ook een medische complicatieregistratie gekoppeld zijn. Het CI-team registreert de zogenaamde “hard” en “soft failures” van de geplaatste cochleaire implantaten.

XIV. Het CI-team houdt periodieke bijeenkomsten voor het team voor deskundigheidsbevordering en scholing. Minimaal eenmaal per jaar bezoeken medewerkers van het CI-team een binnenlands/buitenlands symposium of congres met CI als aandachtsgebied.

XV. Het CI-team verricht actief wetenschappelijk onderzoek. Dit moet blijken uit wetenschappelijke publicaties en voordrachten voor wetenschappelijke bijeenkomsten en congressen.

XVI. Het CI-team werkt mee aan periodieke visitatie door de visitatiecommissie van het CI-ON zoals omschreven in het visitatiehandboek. Alle hierboven genoemde indicatoren, voortvloeiend uit deel I worden getoetst. De visitatie moet leiden tot een erkenning van het CI-team door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.

XVII. De onderliggende structuur van de KNO-afdeling en het audiologisch centrum van een startend CI-team moet uitgebreide ervaring hebben met diagnostiek en revalidatie van slechthorende neonaten (minimaal veertig), kinderen (minimaal veertig) en volwassenen.

XIX Het CI-team ontwikkelt protocollen daar waar dit van nut is voor het verhogen van de kwaliteit van zorg. Protocollen kunnen aangeboden worden aan CI-ON voor toepassing in andere CI-teams.

BIJLAGE: VISITATIE HANDBOEK

ACHTERGROND

CION

Cochleaire implantatie is een medische behandeling voor zeer ernstig slechthorenden en doven. De zorg rondom cochleaire implantatie wordt in Nederland geboden door CI-teams. Door de gezamenlijke CI-teams is een werkgroep gevormd met de naam CI-Overleg Nederland (CION). CION functioneert als een werkgroep van de Nederlandse Vereniging voor Keel, Neus en Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd Hals Gebied. De kwalitatieve normen waaraan de zorg rond cochleaire implantatie moet voldoen zijn opgenomen in een veldnorm. Deze veldnorm is tot stand gekomen na intensief overleg met alle in 2008 bestaande CI teams, verenigd in het CI-ON, de verenigingen van slechthorenden en doven en van ouders van dove en slechthorende kinderen, verenigd in het OPCI (Onafhankelijk Platform CI) en de Landelijke Beleidscommissie Gezinsbegeleiding dove kinderen (LGB). In 2013 is deze veldnorm door CION, het OPCI en de LGB gereviseerd. Zodoende is deze veldnorm in overeenstemming met de relevante veldpartijen zoals gedefinieerd door de minister van VWS. In de veldnorm is aangegeven dat CI-teams op reguliere basis gevisiteerd worden.

VISITATIE

Visitatie is 'een intercollegiale doorlichting van de organisatie van het zorgverleningsproces op locatie'. Daartoe gaan een aantal beroepsgeenoten bij elkaar op 'visite' om te zien hoe met name de zorgverlening in de betreffende praktijk is georganiseerd. Een visitatie bestaat uit een rondleiding en enkele gesprekken. Deze gesprekken vinden in vertrouwelijke sfeer plaats. De gesprekspartners zijn personen die nauw met de gevisiteerden samenwerken. Ter afsluiting geven de visiteurs hun feedback en doen zij suggesties ter verbetering.

De visitatiecommissie beoordeelt o.a. de wijze waarop en de omstandigheden waaronder het vak wordt uitgeoefend. De visiteurs beoordelen niet de individuele functionarissen maar beoordelen het functioneren van de discipline als zodanig. De nadruk ligt op de evaluatie van het zorgproces, het professioneel functioneren, de structuur en randvoorwaarden.

