



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
Paramedische Zorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen

www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. Dr. M. Stam
zoor@zinl.nl

Onze referentie
2023033002

2023033002

Datum 1 december 2023
Betreft Aanbieding Verbetersignalement *Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen - Onderweg naar passende hoorzorg*

Geachte heer Kuipers,

Hierbij ontvangt u het verbetersignalement over passende hoorzorg. Het verbetersignalement vloeit voort uit het programma Zinnige Zorg waarmee het Zorginstituut in opdracht van uw ministerie systematisch onderzoek doet naar de samenstelling en toepassing van zorg in het verzekerde pakket. De bevindingen over de hoorzorg manen tot actie. Het betreft een groot maatschappelijk vraagstuk, waarvan een deel zich bevindt op het uitdagende snijvlak van commercie en zorg.

Groot maatschappelijk belang van passende hoorzorg

Ongeveer 1 miljoen mensen in Nederland leven met slechthorendheid. Perceptief gehoorverlies is een vorm van slechthorendheid die wordt veroorzaakt door schade aan het binnenoor. Het geluidssignaal wordt niet goed doorgegeven aan de hersenen. Slechthorendheid is een chronische aandoening die voor veel mensen diep ingrijpt op hun functioneren en kwaliteit van leven. De maatschappelijke impact is groot: slechthorendheid zorgt vaak voor hoger werkverzuim, eenzaamheid en beperkt veel mensen in hun sociale participatie. Met passende hoorzorg kunnen we bijdragen aan de gezondheid en maatschappelijke deelname van slechthorenden. Onder passende hoorzorg verstaan we zorg die werkt, waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen over hoorzorg op maat, dichtbij huis waar het kan en verder weg als het moet, en gericht op het functioneren van mensen.

Conclusies verbetersignalement

Het Zorginstituut concludeert dat op dit moment slechthorenden niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om optimaal te functioneren in de maatschappij. Passende hoorzorg bestaat namelijk uit meer dan het technisch compenseren van gehoorverlies met bijvoorbeeld een hoortoestel. Denk aan psychosociale hulpverlening of communicatietraining.

Ook zijn partijen meerdere afspraken over de verstrekking van hoorhulpmiddelen nog niet nagekomen. Zo is de database van hoortoestellen die tot het verzekerde pakket behoren niet up-to-date. Ook is de informatie in deze database niet toegankelijk voor verzekerden. In de audicienspraktijk wordt niet altijd genoeg tijd en aandacht besteed aan het goed instellen van het hoortoestel. Er is praktijkvariatie tussen audiciens in de geboden nazorg na het verstrekken van hoortoestellen.

Het verbeteringsignalement focust op drie thema's waar verbetering nodig is:

1. *Meer integrale en persoonsgerichte hoorzorg.*

Integrale hoorzorg gaat over drie componenten die in samenhang overwogen moeten worden. Hiervoor zijn o.a. een multidisciplinaire zorgstandaard en uitwisseling van informatie tussen audiciens- en huisartsenpraktijken nodig.

2. *Verbeteren van de hoorhulpmiddelenzorg.*

Betere afspraken over het proces rondom de aanschaf, het instellen, evalueren en de nazorg van hoortoestellen. Zo kunnen slechthorenden die redelijkerwijs zijn aangewezen op verzekerde zorg een geschikt hoortoestel vinden binnen de basisverzekering én bijbehorende zorg en nazorg krijgen.

3. *Verbeteren van de voorlichting.*

Betere voorlichting voor slechthorenden over de hoorzorg die zij nodig hebben. Zo kunnen zij goed geïnformeerde keuzes maken en zelf actiever om hulp vragen.

Zorginstituut Nederland
Paramedische Zorg

Datum
1 december 2023

Onze referentie
2023033002

Vervolgstappen voor alle partijen

In het verbeteringsignalement staat een aanpak beschreven hoe alle partijen in 2024 en 2025 aan de slag gaan met meer dan 20 verbeteracties. Het realiseren van de verbetermogelijkheden is aan de partijen in de zorg. Betrokken partijen hebben in hun reactie aangegeven dat zij de verbetermogelijkheden op hoofdlijnen onderschrijven. De meeste partijen hebben toegezegd hun bijdrage aan verbeteringen te gaan leveren, via veelal bestaande initiatieven.

Het Zorginstituut heeft bij het vervolgtraject vooral een monitorende rol. Wij brengen partijen bij elkaar, stimuleren onderlinge samenwerking en volgen proactief het proces en de realisatie van de verbeteringen. Dat ziet er als volgt uit:


- We vragen halfjaarlijks voortgangsrapportages op bij de partijen die als regiehouder staan beschreven, en koppelen daarover terug aan alle partijen.
- We rapporteren de algehele voortgang jaarlijks aan de minister van VWS.
- We monitoren de ontwikkeling van de kosten voor de *Zorgverzekeringswet*. Nadat partijen nadere afspraken hebben gemaakt over persoonsgerichte hoorzorg en er meer inzicht is over de geleverde zorg in de praktijk, zou het Zorginstituut een kosteninschatting kunnen maken van passende hoorzorg.

Over twee tot drie jaar na publicatie van het verbeteringsignalement gaan we de bereikte verbeteringen evalueren in het kader van cyclisch pakketbeheer.

Bereidheid en betrokkenheid van overheidspartijen onmisbaar

Samenspel tussen partijen én overheidspartijen is nodig om tot passende hoorzorg te komen. Specifiek het onderdeel hoorhulpmiddelenzorg vraagt erom dat overheidspartijen samen en gelijkgericht optrekken. Om impact te maken is besef, bereidheid en commitment in de vervolgfase noodzakelijk. In december 2023 organiseert het Zorginstituut vanuit een faciliterende rol een eerste werksessie met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over hoe we gezamenlijk, ook met de veldpartijen, zullen bijdragen aan passende hoorzorg.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Verbetersignalement

Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen

Onderweg naar passende hoorzorg

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	6
1 Concretiseer het zorgtraject, zodat volwassenen met perceptieve slechthorendheid hoorzorg op maat krijgen	9
1.1 Verbetermogelijkheid A: leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid	11
1.2 Verbetermogelijkheid B: versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk ten behoeve van integrale hoorzorg	13
1.3 Verbetermogelijkheid C: verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen	14
1.4 Verbetermogelijkheid D: verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht	16
1.5 Verwachte effecten van de verbeteringen	17
2 Waarborg dat het hoorhulpmiddelenverstrekkingensysteem een passend hoortoestel biedt voor iedere verzekerde	19
2.1 Verbetermogelijkheid E: ontwikkel het systeem van hoortoestelverstrekking verder door	19
2.2 Verbetermogelijkheid F: evalueer de afspraken over de extra zorgvraag voor de inrichting van de te doorlopen procedure	22
2.3 Verwachte effecten van de verbeteringen	23
3 Geef mensen meer grip op hun eigen zorgtraject	24
3.1 Verbetermogelijkheid G: informeer mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg	24
3.2 Verbetermogelijkheid H: geef volledige en onafhankelijke informatie over hoortoestellen, het categoriesysteem en de procedure bij een extra zorgvraag	25
3.3 Verwachte effecten van de verbeteringen	27
4 Realiseren van verbeteringen	28
4.1 Veel inzet van alle partijen nodig bij verbeteracties	28
4.2 Impact van de verbetermogelijkheden	32
4.3 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie	32
4.4 Bereidheid en betrokkenheid van overheidspartijen onmisbaar	33
Bijlagen	
Bijlage A: Werkwijze Zinnige Zorg	34
Bijlage B: Overzicht betrokken partijen	36
Bijlage C: Toelichting op afbakening bij dit zorgtraject	37
Bijlage D: Toelichting op wet- en regelgeving	38
Bijlage E: Reacties schriftelijke consultatie	40
Bijlage F: Overlegplatformen hoorhulpmiddelenzorg	50
Bijlage G: Verdiepende analyses	51
Begrippenlijst	59
Referentielijst	60

Samenvatting

Met dit verbeteringsignalement vestigt Zorginstituut Nederland de aandacht op het belang van passende hoorzorg. Het aantal mensen dat hoorzorg nodig heeft gaat namelijk enorm groeien. Door vergrijzing zal het aantal slechthorenden toenemen van 1,3 miljoen tot 1,7 miljoen in 2030. Dat maakt gehoorverlies een belangrijk maatschappelijk onderwerp. Het leidt tot hoger werkverzuim, eenzaamheid en beperkt mensen in hun sociale participatie. Er is ook steeds meer wetenschappelijke literatuur beschikbaar waaruit blijkt dat gehoorverlies samenhangt met een verhoogd risico op depressie en cognitieve achteruitgang.

Passende hoorzorg kan tegen relatief lage kosten bijdragen aan diverse maatschappelijke baten:

- de kwaliteit van leven van slechthorenden verbeteren;
- bijdragen aan de gezondheid van slechthorenden en hun naasten;
- bevorderen van sociale en maatschappelijke participatie van mensen.

Het Zorginstituut roept alle betrokken partijen op om daar met zijn allen op in te zetten.

Reikwijdte van dit verbeteringsignalement

Dit verbeteringsignalement richt zich op de verzekerde zorg, dat wil zeggen de *Zorgverzekeringswet (Zvw)*. Samen met patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft het Zorginstituut de mogelijkheden onderzocht voor verbeteringen in het zorgtraject voor mensen met perceptieve slechthorendheid. Dit verbeteringsignalement beschrijft de verbetermogelijkheden die zijn vastgesteld en welke verbeteracties daaruit volgen tot 2026. Meer samenspel is nodig om aan de verbeteringen te werken, zowel tussen partijen als in samenwerking met overheidspartijen.

Preventie van gehoorverlies valt niet onder de reikwijdte van dit verbeteringsignalement, omdat het onder collectieve preventie valt en niet onder de Zvw. Het verbeteringsignalement gaat wel over het voorkomen van problemen in functioneren en participeren door gehoorverlies.

Veel voorkomende aandoening met grote impact op kwaliteit van leven

Perceptief gehoorverlies wordt veroorzaakt door schade aan het binnenoer. Het geluidssignaal wordt niet goed doorgegeven aan de hersenen. Slechthorendheid is een chronische aandoening die voor veel mensen diep ingrijpt op hun functioneren en kwaliteit van leven. Bij het overgrote deel van de mensen is veroudering de oorzaak van het gehoorverlies, een proces dat vaak al vanaf vijftig jaar optreedt. Voor een ander deel betreft het jongeren die een beschadigd gehoor oplopen door overmatige blootstelling aan lawaai.

Bevindingen uit de systematische analyse

Op basis van literatuur, onderzoek en overleg met partijen concludeert het Zorginstituut dat er op meerdere vlakken een discrepantie is tussen de opvattingen over goede zorg - zoals beschreven in richtlijnen, protocollen of op basis van literatuur - en de geleverde zorg in de praktijk:

- de zorg in de praktijk is vooral gericht op het compenseren van het gehoorverlies terwijl de gedeelde opvatting van partijen is dat goede hoorzorg meer moet omvatten. Ook communicatietraining en psychosociale hulpverlening kunnen nodig zijn om het functioneren en de kwaliteit van leven van slechthorenden te ondersteunen en verbeteren. Zorgverleners geven niet standaard aan dat hoorzorg meer is dan alleen een hoortoestel. Zij gaan kennelijk niet bij iedereen na of er een behoefte is aan communicatietraining of psychosociale hulpverlening. Bij een deel van de doelgroep zal hierdoor sprake zijn van onderbehandeling.
- de hoortoestellenzorg wordt niet geleverd zoals de betrokken partijen hebben afgesproken in het *Hoorprotocol*. Gemaakte afspraken over het systeem van hoortoestelverstrekking zijn nog niet nagekomen. De database van hoortoestellen die tot het verzekerde pakket behoren is niet up-to-date en de informatie in deze database is niet transparant. Het Zorginstituut constateert dat prikkels in het systeem passende hoorhulpmiddelenzorg in de weg staan.
- in de audicienspraktijk wordt niet altijd genoeg tijd en aandacht besteed aan het goed instellen van het hoortoestel. En ook niet aan de gewenningsperiode en nazorg. Het onderzoek laat praktijkvariatie zien tussen audicienbedrijven.
- op basis van de huidige beschikbare informatie vanuit zorgverleners is het voor veel volwassenen met perceptieve slechthorendheid lastig om een geïnformeerde keuze te maken over hun zorgtraject. Op websites van zorgverzekeraars is onvoldoende informatie beschikbaar over hoe het categoriesysteem bij hoortoestelverstrekking werkt.

Waarom is verbetering nodig?

Volwassenen met perceptieve slechthorendheid krijgen nu niet de zorg die zij nodig hebben om optimaal te functioneren in onze maatschappij. Zelfs met de meest geavanceerde hoortoestellen kunnen er problemen blijven bestaan in de communicatie en bij het signaleren en lokaliseren van geluiden. Iedereen is anders. Dat vraagt om inzet 'op maat' van alle componenten van hoorzorg, afgestemd op ieders individuele problemen, mogelijkheden, behoeften en omstandigheden.

Verbeteringen in zorgtraject realiseren

In het verbetersignalement beschrijven we de noodzaak voor verbeteringen en maken we verbetermogelijkheden concreet. De verbetermogelijkheden zijn samen te vatten in de volgende 3 thema's:

1. concretisering van het zorgtraject, met als doel dat volwassenen met perceptieve slechthorendheid hoorzorg op maat krijgen;
2. waarborging dat het hoorhulpmiddelenverstrekkingssysteem een passend hoortoestel biedt voor iedere verzekerde;
3. mogelijkheden bieden om slechthorenden meer grip te geven op de hoorzorg die zij krijgen.

Vervolgens hebben we met organisaties van patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars verbeteracties geformuleerd. De verbeteracties zijn gericht op de randvoorwaarden die nodig zijn om de hoorzorg te verbeteren zoals het maken van afspraken over wat persoonsgerichte zorg inhoudt, het proces van de aanschaf, het instellen, evalueren en de nazorg bij een hoortoestel.

Wat leveren de verbeteringen op voor de patiënt?

Het doel is dat volwassenen met perceptieve slechthorendheid die redelijkerwijs zijn aangewezen op verzekerde hoorzorg, de zorg krijgen die past bij hun behoeften en mogelijkheden. Zij kunnen dan ook beter meedenken en beslissen over de zorg die ze krijgen, doordat zij beter toegang hebben tot duidelijke, onafhankelijke informatie over hoortoestellen en de vergoeding hiervan. En over de mogelijkheden om communicatie te verbeteren en psychosociale hulpverlening te krijgen.

Vervolgstappen voor alle partijen

Na vaststelling van dit verbetersignalement door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut start de implementatiefase. Daarin neemt iedere betrokken partij vanuit zijn eigen rol in het zorgstelsel de verantwoordelijkheid om met de meer dan 20 verbeteracties aan de slag te gaan.

Het Zorginstituut heeft als beheerder van het pakket van goede verzekerde zorg een ondersteunende en faciliterende rol, die we in afstemming met betrokken partijen nader zullen invullen. We monitoren het proces en de uitvoering van gemaakte afspraken, vragen halfjaarlijks voortgangsrapportages op en koppelen hierover terug aan de partijen. We rapporteren jaarlijks aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Twee tot drie jaar na publicatie van dit verbetersignalement starten we met de evaluatie van de bereikte verbeteringen en rapporteren hierover aan de minister.

Bereidheid en betrokkenheid van overheidspartijen onmisbaar

Samenspel tussen partijen én met overheidspartijen is nodig om tot passende hoorzorg te komen. Specifiek het onderdeel hoorhulpmiddelenzorg vraagt om gelijkgericht optrekken van overheidspartijen. Om impact te maken is besef, bereidheid en commitment in de vervolgfase noodzakelijk om samen met het veld stappen te zetten. Het Zorginstituut gaat de huidige bevindingen actief onder de aandacht brengen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Wij gaan in gesprek over hoe we gezamenlijk, ook met de overheidspartijen, zullen bijdragen aan passende hoorzorg voor volwassenen met perceptief gehoorverlies.

Figuur 1 | Infographic bij het verdiepingstraject over perceptieve slechthorendheid bij volwassenen

Wat is perceptieve slechthorendheid?

Perceptief gehoorverlies is de meest voorkomende vorm van slechthorendheid waarbij het oor vanbinnen beschadigd is en het geluidssignaal niet meer goed doorgeeft aan de hersenen. Hierdoor kunnen mensen minder goed geluid horen en spraak verstaan. De belangrijkste oorzaak van de schade is veroudering. Schade kan ook zijn aangeboren of zijn ontstaan door lawaai of een infectie.

Waarom is verbetering nú nodig?



- Het aantal mensen dat hoorzorg nodig heeft, blijft groeien. Door vergrijzing zal het aantal toenemen tot 1,7 miljoen in 2030.
- Gehoorverlies is een chronische aandoening die leidt tot lagere kwaliteit van leven, ziekteverzuim, eenzaamheid en risico op mentale klachten.
- Slechthorenden krijgen nu niet de zorg die zij nodig hebben om optimaal te functioneren in de maatschappij.

Waar werken we naartoe?

1. Meer integrale en persoonsgerichte hoorzorg.
2. Betere afspraken over de aanschaf, het instellen, evalueren en de nazorg van hoortoestellen.
3. Betere voorlichting voor slechthorenden over de zorg die zij nodig hebben.



Hoorzorg op maat

- Technische compensatie;
- Communicatietraining;
- Psychosociale hulpverlening.

Verwachte resultaten



Hoorzorg die aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van mensen.



Vaker een geschikt hoortoestel vinden binnen de basisverzekering.



Mensen kunnen geïnformeerde keuzes maken.



Mensen kunnen beter functioneren in de maatschappij.

Vervolg: implementatiefase en evaluatiefase

- Betrokken partijen gaan vanuit hun rollen en verantwoordelijkheden aan de slag met de verbeteringen. Het Zorginstituut heeft hierbij een ondersteunende en faciliterende rol.
- Het Zorginstituut monitort en evalueert de voortgang van de verbeteringen en rapporteert daarover aan de minister van VWS en aan de betrokken partijen.
- Samenwerking tussen partijen én met overheidspartijen is nodig om stappen te zetten.



Inleiding

Met dit verbeteringsignalement zet Zorginstituut Nederland in op meer passende hoorzorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid. Op basis van een systematische doorlichting van het zorgtraject (zie bijlage A voor een toelichting op de werkwijze) stellen we met patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars vast welke mogelijkheden er zijn om de hoorzorg te verbeteren. In dit verbeteringsignalement leggen we de concrete afspraken vast die we overeen zijn gekomen met de betrokken partijen om tot meer passende hoorzorg te komen.

Dit verbeteringsignalement is een vervolg op het screeningsrapport Systematische analyse Oor- en gehoorklachten uit 2019.^[1] Met het programma Zinnige Zorg beoogt het Zorginstituut om de kwaliteit van zorg voor patiënten te verbeteren. We bekijken daarom of de diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Met het regeerakkoord van 2022 is passende zorg de norm geworden. Het Zinnige Zorg-programma maakt deel uit van die beweging. Daarom spreken we in dit verbeteringsignalement verder van passende zorg.

In het eerdergenoemde screeningsrapport constateerde het Zorginstituut dat er aanwijzingen zijn dat de zorg voor mensen met 'slechthorendheid en doofheid' beter kan. Vanaf 2020 heeft het Zorginstituut onderzoek gedaan en laten doen naar knelpunten en verbetermogelijkheden in de hoorzorg. Hierbij haalden we een grote hoeveelheid aan informatie op, die we bundelden en analyseerden (zie bijlage C). Gedurende het proces hebben we een inhoudelijke afbakening gemaakt. We richten ons in dit verbeteringsignalement op de zorg voor mensen van 18 jaar en ouder met matig tot ernstige perceptieve slechthorendheid. We verwachten dat verbeteringen van deze zorg aanzienlijke impact zullen hebben. Niet alleen voor de grote groep mensen met perceptieve slechthorendheid, maar ook voor de maatschappij als geheel.

Reikwijdte van dit verbeteringsignalement

De knelpunten en verbetermogelijkheden die we adresseren in dit signalement betreffen alleen zorg die valt onder de *Zorgverzekeringswet* (Zvw). Dat wil zeggen dat we belangrijke zaken als goede ondertiteling van media, inzet van schrijftolken of tolken gebarentaal en ringleidingsystemen in (openbare) gebouwen buiten beschouwing laten. Hetzelfde geldt voor hoorzorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid vanuit de *Wet langdurige zorg* (Wlz) en de zorg geboden door bedrijfsgeneeskundige diensten. Preventieve maatregelen gericht op het voorkomen van perceptieve slechthorendheid die vallen onder de publieke gezondheidszorg, het sociale domein, of regelgeving betreffende geluidsnormen op de werkvloer of in de publieke ruimte, maken ook geen onderdeel uit van dit verbeteringsignalement. Deze preventieve maatregelen liggen buiten de directe invloedssfeer van het Zorginstituut als beheerder van het pakket van goede verzekerde zorg.

Perceptieve slechthorendheid, een veel voorkomende beperking, levenslang en levensbreed

Perceptief gehoorverlies is een vorm van slechthorendheid waarbij het oor vanbinnen beschadigd is en het geluidssignaal niet meer goed doorgeeft aan de hersenen. In Nederland hebben naar schatting meer dan 1 miljoen mensen perceptieve slechthorendheid.^[2] Het gaat hierbij deels om jongeren met een beschadigd gehoor door overmatige blootstelling aan lawaai.^[3] De grootste groep mensen met perceptieve slechthorendheid zijn echter ouderen met ouderdomsslechthorendheid. Vanwege de vergrijzing zal het aantal ouderen met slechthorendheid nog verder toenemen. Een minder vaak voorkomende oorzaak van perceptieve slechthorendheid is het gevolg van een infectie of een aangeboren aandoening.