VISITATIENORMEN

Voor de visitatie van CI teams worden normen gebruikt. Dit zijn o.a. :

- Wettelijke regelingen en rechtspraak
- Normen van de betreffende beroepsverenigingen
- De veldnorm cochleaire implantatie

De CION veldnorm is de belangrijkste leidraad bij de visitatie van CI teams. Deze veldnorm geeft kwalitatieve normen voor de specifieke zorg rond cochleaire implantatie. Nieuwe inzichten en veranderingen in regelgeving, de gezondheidszorg en technische vooruitgang kunnen de veldnorm op sommige punten echter achterhaald maken. In dat geval kan, op die punten, de veldnorm niet dienen als visitatienorm. In het visitatierapport dient dit dan duidelijk te worden aangegeven en dient te worden beargumenteerd waarom de gehanteerde werkwijze gelijk is aan of beter is dan die beschreven in de veldnorm. Hierbij wordt uitdrukkelijk opgemerkt dat dit uitzonderingen betreffen en dat vermeden moet worden dat er discussies ontstaan tussen het CI team en de visitatiecommissie over de visitatienormen. In het uiterste geval beslist de algemene vergadering van CION wat op dat moment de norm voor verantwoorde zorg is, mocht de veldnorm geen uitkomst bieden. Fundamentele wijzigingen en/of afwijkingen van de veldnorm worden bovendien twee maal per jaar besproken

tijdens de ALV van het CION. Op deze manier zal worden getracht de veldnorm zo up to date mogelijk te houden.

FREQUENTIE EN VOLGORDE VAN VISITATIES

Ieder CI team wordt eens per vijf jaar gevisiteerd. In 2014 zullen de eerste visitaties plaatsvinden. Een startend team dient zo snel mogelijk te worden gevisiteerd, en vervolgens na twee jaar. De volgorde van visitaties van de CI-teams:

- UTRECHT
- ROTTERDAM
- GRONINGEN
- AMSTERDAM AMC
- NIJMEGEN
- LEIDEN
- AMSTERDAM VUMC
- MAASTRICHT

DE VISITATIECOMMISSIE

SAMENSTELLING

Bij de samenstelling van de visitatiecommissie wordt uitgegaan van de verschillende aspecten van het CI-traject: de medische diagnostiek en ingreep, de audiologische diagnostiek en zorg, de logopedische/linguïstische diagnostiek en begeleiding, de psychosociale diagnostiek en begeleiding en de samenwerking met gezinsbegeleiding en scholen. Om deze aspecten op de inhoud te kunnen beoordelen is een brede visitatiecommissie vereist. De visitatiecommissie bestaat minimaal uit

- een KNO-arts (voorzitter)
- een klinisch fysisch-audioloog
- een linguïst/logopedist/spraak-taalpatholoog
- een psycholoog/orthopedagoog/maatschappelijk werker

SCHOLING/CONTINUÏTEIT VAN DE VISITATIECOMMISSIE

Met het oog op de continuïteit van kwaliteit en de standaardisering van de visitaties worden er eisen gesteld aan de leden van de visitatiecommissie:

- er is een poule met 2 voorzitters en 2 secretarissen om de regio's onderling te kunnen verdelen. Per visitatie zal de samenstelling van het visitatie team wisselen.
- een visitatiecommissie bestaat bij een visitatie uit minimaal uit twee vaste leden: een vaste voorzitter (KNO arts, actief binnen een lokaal CI-team) en een vaste secretaris (uit een andere willekeurige discipline).
- de vaste commissieleden zijn bekend
- voor de overige, niet vaste, deelnemers in de commissie wordt een poule gemaakt van roulerende CI-teamleden, uit andere disciplines dan die van voorzitter (KNO) en de secretaris.
- de vaste commissieleden moeten ervaring hebben in zowel inhoudelijke werkzaamheden binnen een CI-team als in het uitvoeren van visitaties dan wel het voeren van voorzitterschap
- een roulerend commissielid moet een aantal jaren ervaring hebben in inhoudelijke werkzaamheden binnen in een CI-team

VERTEGENWOORDIGING GEZINSBEGELEIDINGSDIENSTEN EN PATIËNTENORGANISATIES

Gezinsbegeleidingsdiensten en de patiëntenorganisaties zijn belangrijke gesprekspartners voor de CI-teams en het CI-ON. De gezinsbegeleidingdiensten en patiëntenorganisaties zijn echter geen onderdeel van de CI-teams en hun rol is dus per definitie niet intercollegiaal. Ze maken daarom geen deel uit van de visitatiecommissie. Het belang van zowel de gezinsbegeleidingsdiensten als de patiëntenorganisaties voor kwalitatieve goede CI zorg is groot en ze hebben daarom wel een belangrijke en formele rol binnen de visitatie. Daarom voert de visitatiecommissie zowel een gesprek met patiënten of vertegenwoordigers van patiënten (OPCI) én met gezinsbegeleidingsdiensten die patiënten begeleiden die zorg uit het gevisiteerde CI team ontvangen. De samenwerking met gezinsbegeleidingsdiensten is vastgelegd binnen een convenant.. OPCI zorgt voor de vertegenwoordiging van patiënten en patiëntenorganisaties. Om goed zicht te krijgen op het actuele functioneren van het CI team wordt de voorkeur gegeven aan patiënten die recent zijn geïmplanteerd.