Perceptieve slechthorendheid is een chronische aandoening. Voor veel mensen die het treft grijpt het diep in op hun kwaliteit van hun leven. Een verminderde gehoorfunctie beperkt niet alleen het luisteren maar geeft vaak ongemak of problemen in de communicatie met anderen. Het kan daardoor leiden tot frustraties en beperkingen in het functioneren thuis, op het werk, in het verkeer, bij het sporten, muziek maken, vrijwilligerswerk en andere activiteiten. Perceptieve slechthorendheid maakt het moeilijker om mee te doen in de maatschappij. Eenzaamheid en werkloosheid komen vaker voor bij mensen met slechthorendheid.^[4]

De maatschappelijke impact van perceptieve slechthorendheid is groot. In het SiRM-rapport *De maatschappelijke impact van leeftijdsgerelateerde slechthorendheid in Nederland* is berekend dat de maatschappelijke kosten van slechthorendheid zonder hoorzorg jaarlijks ongeveer € 5,8 miljard bedragen.^[2] Deels komt dit door een lagere arbeidsparticipatie van slechthorenden dan van mensen zonder slechthorendheid.^[4]

Zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid

Het zorgtraject voor mensen met perceptieve slechthorendheid kent verschillende onderdelen. Het startpunt van de zorg voor mensen met slechthorendheid ligt bij het opmerken van het gehoorverlies door de persoon zelf of door iemand uit zijn of haar omgeving. Zorgverleners spelen ook een rol bij de signalering. Zij kunnen het gehoorverlies opmerken in de spreekkamer of tijdens de verzorging.

De volgende stap is het diagnostische proces: het vaststellen van het soort gehoorverlies (perceptief-, geleidings-, of gemengd gehoorverlies), de mate van het gehoorverlies, en de beperkingen die het gehoorverlies veroorzaakt in het functioneren.

Vervolgens kunnen 3 componenten van hoorzorg worden ingezet: (1) compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel, (2) communicatiebevordering en (3) psychosociale hulpverlening. De inzet van de componenten is afhankelijk van de problematiek en behoeften. Bij een matig of ernstig gehoorverlies, oftewel meer dan 35 dB aan het beste oor is er een indicatie voor een hoortoestel.^[5]

Figuur 2 | Beschrijving van het zorgtraject perceptieve slechthorendheid

Signalering van het gehoorprobleem	
- Signalering van mogelijk probleem met het gehoor	- Slechthorende zelf, sociale omgeving van slechthorende, huisarts, POH, (wijk)verpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, apotheek, medisch specialist, bedrijfsgeneeskundige dienst, bedrijfsmaatschappelijk werk, ouderenbezoeker, verzorgende
Diagnostiek van het gehoorprobleem	
- Vaststellen aard van gehoorverlies	- Huisarts, KNO-arts, klinisch fysisus-audioloog, audicien, specialist ouderengeneeskunde
- Vaststellen mate van gehoorverlies	- Audicien, klinisch fysisus-audioloog, KNO-arts
- Vaststellen beperkingen in functioneren door gehoorverlies	- Audicien, bedrijfsgeneeskundige dienst, huisarts, POH, specialist ouderengeneeskunde, KNO-arts, klinisch fysisus-audioloog, multidisciplinair team AC
Integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid, levenslang	
- Technische compensatie van gehoorverlies <ul style="list-style-type: none"> • keuze passend hoortoestel • instellen en evalueren hoortoestel • nazorg bij hoortoestel: instructies en adviezen voor gebruik, aanpassen instelling, onderhoud, reparatie, zo nodig adviezen over andere hoorhulpmiddelen, bespreken mogelijke verwijzing door huisarts naar communicatietrainingen en psychosociale hulpverlening 	- Audicien, klinisch fysisus-audioloog - Audicien, klinisch fysisus-audioloog - Audicien
- Psychosociale hulpverlening	- AC, GGMD, bedrijfsgeneeskundige dienst, huisartsenpraktijk, GGZ, maatschappelijk werk
- Bevorderen communicatie	- AC, GGMD, logopedie

AC: Audiologisch centrum
 POH: Praktijk ondersteuner huisarts
 GGMD: Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening

De focus van dit verbeteringsignalement ligt op de integrale aanpak (zie figuur 2). Hierbij nemen we ook het onderdeel vaststellen van beperkingen in het functioneren van volwassenen mee. Omdat we geen signalen hebben gekregen over belangrijke knelpunten in het vaststellen van de aard en de mate van het gehoorverlies laten we deze buiten beschouwing. Hoewel partijen hebben aangegeven dat op het gebied van signalering ook nog winst te behalen valt hebben we ons niet op gericht op dit onderwerp. Het onderwerp signalering van mensen met onbehandeld gehoorverlies wordt ook besproken bij de werkgroep 'Een leven lang erbij horen', die is opgestart op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Lees voor een toelichting op deze werkgroep en andere overlegtafels bijlage F.

Toelichting op gebruikte methodiek

In dit verbeteringsignalement is gebruikgemaakt van de Zinnige Zorg-methodiek. De kern hiervan is dat we opvattingen over goede zorg in richtlijnen en wetenschappelijke literatuur vergelijken met de uitvoering van de zorg in de Nederlandse praktijk (figuur 3). We maken verschillen tussen theorie en praktijk zichtbaar om de noodzaak voor verbetering duidelijk te maken.

Figuur 3 | De kern van het onderzoek binnen de verdiepfase van Zinnige Zorg



De meeste onderzoeken voor dit verbeteringsignalement zijn uitgevoerd door het Zorginstituut. Het onderzoek *Zorg bij de audicien*^[6] is uitgevoerd door een extern onderzoeksbureau, Zorgvuldig Advies, in samenwerking met Panaxea. De gebruikte methoden van de verschillende onderzoeken lichten we nader toe in bijlage G:

- Analyse van huidige opvattingen over goede zorg: richtlijnen, het Hoorprotocol en veldnormen;
- Analyses van relevante declaratiegegevens betreffende zorg bij audiologische centra, KNO-afdelingen, en analyses van de gegevens over verstrekte hoortoestellen;
- Verkenning van de literatuur over de niet-technische componenten van hoorzorg;
- Analyse van de vindbaarheid en kwaliteit van patiënteninformatie op relevante websites.

Betrokken partijen

Dit verbeteringsignalement is opgesteld in nauwe samenwerking met de verantwoordelijke partijen uit de zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een overzicht van deze partijen staat in bijlage B. We hebben een tiental bijeenkomsten georganiseerd, waarin onder meer de resultaten van al het onderzoek met de afgevaardigden van de betrokken organisaties zijn gedeeld en waarin we verbetermogelijkheden en verbeteracties hebben besproken. Voorafgaand aan de publicatie van dit verbeteringsignalement zijn alle betrokken partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. De reacties van het Zorginstituut op de ingestuurde consultatiereacties zijn te vinden in bijlage E.

Vervolgstappen in het verbetertraject

Na vaststelling van het verbeteringsignalement door de Raad van Bestuur van het Zorginstituut start de implementatiefase. In de implementatiefase neemt iedere betrokken partij vanuit zijn eigen rol in het zorgstelsel de verantwoordelijkheid om met de verbetermogelijkheden aan de slag te gaan. Bij de start van de implementatiefase zullen partijen verder met elkaar afspreken wie welke rol gaat vervullen en hoe zij invulling gaan geven aan de verbeteracties. Het Zorginstituut gaat pro-actief de voortgang van de verbeteringen monitoren.

Leeswijzer

Dit verbeteringsignalement beschrijft voor een drietal thema's de mogelijkheden en bijbehorende acties om de zorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid te verbeteren. Hoofdstuk 1 gaat over de hoorzorg als een samenhangend geheel van compensatie van het gehoorverlies, communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening. Het richt zich met name over het persoonsgericht en integraler maken van de zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid. In hoofdstuk 2 beschrijven we de verbetermogelijkheden om het hoorhulpmiddelenverstrekkingen-systeem te verbeteren zodat verzekerden een passend hoortoestel uit de basisverzekering krijgen. In hoofdstuk 3 beschrijven we de verbetermogelijkheden om volwassenen met perceptieve slechthorendheid meer grip te geven op hun eigen zorgtraject. We gaan hierbij in op de informatievoorziening, online en bij de audicien, over het zorgtraject, de keuzes en mogelijkheden, het categoriesysteem, het vergoedingssysteem, en de extra zorgvraag. Hoofdstuk 4 omvat een overzicht van de verbetermogelijkheden en verbeteracties. De bijlagen bestaan uit de verantwoording van de werkwijze, uitleg over het zorgtraject, een overzicht van de betrokken partijen en overlegtafels, de reactie op de bestuurlijke consultatieronde, de methoden en resultaten van de uitgevoerde onderzoeken, en een begrippenlijst plus referentielijst.

1 Concretiseer het zorgtraject, zodat volwassenen met perceptieve slechthorendheid hoorzorg op maat krijgen

Op basis van literatuur, onderzoek en overleg met partijen is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat verbeteringen in de zorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid nodig zijn. De zorg moet meer gericht worden op kwaliteit van leven, functioneren en maatschappelijk kunnen meedoen dan nu het geval is. Dit vraagt om een persoonsgerichte, integrale aanpak die meer omvat dan alleen compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel. Een aanpak die past en meegroeit met de omstandigheden en de persoonlijke uitdagingen en behoeften van de slechthorende. Hoortoestellen kunnen, zelfs als ze optimaal ingesteld zijn, het gehoorverlies vaak niet helemaal compenseren.^[7] Daardoor blijven communicatiebarrières en problemen met signalering van geluid bestaan. Communicatietrainingen kunnen deze problemen verminderen. Psychosociale hulpverlening kan helpen bij het leren omgaan met de blijvende beperkingen, thuis, op het werk en bij de vrijetijdsbesteding.

De drie componenten van integrale hoorzorg

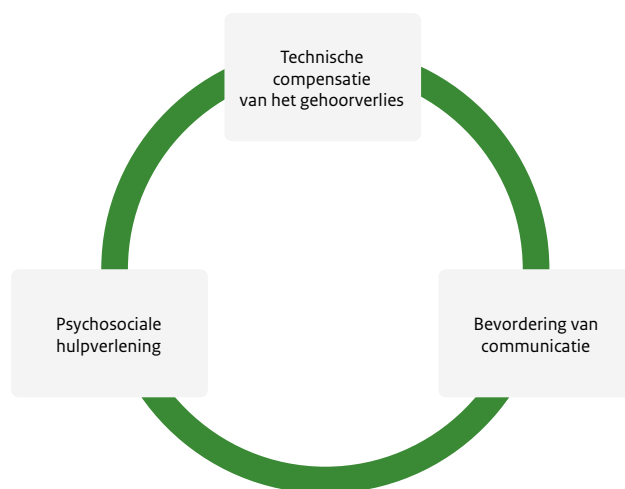
Integrale hoorzorg omvat drie componenten die bij voorkeur in samenhang worden aangeboden (zie ook figuur 4)^[8]:

1. technische compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel (of een ander hoorhulpmiddel);
2. psychosociale hulpverlening;
3. bevorderen van communicatie.

Het is belangrijk dat aan het begin van een zorgtraject en bij elke evaluatie wordt nagegaan of en welke zorg nodig is uit de drie componenten. Dit hangt namelijk af van de persoonlijke uitdagingen, mogelijkheden, behoeften en wensen van mensen met perceptieve slechthorendheid.

Hoorzorg gericht op compensatie van het gehoorverlies omvat de keuze van een passend hoortoestel, het goed instellen hiervan, het zo nodig bijstellen van het hoortoestel gedurende de draagperiode, onderhoud en reparatie. Psychosociale hulpverlening bestaat onder andere uit begeleiding bij problemen op het gebied van acceptatie van het gehoorprobleem en het hoortoestel, functioneren met slechthorendheid, relaties en stress. Communicatiebevordering is gericht op het verbeteren van de communicatie ondanks gehoorverlies, bijvoorbeeld door het leren van spraakafzien of ondersteunende gebaren. Omdat perceptieve slechthorendheid een chronische aandoening is, zijn mensen levenslang aangewezen op hoorzorg. De zorg moet continu worden aangepast aan veranderingen die in de loop der tijd optreden. Niet alleen het gehoorverlies verandert, maar ook de omstandigheden, behoeften en wensen van volwassenen met perceptieve slechthorendheid.

Figuur 4 | Integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid: persoonsgerichte, functioneringsgerichte inzet van 3 componenten



Alle componenten van integrale hoorzorg zijn beschikbaar in Nederland. Maar bij veel mensen met perceptief gehoorverlies beperkt de zorg zich tot compensatie van het gehoorverlies met een hoorhulpmiddel. De analyse van de declaratiegegevens laat zien dat van de ongeveer 1,3 miljoen mensen met meer dan 35dB gehoorverlies in 2019, slechts 46.000 mensen bij het audiologisch centrum geweest (3,5%) (zie bijlage G.3 Beschikbare gegevens over hoorzorg). De meeste slechthorenden komen daar dus niet, terwijl communicatietraining en psychosociale hulpverlening voornamelijk hier worden gegeven (en voor een klein deel bij de Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (GGMD) of Kentalis). Hoewel ook de POH GGZ in de huisartsenpraktijk mensen kan helpen met het accepteren van en omgaan met chronische gezondheidsproblemen, lijkt deze ook weinig ingezet te worden voor mensen met perceptieve slechthorendheid.

We weten niet bij hoeveel slechthorenden met een hoortoestel zorg gericht op communicatiebevordering of psychosociale hulpverlening op enig of meerdere momenten is overwogen. Ook weten we niet hoeveel mensen met perceptieve slechthorendheid behoefte hebben aan deze zorg. Maar het kleine aantal slechthorenden dat bij het audiologisch centrum of de GGMD is geweest, suggereert dat deze componenten van hoorzorg te weinig aandacht krijgen en dat een deel van de mensen met perceptief gehoorverlies onvoldoende zorg krijgt. Hierdoor ervaren zij mogelijk onnodig beperkingen in het communiceren en functioneren. Een meer persoonsgerichte, integrale benadering in de hoorzorg geeft meer aandacht aan communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening, naast het hoortoestel en andere hoorhulpmiddelen. Dit betekent dat bij iedereen met perceptieve slechthorendheid wordt nagegaan welke beperkingen er spelen in het functioneren, participeren en de kwaliteit van leven en of er behoefte is aan communicatietraining of psychosociale hulpverlening.

Ook op het gebied van de technische compensatie van het gehoorverlies valt winst te behalen. Het gaat hierbij om het instellen van hoortoestellen, de evaluatie van hoortoestellen en de nazorg. Een hoortoestel is in een zekere zin een halffabricaat, het geselecteerde hoortoestel moet op maat ingesteld worden op basis van het gehoorverlies. Afhankelijk van veranderingen in het gehoorverlies of in de omstandigheden van de slechthorende moet de instelling in de loop van de tijd aangepast worden.

Ons onderzoek laat praktijkvariatie zien in het proces van instellen en evalueren van het hoortoestel. Daarnaast laat het onderzoek praktijkvariatie zien in de nazorg. Onder nazorg verstaan we het aanpassen van de instelling aan veranderingen in het gehoor of de context, uitleg over hoe het hoortoestel te gebruiken, onderhoud en reparatie van het hoortoestel gedurende de 5 jaar na aanschaf van het hoortoestel. Door het proces van instellen en evalueren van het hoortoestel en de nazorg te verbeteren zullen hoortoestellen meer bij kunnen dragen aan het functioneren en de kwaliteit van leven van mensen met matige tot ernstige perceptieve slechthorendheid.

In dit hoofdstuk staan de volgende verbetermogelijkheden gericht op het concretiseren van het zorgtraject centraal:

- A. Leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid.
- B. Versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk ten behoeve van integrale zorg bij perceptieve slechthorendheid.
- C. Verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen.
- D. Verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht.

In de volgende paragrafen beschrijven wij per verbetermogelijkheid op welke onderzoeksresultaten deze verbetermogelijkheid gebaseerd is en de bijbehorende verbeteracties. Ook beschrijven we de verwachte effecten van de verbeteringen.

1.1 **Verbetermogelijkheid A: leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid**

Alle stakeholders zijn het erover eens dat passende zorg bij perceptieve slechthorendheid een integrale aanpak vereist met aandacht voor zowel compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel of ander hulpmiddel, als voor communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening. De huidige richtlijnen ondersteunen deze aanpak onvoldoende. Een overkoepelende zorgstandaard met afspraken over een integrale aanpak kan zorgverleners helpen om deze zorg daadwerkelijk te leveren en geeft mensen met perceptieve slechthorendheid inzicht in welke zorg zij kunnen krijgen.

1.1.1 **Veranderende opvatting over goede hoorzorg**

In gesprekken en bijeenkomsten die we hebben gehad met alle partijen kwam duidelijk naar voren dat passende hoorzorg bij perceptieve slechthorendheid integrale zorg is: functioneringsgericht, persoonsgericht, een continu zorgproces, waar compensatie van het gehoorverlies, communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening onderdeel van zijn. Deze opvatting over hoorzorg sluit aan bij het *WHO World report on Hearing*^[8]: “Addressing hearing loss requires a person-centred approach that takes a holistic overview of person’s clinical profile, communication needs, preferences, environment, and fits the resources available”. De WHO verwijst hierbij naar de toegevoegde waarde van verschillende componenten van hoorzorg of revalidatie, zoals communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening: “Although hearing technology is a key part of rehabilitation, it is essential nonetheless to note that it forms only one part of a rehabilitation strategy.” De opvattingen van de WHO worden onderbouwd door de wetenschappelijke literatuur.^[9-13] Zorg gericht op het bevorderen van communicatie en psychosociale hulpverlening zijn dus essentiële componenten van goede hoorzorg, naast compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel of ander hoorhulpmiddel.

1.1.2 **Huidige richtlijnen zijn onvoldoende gericht op integrale hoorzorg**

De zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid staat beschreven in verschillende richtlijnen. Elke beroepsgroep die betrokken is bij de zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid heeft een eigen richtlijn of protocol. De relevante richtlijnen zijn: Het *Hoorprotocol*^[14] en het *StAr handboek*^[15], de *Veldnorm Hoortoestelverstreking*^[16], het *NOAH-protocol*^[16], de *NHG-standaard Slechthorendheid*^[17], de *NVKNO richtlijn Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen*^[18], de *Richtlijn hoorrevalidatie volwassenen*^[19] van de Audiologische Centra en het *Moduleboek maatschappelijk werk in de audiologie*^[20]. Er is geen overkoepelende richtlijn die het hele zorgtraject, met alle 3 de componenten van hoorzorg, in samenhang beschrijft.

De integrale benadering zoals hierboven beschreven staat nog niet expliciet in de huidige richtlijnen. De richtlijnen hanteren wel een ‘brede blik’ voor het inventariseren van het hoorprobleem en adviseren na te vragen welke beperkingen mensen door hun gehoorverlies ervaren in hun dagelijks functioneren en in de communicatie. Echter, voor de aanbevolen aanpak van het hoorprobleem wordt in de richtlijnen de brede blik minder vaak en minder duidelijk gehanteerd. Bij de aanbevolen aanpak staat het hoortoestel vaak centraal.

Het *StAr-handboek*^[15], het *Hoorprotocol*^[14] en het *NOAH-protocol*^[16] zijn primair gericht op compensatie van het gehoorverlies met een hoortoestel of ander hoorhulpmiddel. Het *NOAH-protocol* noemt de mogelijkheid van verwijzing naar een audiologisch centrum bij problemen met het accepteren van het hoortoestel. De protocollen en het handboek stellen niet dat de audicien de hoortoestellenzorg in de context van integrale hoorzorg moet plaatsen en slechthorenden informeert dat zij voor aanvullende zorg op het gebied van communicatie en psychosociale hulpverlening bij de huisarts of het audiologisch centrum terecht kunnen. De *NHG-Standaard Slechthorendheid*^[17] vat het zorgtraject bij de huisarts samen in een stroomdiagram.

Dit stroomdiagram is lineair en suggereert dat de huisarts 'klaar' is als iemand met slechthorendheid naar de audicien gaat en daar een hoortoestel krijgt. In de tekst staat wel dat de huisarts een rol kan spelen in het signaleren van problemen met het gebruik van het hoortoestel, het communiceren, het accepteren van en omgaan met het hoorprobleem en het verwijzen voor aanvullende zorg voor deze problemen.

De richtlijnen die binnen het audiologisch centrum gebruikt worden maken onvoldoende duidelijk in welke gevallen welke zorg voor communicatiebevordering gegeven moet worden, en door wie dat gedaan moet worden. Hetzelfde geldt voor psychosociale hulpverlening.

1.1.3 **Verbetermogelijkheid en verbeteracties**

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk is op het punt van afspraken over een integrale aanpak bij volwassenen met perceptieve slechthorendheid. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 1 in hoofdstuk 4.

Met de betrokken partijen hebben we verbeteracties geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid A: **leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid.**

Verbeteractie A.1: maak multidisciplinaire afspraken over een integrale aanpak in een overkoepelende zorgstandaard.

Een overkoepelende multidisciplinaire zorgstandaard voor integrale zorg bij perceptieve slechthorendheid kan ertoe bijdragen dat meer mensen passende hoorzorg krijgen. De zorgstandaard zal alle noodzakelijke onderdelen van integrale hoorzorg voor volwassenen met slechthorendheid beschrijven. Daarnaast zullen in de zorgstandaard zorginhoudelijke en procesmatige normen voor integrale hoorzorg opgenomen worden (gebaseerd op richtlijnen en wet- en regelgeving).^[21] Het toetsen van de naleving van deze normen dient tevens voldoende aandacht te krijgen. De zorgstandaard geeft zorgverleners dus duidelijkheid over hun rol in het zorgtraject voor mensen met perceptieve slechthorendheid. Ook voor slechthorenden maakt de zorgstandaard duidelijk wat zij kunnen verwachten aan zorg en wat zij kunnen verwachten van hun zorgverleners.

De zorgstandaard wordt opgesteld vanuit het perspectief van de slechthorende en op basis van afspraken over goede zorg tussen patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het ontwikkelen van een multidisciplinaire zorgstandaard kost tijd. In de aanloop naar de zorgstandaard toe kunnen partijen alvast een tweetal verbeteracties inzetten, te weten:

Verbeteractie A.2: verhelder in het bestaande NOAH-protocol de plaats van psychosociale hulpverlening en communicatiebevordering naast technische compensatie van het gehoorverlies.

Het NOAH-4-protocol vormt de basis voor de verwijfsafspraken tussen de audicien, KNO-arts, het audiologisch centrum en de huisarts voor mensen met slechthorendheid. Het is belangrijk dat in dit protocol ook de plaats van communicatietrainingen en psychosociale hulpverlening in de hoorzorg benoemd wordt. En dat de audicien cliënten dient te informeren dat de huisarts hiervoor kan verwijzen naar het audiologisch centrum, de GGMD, de POH-GGZ of de GGZ. Hierdoor zullen slechthorenden sneller de weg vinden naar de andere componenten van integrale hoorzorg en de zorg krijgen die zij nodig hebben om goed te kunnen functioneren.

Verbeteractie A.3: verhelder in de richtlijn voor het audiologisch centrum bij welke mensen communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening nodig zijn.

De meeste psychosociale hulpverlening en zorg gericht op communicatie-bevordering worden binnen het audiologisch centrum geleverd. De huidige richtlijnen die binnen het audiologisch centrum gebruikt worden geven onvoldoende aan in welke gevallen welke vormen van communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening geïndiceerd zijn. Meer duidelijkheid hierover kan ook weer helpen om mensen sneller de zorg te bieden die aansluit bij hun behoeften en die hen helpt in hun functioneren.

Verbeteractie A.4: maak inzichtelijk welke zorg geleverd wordt in het zorgtraject voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid.

Over een aantal belangrijke onderdelen van het zorgtraject bij volwassenen met perceptieve slechthorendheid zijn geen landelijke gegevens beschikbaar. Op basis van declaratiedata is het niet mogelijk om te onderzoeken in welke mate mensen psychosociale hulpverlening krijgen en wat die zorg dan inhoudt. Ook zijn er geen landelijke gegevens beschikbaar over het proces voor of na de aanschaf van een hoortoestel. Bij verbeteracties A.1, A.2 en A.3 worden daarnaast nadere afspraken gemaakt over het zorgtraject. Beschikbaarheid over landelijke gegevens die aansluiten bij deze verbeteracties en inzichtelijk maken welke zorg geleverd wordt, kan helpen om knelpunten te identificeren en de zorg verder te verbeteren.

1.2 Verbetermogelijkheid B: versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk ten behoeve van integrale hoorzorg

Huisartsen hebben een coördinerende rol bij de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen die zorg ontvangen vanuit meerdere disciplines. Zij houden overzicht op het gehele zorgproces en verwijzen zo nodig voor aanvullende diagnostiek of zorg. Vanuit deze coördinerende rol kunnen zij ook bijdragen aan integrale hoorzorg. Zij kunnen nagaan of er naast het hoortoestel een communicatietraining of psychosociale hulpverlening nodig is. Hetzelfde geldt voor de praktijkondersteuner huisartsen (POH) ouderenzorg. Uit de gesprekken die we voerden met patiëntenorganisaties en zorgaanbieders blijkt echter dat de huisartsen en POH's op dit moment een beperkte rol hebben bij integrale hoorzorg.

We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten deze verbetermogelijkheid is gebaseerd en formuleren vervolgens de bijbehorende verbeteracties.

1.2.1 Huisartsenpraktijk heeft taak bij het coördineren van zorg

Huisartsen kunnen vanuit hun coördinerende rol bijdragen aan integrale zorg voor mensen met perceptieve slechthorendheid. Huisartsen zien coördinatie van zorg als een kerntaak.^[22] Het houdt in dat de huisarts overzicht heeft over het zorgtraject van de patiënt, weet welke zorgverleners betrokken zijn en zo nodig verwijst voor aanvullende diagnostiek of zorg. Ook voor mensen met perceptieve slechthorendheid is de coördinerende rol van de huisarts relevant. De *NHG-Standaard Slechthorendheid* geeft aan dat huisartsen bij slechthorenden kunnen nagaan of die meer nodig hebben dan alleen een hoortoestel. De huisarts kan vervolgens overwegen om te verwijzen, bijvoorbeeld naar het audiologisch centrum.

Ook een POH-ouderenzorg kan bijdragen aan integrale hoorzorg. In een deel van de huisartsenpraktijken coördineert de POH-ouderenzorg de zorg voor kwetsbare ouderen. Daarbij hoort ook aandacht voor beperkingen in hun functioneren door hoorproblemen en het juiste gebruik van een hoortoestel.^[23]

1.2.2 Huisartsenpraktijk speelt een beperkte rol in zorg bij slechthorendheid

Volgens de stakeholders controleert de huisarts lang niet bij alle mensen met een hoortoestel of het gehoorprobleem daarmee voldoende is opgelost of dat mensen meer zorg nodig hebben om optimaal te kunnen functioneren. Dit zien we terug in het beperkte aantal slechthorenden dat wordt doorverwezen naar een audiologisch centrum of naar de auditieve zintuiglijke gehandicaptenzorg (respectievelijk ongeveer 46.000 en 2.700 mensen in 2019). Voor een toelichting op de gebruikte gegevens zie bijlage G.3.

De oorzaak hiervoor ligt deels in het feit dat de huidige *NHG-Standaard Slechthorendheid* niet duidelijk benoemt als een chronische aandoening waarbij de huisarts, net als bij andere chronische aandoeningen, langdurig een coördinerende rol heeft. (Zie bijlage G.1 Richtlijnanalyse). Een andere oorzaak is dat de huisartsenpraktijk niet altijd op de hoogte is dat iemand een gehoorprobleem of hoortoestel heeft. Voor ouderen geldt namelijk dat zij direct naar de audiciens kunnen gaan voor een hoortoestel en dus geen verwijzing nodig hebben van de huisarts. Daarnaast speelt waarschijnlijk ook dat de tijd van de huisarts beperkt is en dat niet in alle praktijken al een POH-ouderenzorg werkzaam is die multi-domein analyses doet bij kwetsbare ouderen en een multidisciplinair behandelplan opstelt en ouderen begeleidt.

1.2.3 De huisartsenpraktijk krijgt geen informatie van de audiciens

Er is op dit moment geen structurele gegevensuitwisseling tussen audiciens en huisartsen. Huisartsen ontvangen meestal geen informatie van audiciens over het verstrekken van hoortoestellen aan hun patiënten. De huisarts weet daardoor niet altijd dat een patiënt slechthorend is en een hoortoestel heeft. In 2021 waren er 806.500 mensen met een diagnose slechthorendheid bekend bij de huisarts, terwijl er in Nederland

ongeveer 1,3 miljoen slechthorenden zijn.^[2, 24] Het ontbreken van informatie-uitwisseling tussen audiciens en huisartsen maakt het lastiger voor de huisarts of de POH-ouderenzorg om hun coördinerende rol te vervullen.

1.2.4 **Verbetermogelijkheid en verbeteracties**

Het Zorginstituut stelt voor om naar de mogelijkheden te kijken om de coördinerende rol vanuit de huisartsenpraktijk te versterken. Ondanks de ervaren druk op huisartsen, zijn er in het kader van het Integraal Zorgakkoord (2023-2026) mogelijk kansen om mee te bewegen bij de versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 1 in hoofdstuk 4.

Twee verbeteracties zijn tot nog toe geformuleerd behorende bij verbetermogelijkheid B: **versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk ten behoeve van integrale hoorzorg.**

Verbeteractie B.1: benadruk dat perceptieve slechthorendheid een chronische aandoening is, en expliciteer de coördinerende rol van huisarts en praktijkondersteuner in het zorgtraject.

De coördinerende rol van de huisarts bij perceptieve slechthorendheid is niet nieuw. De huisarts heeft deze rol al, net als bij andere chronische aandoeningen. De tekst van de huidige *NHG-Standaard Slechthorendheid* geeft echter een summier beschrijving van de coördinerende rol van de huisarts. Bij een toekomstige herziening van die standaard is het wenselijk om die rol duidelijker te beschrijven, ook in het stroomdiagram. In het stroomdiagram zouden verder verwijzingen kunnen worden opgenomen voor zorg gericht op communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening, bijvoorbeeld door het audiologisch centrum, de GGMD, POH-GGZ, GGZ of POH-ouderenzorg. De aanpassingen in de NHG-standaard kunnen vervolgens ook meegenomen worden in de *Handreiking kwetsbare ouderen thuis*.^[23] Deze handreiking geeft aanbevelingen en tools voor de zorg voor kwetsbare ouderen, onder andere voor de huisarts en POH-ouderenzorg.

Verbeteractie B.2: bevorder informatieoverdracht van de audicien naar de huisartsenpraktijk.

Om te bevorderen dat de huisarts en POH-ouderenzorg de coördinerende rol op zich nemen om meer integrale hoorzorg te bewerkstelligen, is het belangrijk dat zij beschikken over de informatie over de zorg die de audicien levert. Daarom moeten er afspraken komen over informatieoverdracht van de audicien naar de huisarts over het gehoor van de patiënt, de geleverde hoorhulpmiddelen en eventuele resterende hoor- of communicatieproblemen. Dit geeft de huisarts en POH-ouderenzorg de mogelijkheid om zo nodig aanvullend onderzoek of aanvullende behandeling voor te stellen: zorg gericht op communicatiebevordering of psychosociale hulpverlening.

1.3 **Verbetermogelijkheid C: verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen**

Een hoortoestel is in een halffabricaat. Alleen met de juiste instelling wordt voor de slechthorende het best mogelijke resultaat behaald in de situaties die voor hem of haar relevant zijn. Een goede instelling vraagt om zowel audiologische- als technische kennis en kunde van de audicien en een actieve inzet van volwassenen met perceptieve slechthorendheid. Als mensen ontevreden zijn met de werking van hun hoortoestellen is de kans groot dat deze hulpmiddelen ongebruikt in de kast blijven liggen. Vanuit het oogpunt van duurzaamheid en doelmatige inzet van de beschikbare middelen vanuit de zorgverzekering, is het daarom belangrijk dat het proces van instellen en evalueren van hoortoestellen als onderdeel van het zorgtraject veel aandacht krijgt.

Het instellen van hoortoestellen is een iteratief proces dat weken tot maanden kan duren. Na elke aanpassing van de instelling moet de slechthorende wennen aan de nieuwe instelling en deze uitproberen in verschillende situaties. Vervolgens moet geëvalueerd worden of de instelling optimaal is of nog verbeterd moet worden. Het *Hoorprotocol* en het *StAr-handboek* geven niet aan hoe het proces van instellen precies uitgevoerd moet worden. Dit resulteert in praktijkvariatie in de manier van instellen, het aantal contactmomenten en de gehanteerde proef- of gewenningsperiode. Ook de aanbevelingen die het *Hoorprotocol* en het *StAr-handboek* geven voor de evaluatie van de instelling worden niet strikt gevolgd in de praktijk. Dit alles suggereert dat een deel van de mensen een hoortoestel met een niet-optimale instelling hebben en daarmee onnodige beperkingen ervaren in hun functioneren. Stakeholders bevestigen dit.

We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten deze verbetermogelijkheid is gebaseerd en formuleren vervolgens de bijbehorende verbeteracties.

1.3.1 **Opvattingen en afspraken over het instellen en evalueren van hoortoestellen en de proefperiode**

In het *Hoorprotocol* staat beschreven dat het hoorhulpmiddel waar nodig door de audiciens ingesteld, aangepast en zo nodig bijgesteld moet worden.^[14] Zowel in het *Hoorprotocol* als in het *StAr-handboek* wordt het proces van instellen zelf niet beschreven. Er wordt niet vermeld hoe de optimale instelling bereikt kan worden, hoeveel instelmomenten nodig zijn, en in welke gevallen aanpassing nodig is na instelling.

Voor de duur van de proefperiode staat in het *Hoorprotocol* dat de cliënt recht heeft op een proefperiode van 8 weken. Een proefperiode is belangrijk om het hoortoestel optimaal in te stellen, maar ook om de slechthorende te laten wennen aan het geluid van het hoortoestel.^[25]

Zowel in het *Hoorprotocol*^[14] als het *StAr-handboek*^[15] staat beschreven dat de instelling van het hoortoestel geëvalueerd dient te worden aan de hand van metingen zoals een *real ear measurement* (REM)-meting. Hoewel stakeholders het belang van de *real ear measurement* (REM)-meting benadrukken, wordt in het *Hoorprotocol* niet duidelijk beschreven dat hij gedaan moet worden en wanneer. Een goed ingesteld hoortoestel waarbij de (REM)-meting (het zogenaamde 'technisch bewijs') op juiste wijze door de audiciens wordt toegepast vormt de basis van de evaluatie. Naast de REM-meting is het van belang een verificatie van de instellingen uit te voeren door middel van spraakverstaan en vragenlijsten. Het *Hoorprotocol* adviseert het gebruik van de Hoorvragenlijst en de PREM hooroplossing; het *StAr-handboek* de COSI (onderdeel van de Hoorvragenlijst).

1.3.2 **Variatie tussen audiciens voor de manier van het instellen en evalueren van hoortoestellen en de proefperiode**

In de praktijk stellen audiciens hoortoestellen op verschillende manieren in. De audicien maakt een inschatting van de instelling van het toestel ten behoeve van het eerste gebruik op basis van de software (rekenregels) van de fabrikant of door zelf op basis van metingen de instelling te bepalen. Stakeholders geven aan dat hoortoestellen niet altijd optimaal ingesteld worden. Met name voor minder ervaren hoortoestel dragers kan de -vanuit audiologisch oogpunt- optimale instelling soms moeilijk zijn om aan te wennen. Hoortoestelinstellingen die (in eerste instantie) oncomfortabel zijn verkleinen de kans dat een slechthorende het toestel wil aanschaffen. Vanuit commercieel perspectief kan het voor audiciens dus rendabeler zijn om meer in te zetten op minder optimaal maar comfortabeler instellen.

De proefperiode waarin het hoortoestel wordt ingesteld en de slechthorende kan wennen aan het nieuwe geluid is essentieel om optimaal bij te dragen aan het functioneren van mensen. Uit het onderzoek *Zorg bij de audiciens* komt naar voren dat de proefperiode vaak korter is dan de 8 weken die wordt genoemd in het *Hoorprotocol*. Van de slechthorenden deelnemers geeft 21% aan een proefperiode korter dan 4 weken te hebben gehad, 44% had een proefperiode van 4 tot 8 weken. Van de audiciens geeft 7% aan een proefperiode korter dan 4 weken te hanteren, 42% gaat uit van 4-8 weken.^[6]

In het vergoedingssysteem zit geen incentive om een slechthorende een langere wenperiode met veel bijstellen te laten doorlopen. Dit levert immers geen hogere vergoeding op terwijl het wel meer tijd en geld kost. Audiciens geven aan dat lange instelperiodes met veel contactmomenten in de winkel, financieel niet haalbaar zijn. Daarnaast geven zij aan dat slechthorenden ook vaak een korte instelperiode willen. Dit speelt met name als mensen, vanwege het eigen risico, nog voor het einde van jaar een hoortoestel aan willen schaffen. Vanuit kwaliteitsoogpunt zou het echter niet de bedoeling mogen zijn dat dit de duur van de wenperiode bij een hulpmiddel beïnvloedt.

Om na het instellen te bepalen of de instelling optimaal is, gebruiken bijna alle audiciens (>90%) metingen, hun professionele oordeel (92%) en het oordeel van de slechthorende (99%). Dit laatste wijkt af van wat slechthorenden zelf aangeven. Van de slechthorenden geeft 65% aan dat de audiciens om hun oordeel heeft gevraagd en 26% geeft aan dit zelf proactief te hebben ingebracht. In de praktijk worden niet altijd de aanbevolen vragenlijsten gebruikt om de instelling te controleren. Hetzelfde geldt voor de metingen. Hoewel een REM-meting altijd uitgevoerd dient te worden bij de evaluatie van de instelling van het hoortoestel geeft een derde van de deelnemende audiciens aan dit niet altijd te doen. Stakeholders herkennen dit en geven aan dat audiciens het uitvoeren en interpreteren van de REM-meting moeilijk kunnen vinden.^[6]

1.3.3 **Verbetermogelijkheid en verbeteracties**

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk bij de instelling van hoortoestellen en de evaluatie hiervan. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 1 in hoofdstuk 4.

Twee verbeteracties zijn tot nog toe geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid: **verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen.**

Verbeteractie C.1: maak afspraken over een minimale duur van de wen- en proefperiode.

Om te bevorderen dat audiciens voldoende tijd nemen om verschillende instellingen uit te proberen en om te bevorderen dat slechthorenden voldoende tijd krijgen om te wennen aan horen met een hoortoestel maken partijen afspraken over de minimumduur van de wen- en proefperiode (per uitgeprobeerd toestel). Uit het onderzoek is gebleken dat in sommige gevallen de proefperiode 4 weken of korter is met als risico dat een slechthorende onvoldoende tijd heeft om te wennen aan de werking van het hoortoestel in verschillende luistersituaties. Het hanteren van een minimumduur (per toestel) kan dit voorkomen.

Verbeteractie C.2: specificer de afspraken over het proces van instellen en evalueren van hoortoestellen.

De beroepsgroepen van audiciens en klinisch fysicus-audiologen gaan na op welke punten de huidige afspraken over instellen en evalueren van hoortoestellen meer concreet beschreven moeten worden. Uit ons onderzoek blijkt dat tijdens de evaluatie de REM-meting niet altijd wordt uitgevoerd. Om de instelling van hoortoestellen te optimaliseren is het nodig om inzicht te krijgen in hoe REM-metingen in de audicienspraktijk vaker en beter uitgevoerd kunnen worden. Ditzelfde geldt voor inzet van de andere te verrichten metingen, zoals spraakverstaan en vragenlijsten. Een volgende stap is om deze inzichten te verwerken in een protocol voor het proces voor het (basis)instellen en evalueren van hoortoestellen, waarbij meer wordt ingezet op 'optimaal' en minder op comfortabel instellen. Dit zal ertoe leiden dat er minder ruimte wordt gelaten aan variaties tussen audiciens. Vervolgens voegen partijen dit protocol toe aan het *StAr-handboek* en waar nodig aan het *Hoorprotocol*.

1.4 Verbetermogelijkheid D: verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht

Nazorg is een belangrijk onderdeel van de hoortoestellenzorg. Uit het *Eurotrak*-rapport komt naar voren dat proactieve nazorg een positief effect heeft op de mate van tevredenheid over een hoortoestel en op het aantal uur dat een hoortoestel gemiddeld gedragen wordt per dag.^[26]

Nazorg beslaat de periode vanaf de aanschaf van het hoortoestel tot 5 jaar daarna. Het bieden van nazorg na het verstrekken van een hoortoestel is belangrijk omdat dit bijdraagt aan het (maatschappelijk) functioneren van slechthorenden. De behoeften van een slechthorende kunnen door de tijd heen veranderen vanwege veranderingen in het gehoor of veranderingen in persoonlijke- en omgevingsfactoren. Op deze veranderingen kan ingespeeld worden door regelmatig te controleren of er aanpassingen nodig zijn aan het hoortoestel. Daarbij kan de audicien bij de nazorg ook advies geven over de inzet van andere hoorhulpmiddelen en het gebruik van het hoortoestel in verschillende situaties. Tevens kan de audicien bij een vermoeden van communicatieproblemen, problemen met de acceptatie van het hoortoestel of psychosociale problemen melden dat hier ook andere zorg voor mogelijk is en dat de huisarts daarvoor kan doorverwijzen. Zo kan goede nazorg bij een hoortoestel ook leiden tot verbeteringen in het functioneren.

Op dit moment wordt nazorg niet apart vergoed, er is één vergoeding voor de anamnese, de audiometrie, de aanmeting van het hoortoestel, het hoortoestel zelf en de nazorg en garantie gedurende 5 jaar. Deze vergoeding betaalt de verzekeraar bij het afronden van de proefperiode na de instelling (lees: bij aanschaf van het hoortoestel). Nazorg wordt dus vergoed voordat deze geleverd wordt. Bijna alle zorgverzekeraars hanteren deze systematiek. Deze methode van vergoeding zorgt ervoor dat audiciens vanuit financieel perspectief geen incentive hebben om uitgebreide nazorg aan te bieden, zij hebben immers de vergoeding hiervoor al ontvangen.

Ons onderzoek laat zien dat er in de richtlijnen geen duidelijkheid is over hoe nazorg precies vormgegeven moet worden en dat er praktijkvariatie is in hoe nazorg geleverd wordt. Dit suggereert dat mensen met een hoortoestel mogelijk onnodige beperkingen in hun functioneren ervaren.

We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten deze verbetermogelijkheid is gebaseerd en formuleren vervolgens de bijbehorende verbeteracties.