VOORBEREIDING

De volgende documenten worden naar de visitatiecommissie gestuurd. Toelichting is daarbij niet vereist:

- teamsamenstelling
- protocollen
- folders/brochures
- overzicht scholingsactiviteiten
- lijst met relevante publicaties/presentaties

Daarnaast:

- lijst met kwaliteitsindicatoren uit de veldnorm. Bij ieder criterium dient te zijn aangegeven of het CI team aan het criterium voldoet en waar dit uit blijkt. Indien het CI team niet aan een criterium voldoet dient te worden aangegeven waarom er niet aan wordt voldaan en zo nodig welke verbeteracties zijn geformuleerd en wanneer deze geëffectueerd zullen zijn.
- zelfreflectie: van het te visiteren CI team wordt verwacht dat zij hun eigen functioneren evalueren, voorafgaand aan de visitatie. De veldnorm is hierbij leidend. Van CI-teams wordt verwacht dat zij per kwaliteitsindicator aangeven wat de stand van zaken is. Deze zelfreflectie moet leiden tot een overzicht van verbeterpunten dat aan de commissie wordt aangeleverd voorafgaand aan de visitatie.

HET PATIËNTENPERSPECTIEF

Patiëntenfeedback wordt op twee manieren verkregen. Patiënten worden gevraagd een patiëntenenquête in te vullen waarin patiënten hun oordeel geven over aspecten van de zorgverlening. Daarnaast heeft de visitatiecommissie een gesprek met een aantal patiënten of vertegenwoordiging van de patiënten (OPCI). Hiermee krijgt de visitatiecommissie een indruk van de mening van patiënten over het CI team.

In totaal worden er 30 vragenlijsten verstuurd. Deze vragenlijsten worden verstuurd door het te visiteren CI-team en worden voorzien van een begeleidende brief waarop naast het logo van het CI-ON ook het logo van de OPCI staat. Doel is om een indruk te krijgen van het selectietraject, het revalidatietraject en de nazorg.

Vragenlijsten worden verstuurd aan:

- 10 eerst geïmplanteerde volwassenen in het jaar van visitatie (indien dit aantal minder dan 10 is dan aanvullen met patiënten van een jaar eerder)
- 10 eerst geïmplanteerde volwassenen van een jaar eerder
- Ouders/verzorgers van de 5 eerst geïmplanteerde kinderen in het jaar van visitatie (indien dit aantal minder dan 5 is dan aanvullen met patiënten van een jaar eerder)
- Ouders/verzorgers van de 5 eerst geïmplanteerde kinderen van een jaar eerder

De vragenlijsten worden middels een gefrankeerde antwoordenvolpde geretourneerd aan de visitatiecommissie. De geretourneerde vragenlijsten worden door de visitatiecommissie in een Excel bestand ingevoerd (standaard format) waarbij per vraag de gemiddelde uitkomst, de maximale score en minimale score zichtbaar is. Daarnaast worden per vraag de opmerkingen weergegeven.

VISITATIEDAG

De commissie bereidt voorafgaand aan het bezoek de visitatie voor aan de hand van het aangeleverd materiaal. Tijdens het visitatiebezoek destilleert zij haar informatie uit de gesprekken, de rondgang door de praktijk, observaties, de patiëntendossiers en eventueel aanvullende documenten. De visitatiecommissie heeft ook aandacht voor de interne communicatie in het CI team. Een specifieke vragenlijst (vergelijkbaar met de QuickScan) kan voor dit doel worden ontwikkeld.