1.4.1 **Opvattingen over goede nazorg**

Uit de richtlijnanalyse blijkt dat volgens het *Hoorprotocol* in de periode van 3 tot 6 maanden na aanschaf een evaluatie dient plaats te vinden. Het overgrote deel van de nazorg vindt echter hierna plaats. In het *Hoorprotocol* wordt deze periode niet beschreven. Over het informeren van slechthorenden over nazorg vermeldt het *Hoorprotocol* dat er “*afspraken worden gemaakt over de nazorg*”, dit wordt niet nader toegelicht.^[14]

In het *StAr-handboek* wordt een jaarlijks of halfjaarlijks controlebezoek aanbevolen, dit is echter geen norm zoals veel andere onderdelen van het handboek dat wel zijn. In het handboek staat beschreven welke aspecten gecontroleerd zouden moeten worden tijdens een controlebezoek: 1) klantervaringen, waaronder de tevredenheid van de klant over zijn of haar functioneren met het hoortoestel, 2) inspectie van het oor, 3) controle van het hoortoestel, 4) en uitvoeren van kleine reparaties en onderhoud. Over het informeren van slechthorenden over nazorg wordt genoemd dat “*de klant nader geïnformeerd moet worden over de inhoud en duur van de garantie op hulpmiddelen*” en “*de nazorg die de organisatie biedt en eventueel daaraan verbonden kosten*”. Het beoogde resultaat van nazorg is volgens het *StAr-handboek* dat het geleverde hulpmiddel functioneert naar behoren gedurende de te verwachten gebruikersduur ervan.^[15]

1.4.2 **Variatie tussen audiciens ten aanzien van de manier waarop zij nazorg invullen**

Er is sprake van variatie in de nazorg die door audiciens (bedrijven) gegeven wordt. Sommige hanteren een actieve benadering waarbij slechthorenden worden opgeroepen om langs te komen voor controle. Anderen hanteren een passieve benadering waarbij de slechthorende zelf initiatief dient te nemen om nazorg te vragen. In het rapport ‘Zorg bij de audiciens’ geven de audiciens aan bij nazorg met name informatie te verstrekken over garantie (97%) en onderhoud (96%). De meeste slechthorenden geven aan een vorm van nazorg van nazorg te krijgen. Onder de slechthorenden heeft 70% gebruik gemaakt van nazorg om het hoortoestel te laten bijstellen. Andere vormen van nazorg werden minder gebruikt, zoals het onderhoud of repareren van het toestel.^[6]

1.4.3 **Verbetermogelijkheid en verbeteracties**

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk is op het punt van nazorg bij een hoortoestel. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 1 in hoofdstuk 4. Tot nu toe is 1 verbeteractie geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid: **verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht.**

Verbeteractie D.1: definieer wat persoons- en functioneringsgerichte gerichte nazorg inhoudt en maak afspraken over hoe deze vormgegeven moet worden.

Partijen definiëren in het *StAr-handboek* wat nazorg is. Hierbij is het van belang dat er onderscheid wordt gemaakt in de verschillende onderdelen van nazorg (onderhoud, instellen, overige zorg zoals advisering met betrekking tot andere hulpmiddelen, uitleg en instructies voor goed gebruik). Tevens verdienen de aanbevelingen over nazorg een meer verplichtend karakter te krijgen om zo praktijkvariatie te verminderen. Bij normen voor nazorg moet aandacht zijn voor het concept ‘nazorg op maat’, dit wil zeggen dat er periodiek gekeken moet worden naar de individuele behoefte van de slechthorende voor nazorg.

1.5 **Verwachte effecten van de verbeteringen**

Aan de hand van de verbetermogelijkheden die in dit hoofdstuk genoemd staan kunnen partijen gezamenlijk de kwaliteit van zorg voor volwassenen met slechthorendheid verbeteren. Door meer in te zetten op een integrale en persoonsgerichte aanpak bij perceptief gehoorverlies worden alle componenten van hoorzorg in samenhang aangeboden. Dit betekent dat de verschillende componenten worden ingezet afhankelijk van de individuele behoefte van mensen met perceptieve slechthorendheid. Hierdoor kunnen mensen beter functioneren en participeren in de maatschappij, ondanks hun perceptieve slechthorendheid. Daarbij zal ook de kwaliteit van leven verbeteren.

Niet alleen mensen met perceptieve slechthorendheid hebben baat bij een persoonsgerichte, functioneringsgerichte integrale aanpak. Ook de maatschappij heeft er een belang bij dat slechthorenden de juiste zorg krijgen en beter kunnen functioneren en participeren.

Het is lastig om de baten van meer persoonsgerichte integrale zorg bij perceptieve slechthorendheid te kwantificeren. Hetzelfde geldt voor de inzet van de afzonderlijke componenten van zorg. Er zijn geen kosteneffectiviteit studies naar integrale hoorzorg en de afzonderlijke componenten gedaan. Wel is er

onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van het implementeren van alle door de WHO geadviseerde zorg¹ waar de verschillende componenten (compensatie van het gehoorverlies, communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening) een onderdeel van zijn. Dit onderzoek laat zien dat gehoorverlies hoge economische kosten met zich mee brengt en het investeren in de door de WHO geadviseerde zorg ook in welvarende landen een gunstige 'return on investment' heeft.

Daarnaast verwachten we dat een integrale aanpak bij slechthorendheid het risico op problematiek zoals vermoeidheid, depressie en eenzaamheid kan verminderen waardoor een deel van de kosten voor de zorg en ondersteuning voor deze problemen vermeden kan worden.

In Nederland zijn ongeveer 260.000 mensen met slechthorendheid tussen de 18 en 67 jaar.^[2] Bij de overgrote meerderheid van deze mensen is er sprake van perceptieve slechthorendheid. Wanneer deze groep minder goed mee kan komen in het arbeidsproces of zich vaker ziekmeldt, worden er maatschappelijke kosten gemaakt. Door volwassenen met perceptieve slechthorendheid meer persoonsgerichte zorg met een integrale aanpak te bieden verwachten we dat een deel van deze maatschappelijke kosten worden vermeden.

¹ De WHO stelt een pakket aan maatregelen voor om de oor- en gehoorzorg wereldwijd te verbeteren. Dit is een combinatie van maatregelen gericht op: screening, preventie, technologie, revalidatie, participatie, blootstelling aan geluid en maatschappelijke betrokkenheid rond slechthorendheid. *World report on Hearing*. Geneva. 2021.

2

Waarborg dat het hoorhulpmiddelenverstrekkingensysteem een passend hoortoestel biedt voor iedere verzekerde

Op basis van onderzoek en in samenspraak met partijen is het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat verbetering van het verstrekkingensysteem voor hoorhulpmiddelen nodig is. Slechthorenden die hier redelijkerwijs op zijn aangewezen, hebben recht op een passend hoortoestel vanuit de *Zorgverzekeringswet*, maar krijgen dat nu niet altijd. Een passende hooroplossing is van groot belang voor het verbeteren van de kwaliteit van leven en het functioneren en participeren van slechthorenden.

De hoorhulpmiddelenzorg in Nederland wordt geleverd volgens het zogenaamde *Hoorprotocol*. Het doel van dit protocol is dat een slechthorende een kwalitatief goede hooroplossing krijgt, waarmee die persoon zo goed mogelijk kan functioneren.^[14] Uit ons onderzoek concluderen we dat deze doelstelling onder druk staat. Partijen ervaren knelpunten om de huidige afspraken over goede hoorhulpmiddelenzorg uit te voeren. Hierdoor krijgt een deel van de slechthorenden geen passende hooroplossing of ontvangen zij niet de hoorhulpmiddelenzorg die hen in staat stelt zo optimaal mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. Gezien het feit dat we in een communicatieve samenleving leven, is het belangrijk dat de hoorhulpmiddelenzorg verbetert.

De knelpunten in de hoorhulpmiddelenzorg spelen al geruime tijd. In 2016 besteedden de Volkskrant (*Heibel tussen prijsvechters en gevestigde audiciens*) en RTL Nieuws (*Hoortoestel nodig? Laat je geen oor aannaaien!*) aandacht aan het onderwerp naar aanleiding van een persbericht van Stichting Hoormij.NVVS.^[27, 28] Drie jaar later stuurde AudiNed (de beroepsvereniging van audiciens) een brief aan het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit om hun zorgen over hoorhulpmiddelenzorg kenbaar te maken. Deze zorgen zijn nog steeds actueel. Partijen geven aan dat de hoorhulpmiddelenzorg te veel gericht is op kostenbeheersing en maken zich ongerust over de afnemende toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de hoorhulpmiddelenzorg. In 2022 hebben zij meerdere brieven en artikelen gepubliceerd waarin dit onder de aandacht werd gebracht.

Het feit dat de sector zich op het grensvlak van commercie en zorg bevindt, maakt de hoorhulpmiddelenzorg complex. Hierdoor wordt het oplossen van bovengenoemde knelpunten bemoeilijkt. Audiciens leveren Zwv-zorg, maar zijn ook winkeliers. Daarbij speelt ook mee dat een deel van de hoortoestellen die in Nederland beschikbaar zijn, niet uit de basisverzekering worden vergoed, maar alleen via de vrije markt geleverd worden. Een andere complicerende factor is dat er veel verschillende overlegtafels zijn, die zich deels over dezelfde onderwerpen buigen (zie bijlage F).

In dit hoofdstuk staan de volgende verbetermogelijkheden voor de hoorhulpmiddelenzorg centraal:

- E. Ontwikkel het systeem van hoortoestellenverstrekking verder door.
- F. Evalueer de afspraken over de extra zorgvraag.

We beschrijven hieronder de resultaten van ons onderzoek die aan deze verbetermogelijkheden ten grondslag liggen. Ook beschrijven we de verwachte effecten van de verbeteringen.

2.1 **Verbetermogelijkheid E: ontwikkel het systeem van hoortoestelverstrekking verder door**

In januari 2013 zijn beleidswijzigingen in de hoorhulpmiddelenzorg doorgevoerd. Het doel hiervan was om de doelmatigheid en de financiële toegankelijkheid van de hoorhulpmiddelenzorg te verbeteren. Partijen hebben hiertoe het *Hoorprotocol* ontwikkeld.^[14] Met behulp van dit protocol wordt berekend voor welke categorie hoortoestel de slechthorende in aanmerking komt. Binnen het protocol wordt op basis van metingen en vragenlijsten bepaald welke categorie hoortoestel passend is. De categorieën variëren van toestellen voor relatief eenvoudig op te lossen gehoorproblemen (categorie 1) tot toestellen voor de meest complexe

gehoorproblemen (categorie 5). In de hoortoestellendatabase staat welke hoortoestellen in welke categorie zijn ingedeeld. Aan deze categorisering is ook de vergoeding gekoppeld. Zorgverzekeraars en audicienbedrijven maken afspraken over de vergoedingen per categorie. Fabrikanten zijn niet verplicht om een hoortoestel aan te bieden voor categorisering.

Partijen hebben in het consensusdocument *Hoorzorg 2017* verschillende afspraken gemaakt over het systeem van hoortoestelverstrekking welke nog niet zijn nagekomen.^[29] Het niet nakomen van deze afspraken leidt er, in combinatie met andere oorzaken, toe dat slechthorenden steeds moeilijker een passend hoorhulpmiddel kunnen krijgen binnen de basisverzekering en uiteindelijk vaker een hoortoestel aanschaffen op eigen kosten (zie kader).

We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten deze verbetermogelijkheid is gebaseerd en formuleren vervolgens de bijbehorende verbeteracties.

Hoortoestel uit de basisverzekering

Hoortoestellen kunnen worden vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering als een verzekerde voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in de aanspraak. Een verzekerde kan voor vergoeding van een hoortoestel in aanmerking komen bij een gehoorverlies van ten minste 35dB². Zorgverzekeraars hebben een aantal voorwaarden gesteld voor vergoeding. Audiciens moeten werken volgens het *Hoorprotocol* en StAr-geregistreerd zijn. Een hoortoestel moet zijn opgenomen in de hoortoestellendatabase om voor vergoeding in aanmerking te komen. Iedere verzekerde heeft recht op een adequaat hoortoestel waarop hij redelijkerwijs is aangewezen. Bij uitzondering is vergoeding van een vrije markt toestel daarom mogelijk. Dit kan via de procedure van een 'extra zorgvraag' (zie 2.2.1). Zorgverzekeraars en audicienbedrijven maken ieder jaar afspraken over de hoogte van de vergoeding. Verzekerden betalen 25% eigen bijdrage en eventueel eigen risico voor hoortoestellen. De zorgverzekeraar vergoedt 75%.

Hoortoestel aanschaffen op de vrije markt

Het is voor slechthorenden ook mogelijk om op eigen kosten een hoortoestel aan te schaffen, dus op de vrije markt zonder vergoeding door de zorgverzekeraar. Het *Hoorprotocol* hoeft niet gevolgd te worden, er is geen StAr-registratie nodig en een hoortoestel hoeft niet in de hoortoestellendatabase te staan. Mensen hebben dus meer keuzevrijheid dan binnen de basisverzekering. Zij kunnen alle hoortoestellen aanschaffen die op de markt beschikbaar zijn. Op de vrije markt kunnen audicienbedrijven zelf de prijzen van hoortoestellen bepalen. Zij onderhandelen niet met de zorgverzekeraars. De slechthorende moet het toestel volledig zelf betalen en maakt zelf afspraken met de audicien over bijvoorbeeld instellen, reparaties en nazorg.

2.1.1 Opvattingen en afspraken over systeem passende hoortoestelverstrekking

Om ervoor te zorgen dat mensen een hoortoestel krijgen dat past bij hun specifieke hoorprobleem en individuele behoeften is het *Hoorprotocol* ontwikkeld.^[30] Hierin staan afspraken over de verstrekking van hoortoestellen en het hierbij te doorlopen proces. De afspraken hebben betrekking op de hoorhulpmiddelen die vergoed worden vanuit de basisverzekering. In het consensusdocument *Hoorzorg 2017* hebben stakeholders (zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) met elkaar afspraken gemaakt over doorontwikkeling van het *Hoorprotocol*.^[29]

Gezien de technologische ontwikkelingen van hoortoestellen en veranderende eisen aan het functioneren van slechthorenden, bijvoorbeeld door digitalisering, is het nodig om het systeem van hoortoestelverstrekking (de database, de wijze van categorisering van hoortoestellen en hoe bepaald wordt voor welke categorie hoortoestel een slechthorende in aanmerking komt) periodiek te actualiseren. Dit hebben partijen afgesproken in het consensusdocument *Hoorzorg 2017*. Hierin staat dat stakeholders de doorontwikkeling van het *Hoorprotocol* ondersteunen en daar actief aan bijdragen. In het consensusdocument staat verder dat stakeholders de introductie van innovatieve technologie in hoortoestellen bevorderen, daar waar deze bijdraagt aan adequate verstrekking van hoorhulpmiddelen. Dit moeten ze doen door deze innovatieve technologie op transparante wijze en op basis van heldere en door alle partijen ondersteunde criteria op te nemen in de

² Artikel 2.10 van de *Regeling zorgverzekering*. Zie Bijlage D voor een nadere toelichting op wet- en regelgeving.

hoortoestellendatabase, met medewerking van de hoortoestellenindustrie (de branchevereniging voor fabrikanten van hooroplossingen in Nederland (GAIN) en het Hearing Industry Research Consortium (IRCH).^[29]

2.1.2 Verschillende gemaakte afspraken zijn nog niet nagekomen

Doorontwikkeling van het *Hoorprotocol* en het systeem van hoortoestelverstrekking heeft tot op heden op verschillende onderdelen nog niet plaatsgevonden. Dit heeft uiteindelijk gevolgen voor het aanbod van hoortoestellen dat beschikbaar is via de basisverzekering, doordat de criteria niet meer aansluiten op de technische ontwikkelingen sinds het opstellen van het protocol. De criteria voor het opnemen en het indelen van hoortoestellen zijn niet herzien sinds de invoering tien jaar geleden. Stichting *Platform for Audiological Clinical Trials* (PACT)³ heeft in opdracht van de Stuurgroep Hoorprotocol van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een pilotonderzoek uitgevoerd naar de werking van het *Protocol Hoorhulpmiddelen* z.o. Hierin staat dat wat de gebruiker van het hulpmiddel mag of kan verwachten, de *Product Related Intended Use* (PRIU), niet veranderd is sinds 2012. *“De verdere ontwikkeling van de PRIU-berekening is zeker nodig, maar heeft om allerlei redenen stilgestaan. Als de doorontwikkeling zou plaatsvinden, dan zouden gemiddeld de toestellen naar een lagere klasse migreren.”*^[31]

Het niet doorontwikkelen van de criteria heeft uiteindelijk gevolgen voor het beschikbare aanbod in de database. En daarmee op welke hoortoestellen beschikbaar zijn in het basispakket van de zorgverzekering en het assortiment aan hoortoestellen dat audiciens verkopen. Uit de GAIN-data over de verkochte hoortoestellen blijkt dat hoortoestellen uit categorieën 1 en 2 nauwelijks meer worden verkocht. In *Zorg bij de audicien* gaven enkele geïnterviewde audiciens aan dat de kwaliteit van de toestellen in deze categorieën onvoldoende is.^[6] Het aandeel verkochte hoortoestellen in de vrije markt, die niet onder de basisverzekering vallen, neemt juist toe: van 6 procent in 2015 tot 18 procent in 2020. De verwachting is dat dit in 2023 oploopt tot 20 procent.^[32]

Ook de criteria waarmee bepaald wordt of een hoortoestel passend (adequaat) is voor een individuele slechthorende zijn onvoldoende uitgewerkt en aangepast over de tijd. Tien jaar geleden was een adequate hooroplossing iets anders dan nu. De eisen die aan mensen worden gesteld in de maatschappij en thuis zijn veranderd. Ook de technische mogelijkheden zijn veranderd. De huidige hoortoestellen kunnen bijvoorbeeld met Bluetooth-technologie zorgen voor verbinding met de mobiele telefoon, televisie of tablet. Dat maakt telefoneren, digitaal vergaderen en televisie kijken beter mogelijk. Stakeholders geven aan dat ze behoefte hebben aan duidelijkere handvatten en afspraken over wanneer dergelijke technische mogelijkheden passend zijn. Het Zorginstituut constateert dat het *Hoorprotocol* nu veel ruimte, maar onvoldoende houvast biedt bij het selecteren van een passend hoortoestel.

2.1.3 Aan een aantal randvoorwaarden wordt nog niet voldaan

Er wordt nog niet voldaan aan een aantal randvoorwaarden voor het goed laten functioneren van het *Hoorprotocol*. Hierdoor krijgen slechthorenden mogelijk niet altijd een passend hoortoestel. Uit gesprekken met partijen blijkt dat op dit moment de indeling van hoortoestellen voor de hoortoesteldatabase gedaan wordt door één klinisch fysisch-audioloog. Dit vormt een risico voor de houdbaarheid van het systeem. Bij de invoering van het systeem in 2013 werd de hoortoestelclassificatie gedaan door een onafhankelijke werkgroep, ingesteld door Zorgverzekeraars Nederland en met daarin twee audiciens, twee klinisch-fysisch audiologen en twee niet nader gespecificeerde deskundigen.³

Daarnaast is de inhoud van de hoortoestellendatabase niet openbaar toegankelijk. Voor slechthorenden is dus niet transparant welke hoortoestellen in de database staan en in welke categorie ze zijn ingedeeld. Doordat slechthorenden deze informatie niet kunnen raadplegen, beperkt dit hun mogelijkheden om een goede geïnformeerde keuze te maken over het aan te schaffen hoortoestel. Daarnaast wordt de database niet goed up-to-date gehouden. Partijen geven aan dat er hoortoestellen in staan die niet meer leverbaar zijn. Hierdoor is niet duidelijk welke hoortoestellen daadwerkelijk beschikbaar zijn binnen het verzekerde pakket.

2.1.4 Implementatie van het Hoorprotocol met de recent ingevoerde tool BRIDGE

In juli 2021 is de BRIDGE-tool geïntroduceerd om audiciens te ondersteunen om passende hoortoestellen te selecteren aan de hand van het *Hoorprotocol*. Met de BRIDGE-tool kan een audicien op systematische wijze bepalen welke categorie hoortoestel past bij de behoefte van een slechthorende.

³ Meer informatie over de hoortoestelclassificatie is te vinden op <http://www.hoortoestellendatabase.nl>.

Het is onduidelijk in hoeverre de BRIDGE-tool wordt gebruikt. Omdat de implementatie toen net was gestart, kon het onderzoek *Zorg bij de audicien* niet nagaan hoe vaak audiciens de BRIDGE-tool inzetten.

2.1.5 **Verbetermogelijkheid en verbeteracties**

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk is op het systeem van hoortoestelverstrekking. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 2 in hoofdstuk 4. Tot nu toe zijn er vijf verbeteracties geformuleerd behorende bij verbetermogelijkheid E: **ontwikkel het systeem van hoortoestelverstrekking verder door.**

Verbeteractie E.1: update de afspraken over de manier waarop hoortoestellen functiegericht en passend voorgeschreven worden, in het licht van technische en maatschappelijke ontwikkelingen.

We hebben met partijen afgesproken dat ze met elkaar in gesprek gaan over de wijze waarop functiegericht en passend voorschrijven bevorderd kan worden. Hieruit volgen afspraken die zijn gericht op het praktisch ondersteunen van audiciens en zorgverzekeraars in het bepalen wat passend is. De handvatten die hiervoor ontwikkeld worden, komen in het *Hoorprotocol*.

Verbeteractie E.2: maak afspraken over het periodiek herzien van criteria waarmee hoortoestellen gecategoriseerd worden.

Het is belangrijk dat de doorontwikkeling van het categoriesysteem alsnog plaatsvindt en periodiek wordt herhaald, zodat de criteria actueel blijven. Partijen gaan deze eerdere afspraak alsnog uitvoeren. Dit vraagt ook om aanpassing van de vragenlijsten, BRIDGE-tool en database. En hoortoestellen moeten opnieuw worden beoordeeld aan de hand van de nieuwe criteria.

Verbeteractie E.3: actualiseer doorlopend de hoortoestelendatabase, zodat de database hoortoestellen bevat die leverbaar zijn.

Om te zorgen dat het beschikbare aanbod en de hoortoestelendatabase beter met elkaar overeenkomen, moet de database vaker worden geactualiseerd, waarbij niet-leverbare toestellen eruit gaan.

Verbeteractie E.4: professionaliseer het proces van het categoriseren van hoortoestellen.

Op dit moment wordt het categoriseren van hoortoestellen uitgevoerd door één klinisch-fysicus audioloog. Om dit proces te bewaken en waarborgen, is het nodig om een commissie aan te stellen.

Verbeteractie E.5: bevorder en bestendig het juiste gebruik van de BRIDGE-tool.

De BRIDGE-tool is ingevoerd om op systematische wijze te bepalen welke categorie hoortoestel past bij wat een slechthorende nodig heeft. De implementatie van BRIDGE is gestart in 2021. We bevelen aan de implementatie te monitoren en evalueren om vast te stellen in hoeverre audiciens dit systeem gebruiken en in hoeverre het leidt tot toewijzing van passende hoorhulpmiddelenzorg.

2.2 **Verbetermogelijkheid F: evalueer de afspraken over de extra zorgvraag voor de inrichting van de te doorlopen procedure**

Uit het onderzoek komt naar voren dat slechthorenden en zorgverleners verschillende knelpunten ervaren rondom de extra zorgvraag (zie 2.2.1). Van de mogelijkheid van het indienen van een extra zorgvraag kan gebruik worden gemaakt wanneer iemand niet kan functioneren met een hoortoestel uit één van de categorieën, maar wel met een niet-gecategoriseerd hoortoestel (een hoortoestel dat niet in de database is opgenomen). De bedoeling van deze mogelijkheid is dat iedere slechthorende een hoorhulpmiddel vergoed kan krijgen dat past bij wat hij of zij nodig heeft, ook wanneer er sprake is van een complexe zorgvraag en hij of zij niet uitkomt met een hoortoestel uit de database. Het recht op vergoeding van een hoorhulpmiddel waarmee de slechthorende goed kan functioneren is wettelijk vastgelegd.^[14] De knelpunten rondom de extra zorgvraag leiden ertoe dat slechthorenden mogelijk niet altijd een passend hoortoestel kan krijgen via de basisverzekering. We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten dit is gebaseerd en noemen daarna de verbetermogelijkheden.

2.2.1 **Hoorprotocol beschrijft procedure voor de extra zorgvraag**

In het *Hoorprotocol* staat dat de audicien argumenten kan verzamelen waaruit blijkt waarom iemand niet kan functioneren met een hulpmiddel uit de categorieën, maar wel met een hoortoestel dat beschikbaar is in de vrije markt. Het *Hoorprotocol* beschrijft in het kort waar de aanvraag aan moet voldoen. Een aanvraag voor een hoortoestel buiten de categorieën moet gedegen onderbouwd zijn door een klinisch fysicus-audioloog.

Daarnaast moeten 2 hoortoestellen uit de database zijn uitgeprobeerd. De zorgverzekeraar gaat over tot vergoeding wanneer deze inhoudelijk akkoord is en de procedure is gevolgd.^[14]

2.2.2 Knelpunten in de procedure voor de extra zorgvraag

Zorginstituut Nederland heeft problemen omtrent de extra zorgvraag eerder onder de aandacht gebracht. In 2015 heeft het Zorginstituut namelijk de beleidswijzigingen in de hoorzorg geëvalueerd. Hierin werd gesignaleerd dat de extra zorgvraag procedure in de praktijk te complex en tijdrovend was. Het Zorginstituut heeft zorgverzekeraars naar aanleiding hiervan gevraagd om na te gaan of de procedure verbeterd kon worden.^[33] De procedure is sindsdien niet herzien.

Stakeholders ervaren de knelpunten uit de evaluatie uit 2015 nog steeds. Audiciens en audicienbedrijven ervaren de procedure als onnodig complex en bedrijfsmatig ongunstig. Audiologen geven aan dat de procedure niet altijd op de juiste wijze wordt doorlopen; audiologen worden soms te laat in het proces betrokken. In plaats van dat een slechthorende wordt doorverwezen om na te gaan hoe de (complexe) zorgvraag het best kan worden opgelost, wordt de klinisch fysisch-audioloog gevraagd akkoord te gaan met een extra zorgvraag. Voor slechthorenden zelf kan de procedure voor het indienen van een extra zorgvraag belastend zijn. Het is een intensief traject waarbij meerdere hoortoestellen uitgeprobeerd moeten worden en daarom maanden in beslag neemt. Dit kan tot gevolg hebben dat een slechthorende maandenlang niet passende hoortoestellen heeft en dus niet goed kan functioneren. Daarnaast geven partijen van zorgverleners en slechthorenden aan dat het lang kan duren tot er duidelijkheid komt over goedkeuring van de aanvraag. Zorgverleners en slechthorenden geven aan dat ze vanwege de knelpunten met de extra zorgvraag soms geen extra zorgvraag indienen. De slechthorende betaalt het hoortoestel dan zelf. Zorgverzekeraars herkennen zich niet in bovengenoemde knelpunten. Zij geven daarnaast aan dat zij maar zelden een aanvraag voor een extra zorgvraag ontvangen.

Het inzetten van de extra zorgvraag is eerder al onderzocht. In 2015 heeft stichting PACT in opdracht van Zorginstituut onderzoek gedaan naar het functioneren van het *Hoorprotocol*.^[31] In dit onderzoek werd geconcludeerd dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid van een extra zorgvraag of verwijzing naar een audiologisch centrum. In plaats daarvan werd vaak overgegaan tot het aanbieden van een hoortoestel uit een hogere (indicatie)-categorie of een vrije-markt toestel voor rekening van de slechthorende.

2.2.3 Verbetermogelijkheid en verbeteracties

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering nodig is op het punt van de extra zorgvraag. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 2 in hoofdstuk 4.

Tot nu toe is 1 verbeteractie geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid: **herzie de afspraken over de extra zorgvraag voor de inrichting van de te doorlopen procedure.**

Verbeteractie F.1: herzie gezamenlijk de afspraken over de extra zorgvraag zoals beschreven in het Hoorprotocol.

Het is de bedoeling dat de procedure voor een extra zorgvraag wordt herzien zodat slechthorenden die hier op aangewezen zijn voor een passend hoorhulpmiddel deze zo snel mogelijk krijgen. Bij de herziening is het belangrijk dat rekening wordt gehouden met de praktische uitvoerbaarheid voor slechthorenden, zorgverleners en zorgverzekeraars.

2.3 Verwachte effecten van de verbeteringen

Wanneer het hoortoestelverstrekkingssysteem verder wordt doorontwikkeld zal dit er aan bijdragen dat meer slechthorenden, indien zij daar redelijkerwijs op zijn aangewezen, een passend hoortoestel uit de basisverzekering kunnen krijgen. Een passend hoorhulpmiddel is van belang voor slechthorenden om zo goed mogelijk te kunnen communiceren en functioneren. Dit draagt vervolgens weer bij aan verbetering van de kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie.

Het Zorginstituut kan niet met zekerheid vaststellen welk effect de genoemde verbeteracties hebben op het zorggebruik en de zorgkosten. De verwachting is wel dat wanneer meer mensen een toestel uit de basisverzekering krijgen de kosten voor het verzekerde pakket zullen toenemen.

3

Geef mensen meer grip op hun eigen zorgtraject

Het Zorginstituut constateert dat het op basis van de huidige beschikbare informatie voor veel volwassenen met perceptieve slechthorendheid lastig is om een geïnformeerde keuze te maken over hun zorgtraject. Het informeren van slechthorenden over verschillende onderdelen van het zorgtraject en het beschikbare zorgaanbod is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgverleners. Op dit moment informeren zij slechthorenden hier echter beperkt over. Er is daarnaast online-informatie beschikbaar over onderdelen van het zorgtraject, maar deze informatie is gefragmenteerd en moeilijk vindbaar. Goede patiënteninformatie is een belangrijke voorwaarde om meer grip krijgen op het eigen zorgtraject, dit draagt bij aan de tevredenheid en zelfstandigheid van mensen met perceptieve slechthorendheid. Ook is goede patiënteninformatie een belangrijke voorwaarde voor het proces van samen beslissen in zowel de audiënspraktijk als de huisartsenpraktijk. Als huisartsen en mensen met perceptieve slechthorendheid gedeelde besluitvorming vaker toepassen, zullen slechthorenden zich meer bewust zijn van de diverse behandelopties, waaronder psychosociale hulpverlening en communicatietraining. Hierdoor zijn zij beter in staat om een weloverwogen keuze te maken voor passende hoorzorg.

In dit hoofdstuk staan de volgende twee verbetermogelijkheden centraal:

- G. Informeer mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg.
- H. Geef volledige en onafhankelijke informatie over hoortoestellen, het categoriesysteem en vergoede nazorg.

In de volgende paragrafen beschrijven per verbetermogelijkheid de onderzoeksresultaten die eraan ten grondslag liggen. Ook beschrijven we de verwachte effecten van de verbeteringen.

3.1 **Verbetermogelijkheid G: informeer mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg**

Het is voor slechthorenden belangrijk om goede informatie over integrale hoorzorg te krijgen. Zo kunnen zij meebeslissen over de zorg die het beste bij hen past. Daarnaast kan goede informatievoorziening slechthorenden helpen om, samen met een zorgverlener, beter te bepalen wat hun zorgbehoefte is en wat de mogelijkheden voor zelfmanagement zijn. Het moet voor slechthorenden duidelijk zijn dat hoorzorg om meer draait dan alleen een hoorhulpmiddelen en dat ook andere zorg nodig kan zijn om zo goed mogelijk te kunnen blijven functioneren. Uit onze websiteanalyse blijkt echter dat de huidige online voorlichting aan slechthorenden vooral gaat over hoorhulpmiddelen. De sites bieden veel minder informatie over het bevorderen van communicatie of psychosociale hulpverlening. Ook de informatievoorziening van audiëns is vooral gericht op technische aspecten van de hoorzorg. We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten dit is gebaseerd en noemen daarna de verbetermogelijkheden.

3.1.1 **Geen duidelijke online-informatie over integrale hoorzorg**

Voor veel mensen is internet een belangrijke informatiebron over gezondheidsproblemen. Daarom is het belangrijk dat betrouwbare informatie over integrale hoorzorg makkelijk online te vinden is. Op basis van de onderzochte websites (zie bijlage G.4) concluderen we dat er op dit moment geen informatiebron is waar alle informatie over persoonsgerichte, integrale hoorzorg en de drie verschillende componenten overzichtelijk bij elkaar staan. Websites van audiëns en zorgverzekeraars bieden vooral patiënteninformatie over hoorhulpmiddelenzorg. Slechts een paar websites, onder andere van patiëntenorganisaties en Thuisarts.nl, geven informatie over andere componenten van hoorzorg, zoals het bevorderen van communicatie en psychosociale hulpverlening. Onze websiteanalyse laat ook zien dat online-informatie niet altijd makkelijk te vinden is. Vaak zijn zeer specifieke zoektermen nodig. Dit maakt het voor slechthorenden met weinig kennis over hoorzorg lastig om alle benodigde informatie te vinden die nodig is voor het maken van goed geïnformeerde keuzes over passende hoorzorg.

3.1.2 **Informatie bij de audiciens vooral gericht op hoortoestellen, niet op andere componenten van integrale hoorzorg**

De audiciens heeft een belangrijke rol bij het informeren van slechthorenden over hoorzorgmogelijkheden. Een groot deel van de slechthorenden komt immers alleen bij de audiciens en bespreekt de problemen die zij met hun gehoor hebben niet met de huisarts of een andere zorgverlener. De resultaten van het onderzoek *Zorg bij de audiciens*^[6] laten zien dat audiciens voornamelijk informatie geven over aankoopgerelateerde onderwerpen (garantie, levering, facturering) en het gebruik van het hoorhulpmiddel. Het onderzoek geeft ook aan dat sommige audiciens informatie geven over andere componenten van hoorzorg, als zij dat passend vinden. Dit suggereert dat zij dat niet standaard bij elke slechthorende doen. 13 procent van de audiciens geeft zelfs aan nooit informatie te geven over andere componenten van hoorzorg. Dit sluit aan bij de resultaten van het onderzoek onder slechthorenden: maar weinig slechthorenden (2 procent) geven aan dat ze dit soort informatie hebben ontvangen.

3.1.3 **Wat zijn de verbetermogelijkheden?**

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk is op het punt van de informatievoorziening over integrale hoorzorg. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 3 in hoofdstuk 4. Tot nu toe zijn er twee verbeteracties geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid: **informeer mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg.**

Verbeteractie G.1: geef informatie over alle drie de componenten van integrale hoorzorg.

Partijen zijn het erover eens dat de website Thuisarts.nl de aangewezen plek is om informatie over integrale hoorzorg aan te bieden. Thuisarts.nl is een van de meest bezochte gezondheidswebsites in Nederland. Het is de grootste onafhankelijke en gratis publiekswaardige website voor betrouwbare en begrijpelijke gezondheidsinformatie. Alle relevante informatie over de verschillende aspecten van integrale hoorzorg hier aanbieden maakt deze informatie beter vindbaar en toegankelijk voor slechthorenden.

Verbeteractie G.2: benoem bij de voorlichting in de audicienspraktijk alle drie de componenten van integrale hoorzorg.

Voorlichting over de drie componenten van integrale hoorzorg door en bij de audiciens kan bevorderd worden door de huidige voorlichtingsmaterialen te verbeteren en deze actiever door audiciens te laten verspreiden. Daarnaast kunnen audiciens, nadat zij een hoortoestel hebben ingesteld, slechthorenden vertellen dat zij bij de huisarts om meer informatie kunnen vragen. Ook kunnen audiciens aangeven dat de huisarts kan verwijzen naar een audiologisch centrum of de GGMD voor zorg gericht op het bevorderen van communicatie of psychosociale hulpverlening.

3.2 **Verbetermogelijkheid H: geef volledige en onafhankelijke informatie over hoortoestellen, het categoriesysteem en de procedure bij een extra zorgvraag**

Om goed geïnformeerde keuzes te maken over hoorhulpmiddelen en zorg is het belangrijk dat slechthorenden betrouwbare informatie krijgen. Uit ons onderzoek blijkt dat de informatievoorziening over hoortoestellen en de aanschaf ervan, het categoriesysteem en de extra zorgvraag (zie 2.2.1) beter kan. Uit de analyse van online patiënteninformatie komt naar voren dat de informatie over hoortoestellen soms gekleurd is en dat duidelijke informatie over het categoriesysteem en de extra zorgvraag vaak ontbreekt. We beschrijven hieronder op welke onderzoeksresultaten dit is gebaseerd en noemen daarna de verbetermogelijkheden.

3.2.1 **Opvattingen en afspraken over informatievoorziening**

Hoortoestellen leveren een grote bijdrage aan het verbeteren van het functioneren van slechthorenden. Desondanks kunnen hoortoestellen gehoorbeperkingen vaak maar deels compenseren.^[7] In bijlage 2 van het *Hoorprotocol* staat de informatie die een audicien aan een slechthorende behoort te geven. Hierbij is ook aandacht voor het feit dat een hoortoestel gehoorproblemen doorgaans niet helemaal kan oplossen: *“Belangrijk is te realiseren dat een hoortoestel een hulpmiddel is. Horen zoals een goedhorende gaat (vaak) niet meer lukken. U moet hoogstwaarschijnlijk ook wennen aan de geluiden. Samen met uw audicien gaat u achterhalen of en zo ja, welk hoortoestel voor u geschikt is en welke resultaten er te verwachten zijn.”*

Naast informatie over de mogelijkheden en beperkingen van hoortoestellen, moet informatie over regelingen en procedures goed vindbaar zijn voor slechthorenden. Zorgverzekeraars horen verzekeren en zorgaanbieders goed te informeren.^[34] Onderdeel hiervan is transparantie over regelingen en procedures.

3.2.2 Online-informatie over hoortoestellen is gekleurd

Websites van audicienbedrijven schetsen soms een onrealistisch beeld van de mogelijkheden van een hoortoestel. Een deel van de websites die we hebben bekeken tijdens onze websiteanalyse suggereert dat er een 'perfecte hooroplossing' is die 'probleemloos horen' mogelijk maakt. Opvallend is verder dat termen als 'topsegment', 'geavanceerde oplossing', 'nieuwste technologie', 'topcollectie' en 'vrije keuze' worden gebruikt voor hoortoestellen in de vrije markt. Terwijl er over verzekerde toestellen gesproken wordt als 'eenvoudige' toestellen. Dat hoortoestellen in de vrije markt niet worden vergoed, wordt deels als positief gepresenteerd: geen bemoeienis van de zorgverzekeraar, eigen keus en belastingvoordelen.

3.2.3 Onvoldoende informatie over categoriesysteem en procedure extra zorgvraag

Uit onze analyse van online patiënteninformatie blijkt dat geen van de onderzochte websites van zorgverzekeraars uitleg geeft over het categoriesysteem (zie bijlage G.4). Uit de analyse blijkt ook dat verschillende zorgverzekeraars informatie over de procedure voor een extra zorgvraag niet op hun website hebben staan. Een enkele zorgverzekeraar noemt wel dat er bij medische noodzaak vergoeding mogelijk is voor een hoortoestel buiten de categorieën.

Audiciens informeren slechthorenden ook niet altijd over de mogelijkheid van een extra zorgvraag. Van de deelnemers aan het onderzoek *Zorg bij de audicien* gaf 17 procent aan hierover informatie te hebben gekregen⁶⁵. De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft verschillende geschillen behandeld over de extra zorgvraag. Het aandeel geschillen over dit onderwerp waarin niet wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden (onderbouwing door klinisch fysisch-audioloog en uitproberen van 2 hoortoestellen uit de database), suggereert dat de informatievoorziening over de procedure onvoldoende is.

3.2.4 Onduidelijkheid over (beperkingen in) het assortiment hoortoestellen bij audiciens

Slechthorenden moeten weten dat het assortiment hoortoestellen bij audiciens verschilt. Het beschikbare assortiment bij de audicien is immers een belangrijke factor in de keuze voor een specifiek hoortoestel. Er zijn audiciens die bijna elk merk hoortoestellen in het assortiment hebben, maar een groot deel van de audiciens biedt alleen toestellen van bepaalde merken aan. Welk hoortoestel een slechthorende krijgt aangeraden, is daarmee sterk afhankelijk van bij welke audicien iemand binnenstapt. Voor slechthorenden is niet goed duidelijk welke invloed de keuze voor een bepaalde audicien heeft op het uiteindelijk aangeboden hoortoestel. In het *Evaluatierapport beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013 uit 2015* komt dit ook aan de orde: *"Gebleken is ook dat de keuze tussen hoortoestellen die een audicien aanbiedt binnen een bepaalde categorie en die tot de gecontracteerde zorg horen, vaak beperkt is als gevolg van het inkoopbeleid van de audicien(keten)s. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde voor een adequate hooroplossing uitkomt op een hoortoestel dat hij of zij niet vergoed krijgt."*¹³¹ Als slechthorenden beter op de hoogte zijn van de verschillen in het assortiment kunnen zij kiezen voor een andere audicien. Door verschillen in het aangeboden assortiment kan een andere audicien mogelijk wel een passend hoortoestel uit de geïndiceerde categorie kan leveren.

3.2.5 Verbetermogelijkheid en verbeteracties

We hebben met de betrokken partijen vastgesteld dat verbetering mogelijk is op het punt van de informatievoorziening over verschillende aspecten van hoorhulpmiddelenzorg. De partijen die hierbij betrokken zijn, staan in tabel 3 in hoofdstuk 4. Tot nu toe zijn er zes verbeteracties geformuleerd behorende bij de verbetermogelijkheid: **geef eerlijke informatie over hoortoestellen, aanschaf, categoriesysteem en vergoede nazorg.**

Verbeteractie H.1: verbeter de voorlichting door audiciens over de meerwaarde en beperkingen van hoortoestellen.

Een deel van de beschikbare online-informatie over hoortoestellen is gekleurd. Dit maakt het voor slechthorenden moeilijker om een goed geïnformeerde keuze te maken. Audiciens moeten betere en meer objectieve informatie geven aan slechthorenden, in de winkel en online.

Verbeteractie H.2: geef aan dat er verschillen zijn in het beschikbare assortiment in de audicienspraktijk.

Voor een slechthorende is het niet duidelijk welke invloed de keuze voor een bepaalde audicien heeft voor het uiteindelijk aangeboden hoortoestel. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde binnen het geboden assortiment van de gekozen audicien geen geschikt toestel kan vinden, terwijl dit bij een andere audicien met een ander assortiment mogelijk wel lukt. Om slechthorenden in staat te stellen een goede keuze te maken, moeten zij goed geïnformeerd worden over de verschillen tussen audiciens.

Verbeteractie H.3: maak voor slechthorenden transparant in welke categorie een hoortoestel is ingedeeld.

De hoortoestellendatabase is niet openbaar toegankelijk. Alleen professionals hebben met een wachtwoord toegang tot de database. Maar ook slechthorenden horen inzicht te krijgen in het verzekerde aanbod van hoortoestellen. Dat stelt hun beter in staat gesteld om een goed geïnformeerde keuze te maken over het aanschaffen van een bepaald hoortoestel.

Verbeteractie H.4: verbeter de informatie aan verzekerden over de procedure voor extra zorgvraag en het categoriesysteem.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om te zorgen voor duidelijke, transparante en goed vindbare informatie over het categoriesysteem van hoortoestelverstrekking en de procedure voor een extra zorgvraag.

Verbeteractie H.5: Verbeter de informatievoorziening aan slechthorenden over hoe het proces van instellen en evalueren dient te verlopen.

Om het proces van het instellen en evalueren van hoortoestellen goed te laten verlopen is het van belang dat slechthorenden weten wat ze hiervan kunnen verwachten. Om slechthorenden in staat te stellen om een actieve rol te vervullen in dit onderdeel van het zorgtraject moeten zij beter geïnformeerd worden over hoe dit proces dient te verlopen. Partijen verbeteren de informatie over het proces, bijvoorbeeld in de vorm van (door)ontwikkeling en brede verspreiding van de huidige infographic “Een hoortoestel in 5 stappen”, een brochure en de website Hoorwijzer.nl.