Voor het visitatiebezoek wordt een volledige dag uitgetrokken. Tijdens deze dag vinden inhoudelijke gesprekken plaats met vertegenwoordigers van twee typen disciplines; medisch- technische en gedragswetenschappelijke disciplines. Ook wordt informatie verkregen in een gesprek met het management. Bovendien wordt er gesproken met vertegenwoordigers van de belangenvereniging en met de betreffende gezinsbegeleidingsdiensten.

Per gesprek wordt getracht het aantal aanwezigen relatief laag te houden (maximaal 6-10 personen). Ook bij de terugkoppeling van de dag is slechts een deel van het team (6-8 personen) aanwezig. Het CI-team dient zijn uiterste best te doen om alle disciplines aanwezig te laten zijn bij de visitatie. In ieder geval moet er een KNO-arts, klinisch fysicus-audioloog en logopedist aanwezig zijn. Indien mogelijk krijgt de commissie een vaste ruimte toegewezen. De commissie verzorgt zelf de notulen.

Het visitatieprogramma is als volgt:

10:00	Welkom
10:15-11:00	Voorbespreking door visitatiecommissie
11:00-11:45	Gesprek met logopedisten, linguïsten, psychologen en maatschappelijk werker betrokken bij zorg kinderen
11:45-12:15	Gesprek met vertegenwoordigers van gezinsbegeleidingsdiensten waarvan kinderen in de zorg van CI team zijn
12:15-12:30	Rondleiding
12:30-13:00	Lunch en overleg visitatiecommissie
13:00-13:30	Gesprek met logopedisten, linguïsten, psychologen en maatschappelijk werker betrokken bij zorg volwassenen
13:30-14:00	Gesprek management van het CI team
14:00-14:15	Overleg visitatiecommissie
14:15-14:45	Gesprek (regionale) vertegenwoordiging OPCI
14:45-15:30	Gesprek KNO-artsen en audiologen
15:30-16:00	Overleg visitatiecommissie
16:00-16:30	Mondelinge terugkoppeling aan CI-team

HET VISITATIERAPPORT

Na alle voorbereidende activiteiten en de visitatiedag worden de bevindingen door de visitatiecommissie beschreven in het visitatierapport. Het visitatierapport is een feitelijke weergave van de werkelijkheid zoals de commissie deze heeft aangetroffen, getoetst aan de hand van objectieve vastgelegde criteria.. De bevindingen en conclusies worden zo specifiek en genuanceerd mogelijk beschreven. Op basis van de beoordeling zullen voorwaarden gesteld worden, of zwaarwegende adviezen en aanbevelingen gegeven worden. Het visitatierapport heeft een vast format:

- Titelblad
- Samenvatting
- Algemene informatie CI-team
- Zelfanalyse:
 - Kwaliteitstoetsing op basis van de kwaliteitsindicatoren uit de veldnorm CI
 - Kwaliteitstoetsing functioneren CI team op basis van zelfevaluatie
- Samenvatting van de gevoerde gesprekken
- Presentatie van de enquête resultaten
- Conclusies
- Beschrijving van eventuele voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen

- Reactie van het gevisiteerde CI-team op het rapport

VOORWAARDEN, ZWAARWEGENDE ADVIEZEN EN AANBEVELINGEN

Als uitvloeisel van een afgelegde visitatie worden aan het eind van het verslag een aantal adviezen geformuleerd. Deze worden onderscheiden in drie categorieën met verschillende zwaarte.

- Voorwaarde:
Een voorwaarde wordt gesteld wanneer er tijdens de visitatie een tekortkoming is vastgesteld van zorginhoudelijke of organisatorische aard binnen het CI team, waardoor er een directe bedreiging bestaat voor de veiligheid en kwaliteit van de patiëntenzorg. Het CI team krijgt dan een onvoldoende beoordeling en er dient een traject te worden uitgestippeld leidende tot hervisitatatie. Indien een voorwaarde gesteld wordt, dan dient dit gemeld te worden bij het afdelingshoofd. Deze dient binnen een maand terug te komen bij de visitatiecommissie met een plan van aanpak hoe de tekortkoming, geconstateerd tijdens de visitatie, opgelost zal worden
- Zwaarwegend advies:
Van een zwaarwegend advies is sprake wanneer er situaties binnen het primaire zorgproces worden geconstateerd welke niet in overeenstemming zijn met de geldende kwaliteitsnormen. Bij een visitatie kunnen maximaal twee zwaarwegende adviezen worden geaccepteerd anders is er sprake van een onvoldoende beoordeling van het CI team. Wanneer het er meer zijn kan zonodig worden besloten tot hervisitatatie over te gegaan.
- Aanbeveling:
Aanbevelingen betreffen suggesties tot verbetering van efficiency of kwaliteit van zorg, waarbij de huidige situatie als acceptabel kan worden aangemerkt binnen de geldende kwaliteitsnormen. Er bestaat geen limiet in het aantal aanbevelingen dat mag worden uitgebracht. Bij een volgende visitatie zal uitgebreid worden stilgestaan bij het verbetertraject dat gevolgd is naar aanleiding van deze aanbevelingen.