Verbeteractie H.6: Maak inzichtelijk wat slechthorenden kunnen verwachten van nazorg na aanschaf van hoortoestellen.

Partijen maken afspraken over de wijze waarop de audicien een slechthorende informeert over nazorg en welke informatie een slechthorende dient te ontvangen, waarbij ook aandacht is voor andere aspecten dan het hulpmiddel zelf.

3.3 Verwachte effecten van de verbeteringen

De verbeteracties in dit hoofdstuk dragen bij aan het objectiever en completer maken van patiëntinformatie. Dit zal onzekerheid wegnemen, handvatten geven voor het omgaan met resterende klachten en duidelijkheid bieden over waarvoor mensen bij welke zorgverlener terecht kunnen. Bovendien kan het resulteren in een hogere tevredenheid met de geleverde zorg, doordat de slechthorende realistische verwachtingen heeft over het zorgtraject.

De verbeteringen in de patiëntinformatie staan (deels) niet op zichzelf, voor het realiseren van sommige verbeteracties in dit hoofdstuk moeten eerst verbeteracties uit Hoofdstuk 1 en 2 worden doorgevoerd.

We kunnen niet met zekerheid zeggen welk effect de genoemde verbetermogelijkheden hebben op het zorggebruik en de zorgkosten. Aan het aanbieden van patiënteninformatie of het verwijzen hiernaar zijn geen aanvullende kosten verbonden. De patiënteninformatie zal waarschijnlijk ook niet direct een kostenbesparing opleveren. We kunnen op dit moment geen inschatting maken van het effect op de kosten van de verzekerde zorg in het basispakket.

4

Realiseren van verbeteringen

In de systematische analyse van het zorgtraject voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid komt naar voren dat verbetering van de zorg op diverse onderdelen nodig is. Om volwassenen met perceptieve slechthorendheid optimaal te laten functioneren en participeren is het nodig dat er meer aandacht komt voor het maatschappelijk belang van goede hoorzorg en dat alle partijen samen werken aan verbeteringen. In dit verbeteringsignalement staan de volgende drie thema's centraal:

- Concretisering van het zorgtraject, zodat volwassenen met perceptieve slechthorendheid hoorzorg op maat krijgen.
- Waarborging dat het hoorhulpmiddelenverstrekkingssysteem een passend hoortoestel biedt voor iedere verzekerde.
- Het bieden van mogelijkheden om slechthorenden meer grip te geven op de hoorzorg die zij krijgen.

Deze verbeteringen zoals beschreven in hoofdstuk 1, 2 en 3 hebben we besproken met de betrokken partijen. Mede op basis van de opgehaalde input heeft het Zorginstituut daarna verbeteracties geformuleerd. In de bestuurlijke consultatieronde zijn partijen gevraagd in hoeverre zij de verbeteringen onderschrijven en of ze aanvullingen hebben op de verbeteracties. Op basis van de 18 binnen gekomen reacties (zie bijlage E) is de informatie in dit hoofdstuk op bepaalde punten aangescherpt.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe alle partijen aan de slag gaan met de verbeteracties. We gaan ook in op de effecten van de verbeteringen. Tot slot komen vervolgstappen om de verbeteringen te implementeren, monitoren en evalueren aan bod. Met dit verbeteringsignalement bundelt het Zorginstituut de inspanningen van partijen om gezamenlijk onderweg te zijn naar passende zorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid.

4.1 Veel inzet van alle partijen nodig bij verbeteracties

Om de kwaliteit van de hoorzorg te verbeteren is veel inzet van partijen nodig. In deze paragraaf beschrijven we wat er nodig is en welke partijen aan welke verbeteracties gaan bijdragen.

Sinds de invoering van de beleidswijzigingen in 2013 is gebleken dat vergaande samenwerking tussen partijen op meerdere vlakken uitdagend is. Om de verbeteracties te realiseren is het belangrijk dat zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties tegelijkertijd samenwerken aan dezelfde ambitie.

Allereerst is helderheid nodig in rollen van partijen om aan de slag te gaan. Bij het opstellen van de mogelijke verbeteracties heeft het Zorginstituut geredeneerd vanuit de rollen en verantwoordelijkheden van partijen in het zorgstelsel. Dat zijn afspraken die vanuit de overheid gemaakt zijn. Zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor kwalitatief goede hoorzorg. Aan de hand van de drie hierboven beschreven thema's hebben we in tabellen 1, 2 en 3 per verbeteractie een regiehouder benoemd en de te betrekken partijen. De regiehouder neemt in de implementatiefase het voortouw om in samenwerking met de andere betrokken partijen de verbetering te realiseren. De regiehouder is daarbij ook het aanspreekpunt voor het Zorginstituut. Van de betrokken partijen wordt verwacht dat zij vanuit hun expertise helpen om de verbeteringen te realiseren.

Daarnaast is zicht nodig op de verbondenheid tussen verbeteracties. Sommige verbeteracties in tabel 1 hangen onderling samen. Hetzelfde geldt voor verbeteracties in tabellen 1 en 3. Een aantal verbeteracties is zelfs volgordelijk. Bepaalde deadlines zijn mogelijk afhankelijk van elkaar. Aan de start van de implementatiefase zullen partijen afspreken wat er nodig is om de verbeteracties te concretiseren en hoe zij vergaande samenwerking gaan vormgeven.

Tabellen 1, 2 en 3 vormen de basis voor vervolgstappen. In de implementatiefase kunnen aanvullende verbeteracties worden voorgesteld, als partijen daarbij overeenstemmen.

Tabel 1 | Gemaakte afspraken met als doel om het zorgtraject te concretiseren, zodat mensen hoorzorg op maat krijgen

Mogelijke verbeteractie	Op welke manier	Deadline	Regiehouder	Betrokken partijen
Verbetermogelijkheid A				
Leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid				
A.1 Maak multidisciplinaire afspraken over een integrale aanpak	Ontwikkel een zorgstandaard Mogelijkheden onderzoeken om aan te bieden bij het Register van het Zorginstituut	Nader te bepalen, op basis van verbeteracties A.2, A.3, C.2 en D.1 Streven om in 2025 te starten	NVKF	AudiNed NHG NVLF NVKNO LWMA Hoormij.NVVS Audicienbedrijven SIAC (incl. GGMD) FENAC ZN
A.2 Verhelder in het NOAH protocol de plaats van psychosociale hulpverlening en communicatiebevordering naast technische compensatie van het gehoorverlies en geef aan dat de huisarts hiervoor kan verwijzen.	Veldnorm hoortoestelverstrekking	2024	NOAH	NHG GGMD LWMA NVLF
A.3 Verhelder in de richtlijn voor het audiologisch centrum bij welke mensen vormen van communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening nodig zijn	In ontwikkeling zijnde Richtlijn hoorzorg voor slechthorende volwassenen, voor handelen van de klinisch fysisch-audioloog	2025	NVKF	LWMA NVKNO NVLF Hoormij.NVVS SIAC (incl. GGMD) FENAC
A.4 Maak inzichtelijk welke zorg geleverd wordt in het zorgtraject voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid	Nader te bepalen. Mogelijkheden verkennen voor het koppelen van databestanden. In samenhang met de te maken multidisciplinaire afspraken die partijen gaan maken bij verbeteracties A.1, A.2 en A.3	2025	FENAC	Audicienbedrijven SIAC Zorginstituut
Verbetermogelijkheid B				
Versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk bij integrale hoorzorg				
B.1 Benadruk dat perceptieve slechthorendheid een chronische aandoening is, en expliciteer de coördinerende rol van de huisarts en praktijkondersteuner in het zorgtraject	Modulaire herziening NHG Standaard Slechthorendheid	Agenderen voor agenda van 2025	NHG	Nader te bepalen
B.2 Bevorder informatieoverdracht van de audicien naar de huisartsenpraktijk	Regionale afspraken, inclusief implementatieplan Gebruik de handreiking kwetsbare ouderen als het landelijk niveau en als leidraad voor de ontwikkeling van lokale afspraken.	2026	AudiNed	NHG Audicienbedrijven Hoormij.NVVS
Verbetermogelijkheid C				
Verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen				
C.1 Maak afspraken over een minimale duur van de proefperiode	StAr handboek	2025	StAr	mogelijk updaten van Hoorprotocol nodig, onder regie van SPHHM
C.2 Specificeer de afspraken over het proces van instellen en evalueren van hoortoestellen	StAr handboek	2025	StAr	mogelijk updaten van Hoorprotocol nodig, onder regie van SPHHM

Mogelijke verbeteractie	Op welke manier	Deadline	Regiehouder	Betrokken partijen
Verbetermogelijkheid D				
Verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht				
D.1 Definieer wat persoons- en functioneringsgerichte nazorg inhoudt en maak afspraken over hoe deze vormgegeven moet worden	StAr handboek, inclusief implementatieplan	2024	StAr	AudiNed FENAC NVKF NVLF NHG mogelijk updates van Hoorprotocol nodig, onder regie van SPHMM

Tabel 2 | Gemaakte afspraken met als doel dat het hoorhulpmiddelenverstrekkingssysteem een passend hoortoestel biedt voor iedere verzekerde

Mogelijke verbeteractie	Op welke manier	Deadline	Regiehouder	Betrokken partijen
Verbetermogelijkheid E				
Ontwikkel het systeem van hoortoestelverstrekking verder door				
E.1 Update de afspraken over de manier waarop hoortoestellen functiegericht en passend voorgeschreven worden, in het licht van technische en maatschappelijke ontwikkelingen	Hoorprotocol	2024	SPHMM	AudiNed NVKF Hoormij.NVVS ZN
E.2 Maak afspraken over het periodiek herzien van criteria waarmee hoortoestellen gecategoriseerd worden. - Beoordeel toestellen in de database opnieuw aan de hand van deze nieuwe criteria - Pas op basis van de nieuwe criteria ook de HOORvragenlijsten, BRIDGE-tool en de database aan.	Beheer hoortoesteldatabase Consensusdocument uit 2017 in uitvoering brengen	2025	SPHMM	AudiNed NVKF Hoormij.NVVS ZN GAIN
E.3 Actualiseer doorlopend de hoortoestellendatabase zodat de database hoortoestellen bevat die leverbaar zijn	Beheer hoortoesteldatabase	2024	SPHMM	AudiNed NVKF Audicienbedrijven ZN GAIN
E.4 Professionaliseer het proces van het categoriseren van hoortoestellen	Commissie aanstellen voor beheer van hoortoesteldatabase	2024	SPHMM	AudiNed NVKF Hoormij.NVVS ZN
E.5 Bevorder en bestendig het juiste gebruik van de BRIDGE-tool	Monitor en evalueer het gebruik van de BRIDGE-tool (sinds 2021 in de praktijk)	2024	SPHMM	AudiNed Audicienbedrijven ZN
Verbetermogelijkheid F				
Evalueer de afspraken over de extra zorgvraag ten aanzien van de inrichting van de te doorlopen procedure				
F.1 Herzie gezamenlijk de afspraken over de extra zorgvraag	Hoorprotocol	2024	ZN en SPHMM	Hoormij.NVVS NVKF Audicienbedrijven

Tabel 3 | Gemaakte afspraken met als doel om mensen met perceptieve slechthorendheid meer grip op hun eigen zorgtraject te geven

Mogelijke verbeteractie	Op welke manier	Deadline	Regiehouder	Betrokken partijen
Verbetermogelijkheid G				
Informeel mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg				
G.1 Geef informatie over alle drie de componenten van integrale hoorzorg	Thuisarts.nl	2024	NHG	Hoormij.NVVS KBO-PCOB AudiNed LWMA NVKF NVKNO NVLF FENAC SIAC (incl. GGMD)
G.2 Benoem bij de voorlichting in de audiencspraktijk alle drie de componenten van integrale hoorzorg	Update bestaande voorlichtingsmaterialen en implementeer deze in de audiencspraktijk Overwegen van een kwaliteitseis in het StAr handboek	2024	Audicienbedrijven	Hoormij.NVVS AudiNed NVKF StAr FENAC
Verbetermogelijkheid H				
Geef volledige en onafhankelijke informatie over hoortoestellen, het categoriesysteem en vergoede nazorg				
H.1 Verbeter de voorlichting door audiencs over de meerwaarde en beperkingen van hoortoestellen	Nader te bepalen Overwegen van een kwaliteitseis in StAr handboek	2024	AudiNed	Hoormij.NVVS NVKF Audicienbedrijven StAr
H.2 Geef aan dat er verschillen zijn in het beschikbare assortiment in de audiencspraktijk	Nader te bepalen Overwegen van een kwaliteitseis in StAr handboek	2024	AudiNed en Audicienbedrijven	Hoormij.NVVS StAr
H.3 Maak voor slechthorenden transparant in welke categorie een hoortoestel is ingedeeld	Openbaar toegankelijk platform waar op gebruiksvriendelijke wijze de meest actuele versie van de hoortoesteldatabase in te zien is	2024	SPHMM	Hoormij.NVVS ZN
H.4 Verbeter de informatie aan verzekerden over de procedure voor de extra zorgvraag en het categoriesysteem	Nader te bepalen Nader specificeren van in ontwikkeling zijnde informatiebrochure over rechten en plichten van verzekerden	2024	ZN	Hoormij.NVVS AudiNed Audicienbedrijven NVKF en/of FENAC
H.5 Verbeter de informatievoorziening aan slechthorenden over hoe het proces van instellen en evalueren dient te verlopen	Nader te bepalen Overwegen van een kwaliteitseis in StAr handboek	2024	AudiNed	Hoormij.NVVS NVKF Audicienbedrijven StAr
H.6 Maak inzichtelijk wat slechthorenden kunnen verwachten van nazorg na aanschaf van hoortoestellen	Nader te bepalen Overwegen van een kwaliteitseis in StAr handboek	2025	AudiNed	Hoormij.NVVS NHG NVKF Audicienbedrijven StAr ZN
H.7 Verduidelijk de toelichting op de wet- en regelgeving voor integrale hoorzorg	Online informatie via Zvw-kompas	2024	Zorginstituut	

Nb. In de bestuurlijke consultatieronde hebben Hoormij.NVVS en de audicienbedrijven aangegeven dat zij zorgen hebben over de uitvoering van de verbeteringen. Hoormij.NVVS gaf aan dat zij per stap willen kijken of inzet voor een verbeteractie zinvol is. De audiencsbranche heeft in een gezamenlijke reactie namens de Kwaliteitsaudiencs, Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven, Collectief van Zelfstandige Audiencs, Hoorprofs en AudiNed aangegeven dat zij de organisatorische consequenties nog onvoldoende kunnen overzien. Geld, tijd en capaciteit zijn volgens deze partijen nodig om aan de verbeteringen te werken.

Tot slot wijst het Zorginstituut de tripartite partijen in de hoorhulpmiddelenzorg op de kans om aansluiting te zoeken bij het Samenwerkingsverband hulpmiddelenzorg. Dit initiatief is ontstaan uit het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelenzorg (BOH). Het doel van het BOH is om de hulpmiddelenzorg die gebruikers thuis ontvangen in het kader van de Zorgverzekeringswet te verbeteren.

Betreffende partijen werken voor diverse hulpmiddelen aan de versterking van de huidige samenwerking door gezamenlijk op te trekken met als doel passende hulpmiddelenzorg en het verbeteren en meten van de kwaliteit. De dilemma's die bij de hoorzorg spelen, zijn namelijk vergelijkbaar met die bij andere hulpmiddelen.

4.2 Impact van de verbetermogelijkheden

Het Zorginstituut maakt een inschatting van de potentiële impact van de voorgestelde verbeteringen in de hoorzorg. De verwachting is dat het realiseren van de verbetermogelijkheden bijdraagt aan de kwaliteit van zorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid. De doelstelling is dat mensen beter kunnen functioneren en participeren in de maatschappij, ondanks hun perceptieve slechthorendheid. Ook zal hun kwaliteit van leven verbeteren. Dit soort verwachte effecten van de verbeteringen beschrijven we in paragrafen 1.5, 2.3 en 3.3. Op basis van gesprekken met betrokken partijen is de verwachting dat de kosten ten laste van de *Zorgverzekeringswet* gaan toenemen, maar een betrouwbare inschatting kan het Zorginstituut in dit stadium niet geven. Na een brede inventarisatie van beschikbare data heeft het Zorginstituut besloten om nog geen analyse van de financiële impact uit te voeren. In deze paragraaf lichten we toe waarom.

Ten eerste is de financiële impact voor een groot deel afhankelijk van de verdere uitwerking van de verbetermogelijkheden. Betrokken partijen gaan tijdens de vervolgfase van het project (de implementatiefase) nadere afspraken met elkaar maken over hoe het zorgtraject van volwassenen met perceptieve slechthorendheid eruit moet zien. Naar verwachting zal op bepaalde vlakken van het zorgtraject meer zorg worden geleverd. Denk aan psychosociale hulpverlening, zorg gericht op communicatie en mogelijk meer nazorg bij hoortoestellen. Op dit moment is de omvang van deze veranderingen nog niet duidelijk. Effecten op functioneren en kwaliteit van leven van mensen zijn nog niet in te schatten, ook niet op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur. Ook weten we niet hoe die effecten doorwerken op de zorgvraag van slechthorenden en of daardoor uiteindelijk minder zorg nodig is op andere plekken in de gezondheidszorg.

Ten tweede heeft het Zorginstituut op basis van declaratiedata onvoldoende zicht op belangrijke onderdelen van het zorgtraject voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid. We kunnen niet zien of een zorgverlener psychosociale hulpverlening heeft geleverd en wat die zorg dan inhoudt. Ook zijn er bijvoorbeeld geen specifieke gegevens beschikbaar over het proces voor of na de aanschaf van een hoortoestel. Gegevens over het aantal ingediende aantal extra zorgvragen voor hoortoestellen bij zorgverzekeraars zijn niet inzichtelijk, omdat hiervoor geen aparte declaratiecode bestaat. In bijlage G.3 beschrijven we welke data we op dit moment wél hebben.

4.3 Vervolgstappen: implementatie, monitoring en evaluatie

Nadat de Raad van Bestuur van het Zorginstituut het definitieve verbeter signalement heeft vastgesteld, start het vervolgtraject. Deze implementatiefase van het Zinnige Zorg-project perceptieve slechthorendheid bij volwassenen zal verder gaan onder de noemer '*Onderweg naar passende hoorzorg*'. In deze paragraaf beschrijven we wat de vervolgstappen inhouden.

Het doel van deze fase is het realiseren van de verbeteringen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij partijen. Wij benadrukken dat gezamenlijke inzet essentieel is om verbeteringen te realiseren. Tijdens het vervolgtraject zal vergaande samenwerking nodig zijn tussen partijen en dit zal veel motivatie, inzet en bereidheid vanuit verschillende perspectieven vragen.

Het Zorginstituut heeft bij het vervolgtraject een monitorende rol. Wij brengen partijen bij elkaar, stimuleren onderlinge samenwerking en volgen proactief het proces en de realisatie van de verbeteringen. Halfjaarlijks gaat het Zorginstituut voortgangsrapportages opvragen en koppelt daarover terug aan de partijen. Over de algehele voortgang rapporteert het Zorginstituut jaarlijks aan de minister van VWS. Als partijen nadere afspraken over goede hoorzorg hebben gemaakt en er meer inzicht in de geleverde zorg in de praktijk komt, zal het Zorginstituut de ontwikkeling van de kosten voor de *Zorgverzekeringswet* monitoren. In het kader van cyclisch pakketbeheer zal het Zorginstituut over twee tot drie jaar na publicatie van dit verbeter signalement een evaluatie uitvoeren.

4.4 **Bereidheid en betrokkenheid van overheidspartijen onmisbaar**

Het Zorginstituut vindt het als pakketbeheerder van goede verzekerde zorg belangrijk dat we gezamenlijk inzichtelijk maken wat nodig is om welk knelpunt op te lossen. Voor toezicht op contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de toezichthouder. Op het gebied van eerlijke en transparante hoortoestelmarkt zou mogelijk de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een rol kunnen spelen. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zou vanuit een toezichthoudende rol zorgaanbieders kunnen stimuleren om te werken aan het borgen en verbeteren van hun zorg.

In dit verbeter-signalement is een te ontwikkelen multidisciplinaire zorgstandaard opgenomen als verbeteractie (zie hoofdstuk 1, A.1). Indien partijen deze zorgstandaard zouden aanbieden bij het Register van het Zorginstituut komt informatie beschikbaar over de kwaliteit van integrale, persoonsgerichte hoorzorg bij audiciens- en huisartsenpraktijken, audiologische centra, instellingen voor mensen met auditieve en communicatieve beperkingen en ziekenhuizen. Echter, de vraag is of zo'n multidisciplinaire zorgstandaard past binnen de reikwijdte van het Register. Het handelen van de audiciens valt buiten de reikwijdte van de *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)*. Afspraken over het aanmeten en verstrekken van hoortoestellen door audiciens en het verrichten van gehoormetingen voorafgaand aan het aanmeten door audiciens vallen daarmee ook niet onder de reikwijdte van het Register⁴ van het Zorginstituut. De inzet van de zorgstandaard is breder (zie hoofdstuk 1), maar het betekent dat het instrument van het Register niet direct ingezet kan worden om de kwaliteit van zorg te stimuleren.

Het Zorginstituut signaleert daarnaast dat toezicht vanuit de overheid op de kwaliteit van de zorg die door audiciens wordt geleverd ontbreekt. Binnen de sector staat zelfregulering voorop. De IGJ houdt geen toezicht op de kwaliteit van zorg in de audicienspraktijk, omdat zij aangeven dat hier geen grondslag voor is vanuit de Wkkgz. Het aanpassen van de Wkkgz voor wat betreft het handelen van audiciens kan een sleutel zijn om verandering op gang te krijgen. Het is van belang dat VWS onderzoekt of aanpassing van de reikwijdte van de Wkkgz een oplossing kan bieden voor de geconstateerde lacune en welke gevolgen er verbonden zijn aan aanpassing van de reikwijdte.

Om impact te maken is het noodzakelijk om als overheid samen met het veld stappen te zetten. Het Zorginstituut gaat de huidige bevindingen actief onder de aandacht brengen bij de NZa, IGJ en de ACM. Wij gaan in gesprek over hoe we gezamenlijk, ook met het veld, zullen bijdragen aan passende hoorzorg voor volwassenen met perceptief gehoorverlies.

⁴ Het Zorginstituut houdt een openbaar register bij waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten zijn opgenomen (art. 11a van de Wkkgz). Een kwaliteitsstandaard is een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving die:

1) betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces,
2) vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen en
3) in het openbaar register van het Zorginstituut is opgenomen.

Een meetinstrument is een middel waarmee een indicatie kan worden verkregen van de kwaliteit van de geleverde zorg die in het openbaar register is opgenomen.

Bijlage A Werkwijze Zinnige Zorg

Het Zorginstituut wil met het Zinnige Zorg-programma de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst voor de patiënt vergroten en daarnaast onnodige kosten vermijden. Om deze doelen te bereiken, licht het Zorginstituut samen met betrokken partijen de zorg in het verzekerde basispakket systematisch door. Hoe we dat doen, lichten we in deze bijlage toe.

Uitgangspunten

Zorginstituut Nederland heeft voor het programma Zinnige Zorg een systematische werkwijze ontworpen om de manier waarop gebruik wordt gemaakt van zorg in het verzekerde basispakket door te lichten. De kern van deze systematische doorlichting is het identificeren en terugdringen van ineffektieve en onnodige zorg en het identificeren en realiseren van nodige zorg die niet of nog niet wordt geleverd. Met het doel dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. Een systematische doorlichting doen we binnen alle ICD-10-hoofdstukken. We werken hierbij vanuit de volgende uitgangspunten:

- *Patiëntenperspectief*: we kijken vanuit het perspectief van de patiënt naar het hele zorgtraject. Samen beslissen is daarbij van belang.
- *Pakketbeheerder*: onze focus ligt op zorg die valt onder de *Zorgverzekeringswet (Zvw)* of de *Wet langdurige zorg (Wlz)*.
- *Goede zorg in de praktijk*: we gaan uit van de opvattingen over goede zorg van de professionals zelf zoals deze zijn weergegeven in richtlijnen of blijken uit wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens kijken we hoe de zorg in de praktijk wordt uitgevoerd. Dit leidt tot identificatie van onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en het signaleren van kennislacunes.
- *Betrokkenheid partijen*: in alle fasen van de systematische doorlichting werken we samen met de betrokken verantwoordelijke partijen. Dit zijn patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorginstellingen en zorgverzekeraars. We nodigen hen uit om bijeenkomsten bij te wonen en ons te adviseren over het onderzoek en de resultaten te duiden. Voorafgaand aan de publicatie van rapporten nodigen we partijen uit voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie.

Cyclus

Voor het bevorderen van goede zorg voeren we een systematische doorlichting uit volgens een cyclus zoals geïllustreerd in de onderstaande figuur. Deze cyclus bestaat uit vier opeenvolgende fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie.

Figuur A.1 | Cyclus Zinnige Zorg



Screeningsfase

Het doel van de screeningsfase is één of meer zorgtrajecten voor patiënten met een bepaalde aandoening uit een aangewezen ICD-10-gebied te selecteren voor de verdiepingsfase. Deze selectie gebeurt op basis van de drie criteria: groot aantal patiënten, hoge zorgkosten en hoge individuele ziektelast. Vervolgens gaat het Zorginstituut na of er richtlijnen beschikbaar zijn (opvattingen over goede zorg) en mogelijkheden voor onderzoek naar de uitvoering in de praktijk (beschikbaarheid van declaratiedata of andere data). Ook bespreken we met de betrokken partijen of er vermoedens zijn over mogelijkheden voor meer zinnige zorg. De keuze voor de zorgtrajecten die hieruit resulteert, leggen we samen met de onderliggende analyse vast

in een rapport *Systematische analyse*. Het definitieve rapport sturen we naar partijen in de zorg en naar de minister voor Medische Zorg.

Verdiepingsfase

Het doel van de verdiepingsfase is voor de geselecteerde zorgtrajecten inzichtelijk maken waar de zorg in de praktijk niet wordt uitgevoerd zoals op basis van de (wetenschappelijke onderbouwde) aanbevelingen in richtlijnen of de wetenschappelijke stand van zaken verwacht mag worden. Met andere woorden, waar is mogelijk sprake van niet-gepaste zorg? Hierbij zijn we op zoek naar: onder- en overdiagnostiek, onder- en overbehandeling en kennislacunes. Op basis van dit onderzoek identificeert het Zorginstituut met de betrokken partijen verbetermogelijkheden en maakt hierover afspraken en bespreekt verbeteracties. Het onderzoek, de verbetermogelijkheden (inclusief impactanalyse) en verbeteracties leggen we vast in een *Verbetersignalement*. Het definitieve rapport bieden we aan partijen in de zorg aan en aan de minister voor Medische Zorg.

Implementatiefase

Het doel van de implementatiefase is het realiseren van de voorgenomen verbetering binnen de vastgestelde verbetermogelijkheden. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de betrokken partijen in de zorg. Het Zorginstituut kan in deze fase, waar nodig, een ondersteunende of faciliterende rol hebben. Het Zorginstituut volgt de implementatie door de voortgang jaarlijks te monitoren. Over de voortgang rapporteren we aan de direct betrokken partijen en de minister voor Medische Zorg.

Evaluatiefase

Het doel van de evaluatiefase is zichtbaar maken of de voorgenomen verbetering binnen de verbetermogelijkheden in de praktijk zijn gerealiseerd en bepalen of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. De uitkomsten van de evaluatie worden vastgelegd in een rapport dat wordt aangeboden aan de betrokken partijen in de zorg en aan de minister voor Medische Zorg.

Onderzoek

In de systematische doorlichting kunnen we gebruikmaken van verschillende vormen van onderzoek, waaronder:

- analyse van nationale richtlijnen;
- analyse van internationale richtlijnen;
- systematische reviews naar (kosten)effectiviteit;
- analyse van declaratiedata.

We gebruiken diverse zorg- en declaratiedatabases, waaronder DBC Informatie Systeem (DIS), Zorg Prestaties en Declaraties (ZPD), en het Genees- en hulpmiddelen Informatieproject (GIP) om een indruk te krijgen van de praktijk van de zorg. Zorg- en declaratiedata zijn een reflectie van de registratiepraktijk en niet altijd van de daadwerkelijk geleverde zorg. Toch zijn deze data wel een belangrijke – en soms zelfs de enige informatiebron en kan deze waardevolle signalen geven over de kwaliteit van de zorg. De bescherming van de privacy staat voorop. De gebruikte persoonsgegevens zijn daarom gepseudonimiseerd en niet herleidbaar tot individuen.

Het Zorginstituut geeft in het programma Zinnige Zorg geen opdracht of subsidie voor klinisch onderzoek.

Van Zinnige Zorg naar Passende zorg

Zinnige Zorg is onderdeel van Passende zorg. De Zinnige Zorg verbeterselementen bevatten concrete verbetermogelijkheden over één of meer elementen van passende zorg. Hieronder verstaan we effectieve en kwalitatief goede zorg, die op de juiste plek wordt geleverd en samen met de patiënt tot stand komt. Met de implementatie van verbeterafspraken wordt vanuit Zinnige Zorg een actieve bijdrage geleverd aan de beweging naar Passende zorg. Lopende Zinnige Zorg-projecten vinden doorgang in het kader van Passende zorg.

Bijlage B Overzicht betrokken partijen

Voor deze verdiepingsfase hebben we samengewerkt met partijen die bij de zorg voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid zijn betrokken: patiënten (vertegenwoordigd door patiëntenorganisaties), zorgverleners (vertegenwoordigd door wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen), zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Voorafgaand aan de publicatie van het verbeter signalement is het concept op bestuurlijk niveau ter consultatie voorgelegd aan de betrokken partijen.

Patiëntenverenigingen

Patiëntenfederatie Nederland

Hoormij.NVVS

Afvaardiging namens de koepelorganisaties voor senioren (KBO-PCOB)

Dovenschap

Zorgverleners

AudiNed

Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Landelijk Werkverband voor Maatschappelijk werkers voor Auditieve en communicatieve beperkten (LWMA)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging voor Audiologie (NVA)

Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)

Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysici (NVKF)

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)

Zorgaanbieders

Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Samenwerkende Instellingen voor mensen met Auditieve- en/of Communicatieve beperkingen (SIAC)

Afvaardiging namens de audicienbedrijven (Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven, de Kwaliteitsaudiciens, Collectief van Zelfstandige Audiciens en Hoorprofs)

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Overige partijen

Consumentenbond

Stichting Audiciensregister (StAr)

Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen (SPHHM)

Vereniging GAIN

Verpleging & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners

Bijlage C Toelichting op afbakening bij dit zorgtraject

Zorginstituut Nederland heeft een aantal keuzes gemaakt om het onderwerp zorg voor mensen met slechthorendheid en doofheid af te bakenen. In deze bijlage lichten we toe hoe we tot de selectie van volwassenen met perceptieve slechthorendheid gekomen zijn.

1. Inhoudelijke verkenning

We hebben allereerst een inventarisatie van geldende afspraken over goede hoorzorg uitgevoerd. Het blijkt dat in de hoorzorg in Nederland verschillende afspraken zijn voor verschillende doelgroepen:

- 0 tot 4 jarigen,
- 4 tot 18 jarigen,
- 18 tot 67 jarigen,
- 67 jaar en ouder.

Uit 1-op-1 gesprekken met betrokken partijen hebben we meer dan 200 aanwijzingen opgehaald dat de zorg voor mensen met slechthorendheid en doofheid beter kan. In de gesprekken kwam naar voren dat er een grote diversiteit is in de mate van beperkingen die mensen met gehoorproblemen ervaren. Mensen waarbij dezelfde mate van gehoorverlies in decibellen gemeten is, kunnen hele andere beperkingen ervaren in hun functioneren en participatie in de maatschappij. Om deze grote hoeveelheid aan informatie te analyseren zijn we systematisch te werk gegaan.

2. Systematische analyse van knelpunten

De ingebrachte aanwijzingen hebben we geordend naar 20 thema's en 101 subthema's. Voorbeelden van ingebrachte onderwerpen waren: dat gehoorverlies onderbelicht is in de gezondheidszorg, het belang van communicatie revalidatie en begeleiding, knelpunten in de hoorhulpmiddelenzorg, de samenwerking en verhouding tussen de betrokken zorgverleners en knelpunten rondom informatievoorziening.

Daarna hebben we een onderverdeling gemaakt naar een vijftal potentiële groepen voor nader onderzoek van het zorgtraject:

1. Kinderen die slechthorend of doof zijn, waaronder kinderen met een indicatie voor een cochleair implantaat.
2. Volwassenen met perceptieve slechthorendheid.
3. Volwassenen met een indicatie voor een cochleair implantaat.
4. Volwassenen die doof zijn.
5. Volwassenen met plotsdoofheid.

Aan de hand van de volgende criteria uit de Zinnige Zorg-methodiek hebben we toen de keuze voor een doelgroep onderbouwd:

- Hoe groot is het onderwerp: aantal patiënten, ziektelast, kosten?
- In hoeverre is er sprake van verbetermogelijkheden in verschillende onderdelen van het zorgtraject?
- Zijn er voldoende cijfers en publicaties?
- Is het bekend wat goede zorg is? (richtlijnen, protocollen)
- Lopen er al verbeteracties voor dit onderwerp?
- Waar is de meeste impact voor de patiënt te behalen?

3. Keuze

Het Zorginstituut heeft bepaald dat de dit verbetersignalement mensen van 18 jaar en ouder met perceptieve slechthorendheid omvat. Het gaat om mensen met een matig tot ernstig gehoorverlies, aan één of beide oren. Zie bijlage A voor meer informatie over de gebruikte kaders in relatie tot de *Zorgverzekeringswet*.

Bijlage D Toelichting op wet- en regelgeving

In deze bijlage gaan we in op de wettelijke aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie en de wettelijke aanspraak op Zintuiglijk gehandicaptenzorg, zoals omschreven in de *Zorgverzekeringswet*. Hiermee verduidelijken we welke componenten de hoorhulpmiddelenzorg vanuit de aanspraak omvat en wat hier wettelijk over is geregeld.

Zorgverzekeringswet

De overheid stelt de inhoud en omvang van het basispakket van de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) vast. In de Zvw en in de daarop gebaseerde lagere regelgeving, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), is het basispakket omschreven. De zorgverzekeraars zijn verplicht om het in de regelgeving omschreven basispakket, ook wel de te verzekeren prestaties genoemd, op te nemen in de zorgverzekeringen die zij op de markt brengen. Het basispakket is voor elke verzekerde gelijk.

In artikel 2.9, eerste lid, van het Bzv is bepaald dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat. In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald. In paragraaf 1.4 van de Rzv is de inhoud en omvang van de hulpmiddelenzorg nader geregeld.

Aanspraak hulpmiddelenzorg

Uit artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering volgt dat het bij de verstrekking van hulpmiddelen, in dit geval hoorhulpmiddelen, moet gaan om functionerende hulpmiddelen. Het uitgangspunt hierbij is dat bij de verstrekking van een hulpmiddel, een hulpmiddel gebruiksklaar wordt afgeleverd aan de verzekerde. Dit is met inbegrip van eventuele batterijen of oplaadapparatuur. Een hulpmiddel is gebruiksklaar als het werkt en de verzekerde weet hoe hij met het hulpmiddel moet omgaan. Dit betekent dat de gebruikersinstructie onderdeel is van het hulpmiddel.

Een verzekerde heeft recht op een adequaat functionerend hulpmiddel. Mocht een hulpmiddel niet meer goed of onvoldoende functioneren, dan is er geen sprake meer van een adequaat functionerend hulpmiddel en moet het hulpmiddel hersteld of vervangen worden.

In het geval van een hoorhulpmiddel kan het voorkomen dat het hoorhulpmiddel gedurende de tijd niet meer adequaat functioneert en dat deze bijgesteld dient te worden. Maar het kan ook zo zijn dat het hulpmiddel niet meer passend is en dan dient er gekeken te worden naar een oplossing. De keuze tot vervanging dan wel reparatie van een hulpmiddel is afhankelijk van de doelmatigheidsafweging van de zorgverzekeraar. In sommige gevallen zal het voordeliger zijn een hulpmiddel te laten repareren of aan te passen, in andere gevallen juist weer niet.

Verder beoordeelt de zorgverzekeraar per individuele situatie of de verzekerde in aanmerking komt voor in dit geval een hoorhulpmiddel.

Functiegerichte aanspraak uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

In artikel 2.6, onderdeel c, van de Rzv is de functiegerichte omschreven aanspraak geregeld voor uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, dit is nader omschreven in artikel 2.10 van de Rzv. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:

- hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen;
- hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.

Uit de toelichting bij artikel 2.10, eerste lid onderdeel a, blijkt dat het hier gaat om hulpmiddelen die dienen om de stoornis in de hoorfunctie te verbeteren, zoals hoortoestellen en maskeerders tegen oorsuizen. Deze hulpmiddelen grijpen in op het stoornisniveau met als doel om de stoornis geheel of gedeeltelijk op te heffen. Deels implanteerbare hoortoestellen zijn van de te verzekeren prestatie uitgesloten. Daarnaast is om

te voorkomen dat de aanspraak wordt uitgebreid ten behoeve van mensen met een licht gehoorverlies een ondergrens als indicatiecriterium opgenomen in de aanspraak. Het uitgangspunt is een aanpassing per oor, als sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35dB.

Uit de toelichting op artikel 2.10, eerste lid, onderdeel b, blijkt dat het hier gaat om hulpmiddelen die dienen ter compensatie van de beperkingen in het luisteren of beperkingen in het gebruiken van communicatieapparatuur, wanneer blijkt dat de hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.10, eerste lid, onderdeel a onvoldoende verbetering bieden. Artikel 2.10, tweede lid van de Rzv is opgenomen om aan te geven dat hoorhulpmiddelen die (deels) geïmplant worden niet onder de aanspraak hulpmiddelenzorg kunnen vallen. Deze hoortoestellen vallen niet onder de te verzekeren prestatie 'hulpmiddelenzorg' maar kunnen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' vallen.

Verder blijkt uit de toelichting dat op grond van artikel 2.10, derde lid van de Rzv de mogelijkheid bestaat om toch hulpmiddelen te verstrekken aan verzekerden die strikt genomen niet voldoen aan de indicatiecriteria, dus waarbij niet altijd sprake is van 35dB gehoorverlies, maar gezien de individuele omstandigheden toch daarop zijn aangewezen. Bij het uitoefenen van specifieke beroepen kan het bijvoorbeeld noodzakelijk zijn dat gehoorverlies van minder dan 35dB wordt gecorrigeerd. Dit wordt een 'bijzondere individuele zorgvraag' genoemd.

Aanspraak Zintuiglijk gehandicaptenzorg

De aanspraak op Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) staat beschreven in: artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering. In artikel 2.5a van het Besluit zorgverzekering wordt beschreven wat ZG-zorg omvat: *"Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren."* Het doel van ZG-zorg is dus om de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

De ZG-zorg bestaat uit:

- diagnostiek (het vaststellen van de ernst van de beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien),
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap,
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Onder de ZG-zorg valt niet:

- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
- onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren.

Bijlage E Reacties schriftelijke consultatie

Voorafgaand aan de publicatie van dit verbeteringsignalement zijn de partijen uitgenodigd voor een schriftelijke bestuurlijke consultatie. Deze vond plaats van maart tot mei 2023. Deze bijlage bevat een samenvatting van het commentaar van de partijen en de reactie daarop van het Zorginstituut. Het commentaar omvat enkele algemene onderwerpen. Daarnaast hebben we de opmerkingen over verbetermogelijkheden gebundeld van A tot en met H.

Partijen hebben soms ook commentaar aangedragen dat buiten de scope van dit verbeteringsignalement valt. Daarop geven wij geen reactie in deze bijlage. Wel zullen we dit commentaar meenemen in de implementatiefase. Bijlage B van dit verbeteringsignalement bevat een overzicht van alle betrokken partijen, met bijbehorende afkortingen. In dit reactieoverzicht gebruiken we alleen de afkortingen.

Algemene opmerkingen

Begrippen onvoldoende concreet

Hoormij.NVVS en GAIN geven aan dat begrippen als 'passend', 'adequaat', 'optimaal' en 'geschikt' onduidelijk en onvoldoende concreet zijn. Hoormij.NVVS geeft aan dat de begrippen hiermee niet goed bruikbaar zijn om te bepalen 'welke zorg wel en welke niet?'.

Reactie Zorginstituut

In de wet- en regelgeving is vastgelegd op welke zorg een verzekerde aanspraak kan maken. Uit de toelichting bij artikel 2.6 Rzv blijkt dat onder een adequaat (hoor)hulpmiddel kan worden verstaan: een goed functionerend en bij de beperking van de verzekerde passend (hoor)hulpmiddel. Het is afhankelijk van de situatie van de individuele verzekerde waar hij of zij redelijkerwijs op aangewezen is. Het klopt dat de genoemde begrippen op zichzelf nog weinig concrete handvatten bieden om te bepalen welk hoortoestel passend is. Het Zorginstituut stelt dit ook in paragraaf 2.1.2 van het verbeteringsignalement: *"de criteria waarmee bepaald wordt of een hoortoestel passend (adequaat) is voor een individuele slechthorende zijn onvoldoende uitgewerkt en aangepast over de tijd."* Het is echter niet aan het Zorginstituut om invulling te geven aan deze begrippen en aan de wijze waarop deze worden toegepast, dat is aan de veldpartijen. Hiertoe is verbeteractie E.1 geformuleerd: *"Update de afspraken over de manier waarop hoortoestellen functiegericht en passend voorgeschreven worden, in het licht van technische en maatschappelijke ontwikkelingen"* (zie hoofdstuk 2).

Belang van preventie

Zowel Hoormij.NVVS als GAIN geven het belang van preventie aan binnen de hoorzorg en merken op dat preventie ontbreekt in dit verbeteringsignalement. De LWMA geeft aan dat hoorpreventie in de vorm van voorlichting bijvoorbeeld in de wijk, verzorgings- of buurthuizen een mogelijkheid kan zijn om mensen laagdrempelig te informeren over slechthorendheid en de zorg die hierbij mogelijk is.

Reactie Zorginstituut:

Preventie valt buiten de scope van dit rapport. Dit hebben we beschreven in de inleiding. Het Zorginstituut onderschrijft wel het belang van preventie in brede zin binnen de beweging naar passende zorg.⁵

Slechthorendheid bij werkenden onderbelicht

Hoormij.NVVS geeft aan dat er het verbeteringsignalement te weinig accent legt op de werkgerelateerde problemen als gevolg van onvoldoende behandeld gehoorverlies, mede gezien het feit dat de groep slechthorenden die nog werkzaam is groter wordt.

Reactie Zorginstituut:

De doelgroep zoals beschreven omvat alle verzekerden die aanspraak maken op de Zvw, ongeacht of mensen werkzaam zijn of niet. Het negatieve effect van slechthorendheid op arbeidsparticipatie wordt in het verbeteringsignalement enkele keren aangehaald. De zorg geboden door bedrijfsgeneeskundige diensten valt buiten de *Zorgverzekeringswet* en daarmee buiten de reikwijdte van dit verbeteringsignalement.

⁵ [Rapport - Preventie in de Zorgverzekeringswet opnieuw ontleed | Rapport | Zorginstituut Nederland](#).