HERVISITATIE

Nadat het CI team op de hoogte is gesteld van de onvoldoende beoordeling en de noodzakelijke verbeterpunten (voorwaarden), dient het CI team binnen één jaar een plan van aanpak te presenteren en vind er binnen twee jaar een hervisitatatie plaats.

Het stafbestuur en de Raad van Bestuur van het ziekenhuis van het te hervisiteren CI team zal schriftelijk op de hoogte worden gesteld van de hervisitatatie. De hervisitatatie heeft als doel te controleren of aan de gegeven voorwaarden en zwaarwegende adviezen bij de voorafgaande kwaliteitsvisitatie is voldaan. Tevens vindt herbeoordeling plaats van de overige tekortschietende aspecten welke als aanbevelingen werden geformuleerd.

Hervisitatatie geschiedt in principe door andere visitateurs dan die van de oorspronkelijke (tot hervisitatatie geleid hebbende) visitatie. Indien de bevindingen bij deze hervisitatatie wederom onvoldoende zijn, is het oordeel gestoeld op de mening van 2 verschillende visitatiecommissies, waarmee de onafhankelijkheid van het oordeel wordt onderstreept.

Het dagprogramma van de hervisitatatie kan afwijken van het programma van de eerdere visitatie omdat de aandacht zich primair richt op de tekortschietende aspecten. Daarnaast zal er bij de hervisitatatie een gesprek plaatsvinden met het hoofd van de KNO afdeling en een lid van de Raad van bestuur.

TIJDSPAD VISITATIE

>4 maanden voor visitatie	Vastleggen datum (waarbij geldt dat na vaststellen van de datum geen uitstel meer mogelijk is)
8 weken voor visitatie	Versturen patiëntenenquête
4 weken voor visitatie	Visitatiecommissie ontvangt alle documenten en vaststelling dagprogramma
Visitatie	
4 weken na visitatie	Concept visitatieverslag toesturen aan CI team
6 weken na visitatie	Reactie CI team op verslag
8 weken na visitatie	Definitieve verslag versturen aan CI team, afdelingshoofd, CION bestuur, bestuur KNO vereniging Samenvatting van het verslag versturen aan OPCl

BEZWAAR- EN BEROEPSMOGELIJKHEDEN

Indien het gevisiteerde CI team het oneens is met de inhoud van het visitatierapport dan kan het team bezwaar maken bij het CI-ON. Het bezwaar wordt behandeld tijdens de ALV. Indien de ALV het bezwaar gegrond acht dan zal zij besluiten het visitatierapport aan te passen. De afgevaardigde van het gevisiteerde CI team in de ALV heeft geen stem bij de behandeling van het bezwaar.

VERTROUWELIJKHEID

Het visitatierapport is een verslag van de visitatie door terzake deskundigen en heeft een collegiaal en vertrouwelijk karakter (evenals de visitatie zelf). Het collegiaal vertrouwelijke karakter houdt in dat het rapport slechts wordt toegestuurd aan het gevisiteerde CI team, afdelingshoofd en het bestuur van de KNO vereniging. Het besluit om het rapport al dan niet aan 'derden' te laten lezen kan alleen door de verantwoordelijken van het gevisiteerde team worden genomen. Als er geen gebruik van de bezwaarprocedure wordt gemaakt (max 3 maanden) wordt de samenvatting van het visitatierapport openbaar en geeft aan of het CI team naar het oordeel van CION aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg voldoet. Als er wel gebruik wordt gemaakt van de bezwaarprocedure, dan wordt de samenvatting van het visitatierapport niet openbaar gemaakt.