Inzet van partijen bij de verbeteracties

Op basis van het commentaar van de partijen zijn er wijzigingen doorgevoerd in de betrokken partijen in tabel 3:

- De FENAC is toegevoegd als betrokken partij bij verbeteracties A.3, D.1, G.1 en G.2.
- De FENAC is regiehouder van verbeteractie A.4 die extra is toegevoegd: "Maak inzichtelijk welke zorg geleverd wordt in het zorgtraject voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid". De audicienbedrijven en SIAC zijn bij deze verbetermogelijkheid betrokken partijen.
- De SIAC is toegevoegd aan verbeteracties A.1 en G.1.
- GAIN wil graag worden toegevoegd aan verbeteracties E.1 tot en met E.4. Dit verzoek is niet doorgevoerd, omdat inhoudelijke afspraken over de manier waarop hoortoestellen functiegericht en passend worden voorgeschreven de verantwoordelijk zijn van zorgaanbieders/zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties (tripartite opstelling).
- Hoormij.NVVS geeft aan dat er afspraken ontbreken over wie de regie voert bij de uitvoering en partijen kan aanspreken op het nemen van initiatief. Zij vragen zich af welke rol VWS hierbij kan spelen. In de implementatiefase zal het Zorginstituut hierover afstemmen met VWS.

Onduidelijkheid over financiële gevolgen van de verbetermogelijkheden

Meerdere partijen geven aan dat het rapport niet ingaat op de financiële gevolgen van de verbetermogelijkheden. Een aantal partijen geven aan dat de financiële ruimte binnen de hoorzorg nu al te krap is waardoor de toekomstbestendigheid van de hoorzorg onder druk komt te staan. Zij maken zich ook zorgen dat voorgestelde verbeteracties niet haalbaar zijn zonder extra financiële middelen.

Audicienbedrijven: "[...] In het rapport wordt niet ingegaan op de organisatorische- en financiële gevolgen van de verbeteringen, binnen de context van een toename van het aantal slechthorenden, de nu al te krappe budgettering en knellende arbeidsmarkt van audiciens. De toekomstbestendigheid blijft daarmee onbeantwoord. De toekomstbestendigheid van dit rapport wordt bemoeilijkt door de volgende factoren:

- Toename van het aantal slechthorenden;
- Werkdruk en belastbaarheid in relatie tot de te krappe budgettering;
- Beschikbare capaciteit van zorgprofessionals op de arbeidsmarkt;
- Toename van het aantal zorgtaken door audiciens."

Stichting Hoormij.NVVS: "[...] Wat Hoormij.NVVS betreft is financiële (on)haalbaarheid de olifant in de kamer en zijn de problemen in de hoorzorg alleen op te lossen als er meer financiële middelen beschikbaar komen. Is dit niet het geval dan voorzien wij dat verbeteringen niet worden gerealiseerd, wat weer zal leiden tot frustratie bij de betrokken organisaties en bij slechthorenden."

StAr: "[...] Dit baart ons zorgen nu we in de komende jaren geconfronteerd zullen worden met niet alleen een toenemende zorgvraag door een stijgend aantal slechthorenden, maar ook met een - nu reeds - steeds krapper wordende arbeidsmarkt voor audiciens en andere professionals in de keten zoals huisartsen en KNO-artsen. De in het rapport opgenomen aanbevelingen lopen zo het risico alleen op papier tot verbeteringen te leiden. Wie moet immers de verbeteringen in de praktijk handen en voeten gaan geven? Als we daarbij ook nog het feit betrekken dat de voor de hoorzorg beschikbare financiering naar verwachting geen gelijke tred zal houden met de stijgende zorgvraag, is het niet alleen de vraag of de aanbevolen verbeteringen haalbaar zullen zijn, maar ook of de huidige hoge kwaliteit van de hoorzorg op termijn houdbaar is."

GAIN: "[...] De financiële impact als ook de impact op de inrichting van de hoorzorg van de voorgestelde verbeteringen ontbreekt of wordt slechts globaal aangestipt in het conceptdocument. Naar de mening van GAIN is dit wel van groot belang om de juiste afwegingen te kunnen maken. Dit ook in relatie tot de beperkte beschikbaarheid en instroom van audiciens in combinatie met een groeiende populatie slechthorenden, toenemende werkdruk bij audiciens, het ontbreken van financiële ruimte in het budget voor de behandeling van slechthorendheid en de meervoudige daling van de vergoeding op hoorzorg vanuit zorgverzekeraars richting zorgaanbieders sinds 2013.

Reactie Zorginstituut

We begrijpen dat partijen duidelijkheid willen hebben over de financiële consequenties, maar op dit moment is het voor het Zorginstituut niet mogelijk om een betrouwbare inschatting te maken. Op basis van gesprekken met partijen en de reacties tijdens consultatiefase verwachten we wel dat de kosten ten behoeve van de Zorgverzekeringswet gaan toenemen. We hebben dit toegevoegd aan paragraaf 4.2. Daarnaast hebben we in deze paragraaf toegelicht waarom het met de beschikbare gegevens niet mogelijk is een betrouwbare

inschatting te maken. Op basis van de gesprekken met de Fenac over het inzichtelijk maken van de geleverde hoorzorg is verbeteractie A4 toegevoegd aan tabel 1.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid A: leg afspraken vast over een integrale aanpak bij perceptieve slechthorendheid

Integrale aanpak van perceptieve slechthorendheid

Enkele partijen vinden de beschrijvingen van de componenten communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening van integrale hoorzorg voor mensen met perceptief gehoorverlies onvoldoende duidelijk. Hoormij.NVVS en de audiciensbranche benadrukken daarnaast dat technische compensatie van het gehoorverlies de belangrijkste component van integrale hoorzorg is en blijft. Hoormij.NVVS: *“Hoezeer we ook het belang onderschrijven van de integrale aanpak: we achten een adequate technische compensatie belangrijker dan de andere twee genoemde interventies.”* Daarbij stelt Hoormij.NVVS: *“Hoe beter de technische compensatie is, hoe minder de psychosociale hulpverlening en communicatietraining nodig zal zijn.”* Hoormij.NVVS vreest dat het verbeter signalement door het belang van psychosociale hulpverlening in het algemeen bij mensen met perceptieve slechthorendheid te benadrukken, onterecht suggereert dat slechthorenden niet goed met hun gehoorverlies om kunnen gaan. De NVLF geeft aan dat logopedie ook een rol kan spelen in de integrale aanpak. Verschillende partijen benadrukken dat het belangrijk is dat de slechthorende zoveel mogelijk zelf regie kan voeren over de hoorzorg volgens de integrale aanpak. Daarnaast vraagt Hoormij.NVVS welke componenten van hoorzorg bij perceptieve slechthorendheid vergoed worden.

Reactie Zorginstituut

We voegen ‘communicatiebevordering’ en ‘psychosociale hulpverlening’ toe aan de begrippenlijst. Daarnaast voegen we een bijlage toe waarin de aanspraak van de componenten van hoorzorg voor mensen met perceptief gehoorverlies wordt beschreven. We zijn het eens met partijen dat technische compensatie over het algemeen de basis vormt van de integrale aanpak van perceptieve slechthorendheid. Tegelijkertijd kunnen hoortoestellen, zelfs als ze optimaal ingesteld zijn, het gehoorverlies vaak niet helemaal compenseren. Daardoor blijven communicatiebarrières en problemen met signalering van geluid bestaan. We vinden het daarom belangrijk dat er meer aandacht is voor de mogelijkheden die er zijn op het gebied van communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening. Een integrale aanpak met – naast het hoortoestel – aandacht voor de psychosociale gevolgen van slechthorendheid, maakt het voor mensen met problemen of vragen over het leven of werken met slechthorendheid makkelijker om de weg te vinden naar de juiste hulp. We hebben de tekst en het plaatje in hoofdstuk 1 aangepast om dit duidelijker naar voren te brengen. In figuur 2 (beschrijving van het zorgtraject) en in tabel 1 in hoofdstuk 4 hebben we logopedie toegevoegd. We zijn het eens dat het belangrijk is dat slechthorenden zelf zoveel mogelijk regie voeren. Zij moeten hiertoe in staat gesteld worden door goede informatievoorziening. Hoofdstuk 3 richt zich daarop. Om te verduidelijken wat de bepalingen vanuit de *Zorgverzekeringswet* zijn in relatie integrale hoorzorg, hebben we Bijlage D toegevoegd.

Multidisciplinaire afspraken over een integrale aanpak in een overkoepelende zorgstandaard

De NVA en FENAC ondersteunen een zorgstandaard. Hierbij vinden zij een praktische insteek gericht op verbinding tussen alle partijen behulpzaam. Zij tekenen hierbij wel aan dat sommige huidige afspraken in de praktijk onvoldoende worden nageleefd en dat het verbeteren of uitbreiden van richtlijnen dat niet gaat oplossen. De NVA en FENAC vinden dat het het signalement het onvoldoende naleven van richtlijnen onvoldoende benoemd en dat verbeteracties opgenomen moeten worden die zich richten op naleving van de richtlijnen en afspraken. Zij suggereren: *“[...] het naleven van richtlijnen te toetsen of voorwaardelijk te stellen bij bepaalde acties. Ook investeren in het opzetten van een goede regionale samenwerking (tussen audiciens, huisarts, KNO-arts, audiologisch centrum en overige zorgaanbieders en zorgverleners) kan bijdragen aan verbetering.”* Het NHG verwacht dat met onderlinge afspraken tussen partijen en meer bewustwording bij slechthorenden voldoende bereikt kan worden en dat een zorgstandaard niet nodig is. Hoormij.NVVS vindt dat er te veel partijen zijn betrokken bij het maken van multidisciplinaire afspraken.

Reactie Zorginstituut

Naleving van de huidige richtlijnen en de afspraken die gemaakt gaan worden is een belangrijk punt. Het Zorginstituut vindt dat het naleven van de richtlijnen en afspraken op alle mogelijke manieren stimulerend verdient. Wij zien dit als deel van het ontwikkelen van een zorgstandaard en hebben dat nu ook zo opgeschreven in hoofdstuk 1. Voor de afspraken die in de zorgstandaard komen, moet bepaald worden hoe het

naleven van de afspraken bevorderd kan worden. Alle zaken die de NVA en FENAC hiervoor suggereren kunnen in de zorgstandaard worden opgenomen.

De zorgstandaard zal de samenwerkingsafspraken omvatten die het NHG noemt. Er zijn inderdaad veel partijen betrokken om tot multidisciplinaire afspraken te komen. Maar ervaring uit kwaliteitsbeleid in andere sectoren laat zien dat het essentieel is dat alle partijen meewerken aan de afspraken. Alleen met inzet van alle partijen zijn afspraken te maken, waarvoor draagvlak is bij alle betrokken partijen.

Verwijsroutes naar zorg voor communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening in het NOAH-protocol

Verschillende partijen geven aan dat het NOAH-protocol uitgebreid kan worden met een triagemodule, gericht op een integrale aanpak waar communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening deel van uitmaken. De audiciens benoemen dat audiciens geschoold moeten worden om triage te kunnen doen op het gebied van communicatie en psychosociale hulpverlening. NVA en FENAC benoemen dat in het huidige NOAH-protocol al staat dat mensen met problemen op de werkplek vanwege hun gehoorverlies naar het audiologisch centrum verwezen moeten worden.

Reactie Zorginstituut

In het huidige systeem hebben de huisarts en het behandelteam in het audiologisch centrum de rol om te bepalen welke aanvullende zorg nodig is. In het NOAH-protocol staat dat audiciens nu al een taak hebben in het signaleren van eventuele problemen (medische en psychosociale triage) en het verwijzen naar eventuele aanvullende zorg ("Wanneer er zich acceptatie- en motivatieproblemen voordoen wordt verwezen naar een AC (Bijlage 4)"). Wij vragen ons daarom af of het toevoegen van een triagemodule nodig is. Om tot een integrale aanpak te komen is het wel van belang dat audiciens mensen informeren over de mogelijkheden van communicatiebevordering en psychosociale hulpverlening, en dat de huisarts hen zo nodig kan doorverwijzen naar bijvoorbeeld het audiologisch centrum of de GGMD. We hebben dit duidelijker opgeschreven en verbeteractie A2 anders geformuleerd: "*Verhelder in het bestaande NOAH-protocol de plaats van psychosociale hulpverlening en communicatiebevordering naast technische compensatie van het gehoorverlies*".

Psychosociale ondersteuning of psychosociale hulpverlening

SIAC geeft in de consultatiereactie aan dat zij een voorkeur hebben voor de term psychosociale hulpverlening, in plaats van psychosociale ondersteuning.

Reactie Zorginstituut

In het concept-verbetersignaleмент werd gesproken over psychosociale ondersteuning, in het definitieve verbetersignaleмент is deze term vervangen door psychosociale hulpverlening.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid B: versterk de coördinerende rol van de huisartsenpraktijk bij integrale hoorzorg

Coördinerende rol van de huisartsenpraktijk

Verschillende partijen vragen zich af of de huisarts tijd heeft om de coördinerende rol op zich te nemen. Het NHG vindt dat huisartsen deze coördinerende rol al hebben. Als alternatief voor de huisarts geeft de NVKNO aan dat er meerdere experimenten zijn gedaan, waarbij vanuit de audicien teleconsultatie met de KNO-arts is ingezet om slechthorenden te voorzien van deskundig en praktisch advies.

Reactie Zorginstituut

De coördinerende rol van de huisarts staat al beschreven in de huidige NHG-Standaard. We benoemen in dit verbetersignaleмент hoe de huisarts in deze rol geholpen kan worden: door informatieoverdracht van audicien naar huisarts en door een explicietere beschrijving daarvan in de standaard. Partijen moeten uitwerken welke informatie de audicien precies moet gaan overgedragen. Wij denken dat het om betrekkelijk eenvoudige informatie kan gaan, zoals de mate van slechthorendheid, de geleverde hulpmiddelen en eventuele resterende hoor-communicatieproblemen. Verbeteractie B2 is verduidelijkt op dit punt.

Voor wat betreft het voorstel van de NVKNO over teleconsultatie is het Zorginstituut van mening dat het gebruik van digitale zorgtoepassingen kan bijdragen aan passende zorg. Het is aan het veld om te bepalen of en hoe de toepassing van teleconsultatie in de toekomst onderdeel kan worden van de zorgstandaard.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid C: verbeter het proces rond instellen en evalueren van hoortoestellen

Minimumduur wen- en proeftijd

De audicienbedrijven en StAr geven aan dat het bepalen van een minimumduur van de proefperiode ingaat tegen het streven naar patiëntgerichte zorg.

Audicienbedrijven: “[...] Het veralgemeniseren van een proeftijd voor alle slechthorenden, ongeacht de achterliggende problematiek of eerder gebruik, sluit naar onze overtuiging niet aan bij het beoogde effect van de concepten ‘patiënt centric’ en ‘shared decision making’. Met andere woorden, het vaststellen van een minimumduur in draagtijd is contrair daaraan.”

StAr: “[...] Naar onze mening moet een proefperiode passend zijn. Één minimale termijn is daarvoor niet te noemen. Het is afhankelijk van de individuele cliënt, diens gehoorverlies, diens eerdere ervaringen en diens wensen welke termijn passend is. Persoonlijke hoorzorg verlangt een proefperiode op maat, waarbij eerste hoortoestelgebruikers in de regel een langere proef- en gewenningsperiode nodig hebben dan ervaren hoortoestelgebruikers. Wij zouden er dan ook niet voor zijn om een minimale proefperiode in het StAr-handboek op te nemen. Wel zou mogelijk een aanbeveling kunnen worden geformuleerd.”

Reactie Zorginstituut

Het Zorginstituut is van mening dat een minimumduur nog voldoende ruimte overlaat om per slechthorende te bepalen wat een gepaste gewenningsperiode is. Uit het onderzoek *Zorg bij de Audiciens* is gebleken dat in sommige gevallen de proefperiode 4 weken of korter is. Het risico hierbij is dat een slechthorende onvoldoende tijd heeft om te wennen aan het geluid van het hoortoestel en het functioneren van het hoorhulpmiddel in lastige luistersituaties. Het hanteren van een minimumduur kan dit voorkomen. Het bepalen van de minimumduur is aan het veld. Na het lezen van het commentaar hebben we de formulering van paragraaf 1.3.1. en verbeteractie C1 aangepast om deze te verduidelijken.

Evaluatie met spraakverstaan en vragenlijsten

De audicienbedrijven, SPHMH en NVKF geven het belang aan van het afnemen van spraakverstaan en vragenlijsten, als aanvulling op de REM-meting, om te evalueren of het hoortoestel goed is ingesteld. Meer specifiek geven zij de volgende aanbevelingen:

NVKF: “[...] Wij missen de verificatie van de instellingen door middel van het meten van spraakverstaan. Dit kan zowel informatie geven die wenselijk is voor het al dan niet verder bijstellen van het hoortoestel, als ook een objectieve maat voor de winst die een hoortoestel in een gestandaardiseerde situatie biedt.”

Audicienbedrijven: “Een goed afgesteld hoortoestel waarbij de REM-meting (het zogenaamde ‘technisch bewijs’) op juiste wijze door de audiciens wordt toegepast vormt de basis van de hoortoestelaanpassing, maar kan niet los gezien worden van de andere te verrichten metingen. [...]”

SPHMH: “Het Hoorprotocol kan het gebruik van de HOORvragenlijst bij de evaluatie verplicht stellen. De resultaten van de HOORvragenlijst voorafgaand aan de verstrekking en die van de HOORvragenlijst in de evaluatiefase kunnen dan met elkaar vergeleken worden.”

Reactie Zorginstituut

Het Zorginstituut heeft dit commentaar meegenomen en de formulering van paragraaf 1.3.1 en verbeteractie C.2 aangepast.

Specificeren van (basis)instellen en evalueren

De NVKF geeft aan dat afspraken over het evalueren van het hoortoestel verder geprotocolleerd kunnen worden: “Ontwikkel een sterk geprotocolleerd/gestandaardiseerd proces voor het (basis)instellen en evalueren van hoortoestellen, waarbij minder ruimte wordt gelaten aan variaties tussen audiciens tijdens de proefperiode. Meer inzetten op ‘optimaal’ en minder gericht op comfortabel en eerste ervaring hoortoesteldrager [...]”

De audicienbedrijven en StAr geven in hun commentaar aan hiervan de noodzaak niet in te zien als audiciens volgens de richtlijn/het StAr Handboek werken.

StAr: “[...] Wanneer een goed opgeleide audicien werkt conform het Handboek kan de cliënt ervan uitgaan dat het hoortoestel state of the art is afgesteld. Wij pleiten er dan ook niet voor om het afstellen van het hoortoestel nader verplichtend te beschrijven in het Handboek, maar audiciens vooral goed op te leiden. Het gevolgde proces zou wel betrokken kunnen worden in onze audits.”

Audicienbedrijven: “Met betrekking tot het instellen en evalueren van hoortoestellen geldt dan ook dat maatwerk en passende zorg centraal moeten staan. Zolang de audicien werkt volgens de huidige richtlijnen komt deze tot een juiste aanpassing.”

Reactie Zorginstituut

De huidige afspraken over het instellen en evalueren van hoortoestellen zijn weinig specifiek, waardoor er veel ruimte wordt gelaten voor variatie. Dit is onder andere terug te zien in de bevinding dat de REM-meting op dit moment bij slechts een deel van de slechthorenden wordt uitgevoerd. Het Zorginstituut gaat dus op dit punt niet mee in het commentaar van de StAr en de audicienbedrijven. Het specificeren (en eventueel protocolleren) van het proces van instellen en evalueren kan volgens het Zorginstituut helpen om dit proces te bevorderen. Van belang hierbij is wel, zoals de NVLF en SIAC terecht aangeven, dat als er een protocol is, er ook aandacht moet zijn voor het vormgeven van toezicht op de naleving daarvan. Het Zorginstituut heeft het commentaar meegenomen en de formulering van verbetermogelijkheid C.2 aangepast.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid D: verbeter de nazorg bij hoortoestellen en maak deze meer persoons- en functioneringsgericht

Nazorg(taken) audiciens

De audicienbedrijven, FENAC, Hoormij.NVVS en StAr geven aan dat goed is om de aanbevelingen over de nazorg tegen het licht te houden. Daarnaast oppert de StAr om de mogelijkheid te verkennen of de aanbevelingen over nazorg een meer verplichtend karakter moeten krijgen.

De audicienbedrijven vinden het belangrijk dat nadere aanbevelingen over nazorg niet moeten betekenen dat elke slechthorende dezelfde nazorg ontvangt. Ook geven zij het volgende aan: “De impact van deze maatregel heeft zowel financiële als organisatorische gevolgen voor de audicien. Dat wil zeggen, een verzaaid takenpakket leidt tot meer zorg per slechthorende en hogere zorgkosten. Daartoe dienen centrale afspraken tot stand te komen over de wijze van bekostiging alsmede commitment vanuit het ministerie dat het benodigde budget hiervoor beschikbaar komt”.

Reactie Zorginstituut

Het Zorginstituut deelt de mening van de audicienbedrijven dat de nazorg afgestemd moet worden op het individu en dat er (periodiek) gekeken moet worden bij welke nazorg een individu gebaat is. Een verzekerde met meer dan 35 dB gehoorverlies heeft recht op een adequaat goed functionerend hoorhulpmiddel vanuit de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om hiervoor te zorgen. Het Hoorprotocol beschrijft hoe aan het proces invulling gegeven moet worden. Het leveren van (persoonsgerichte) nazorg is een integraal onderdeel van de hoorzorg. Dit betreft dus geen verzwaaring van het huidige takenpakket. Aangezien er – net als bij het instellingen en evalueren – op dit moment veel ruimte wordt gelaten voor variatie op het gebied van nazorg, is het wenselijk dat deze verder geconcretiseerd wordt. Het is aan het veld om de minimale normen voor nazorg te bepalen.

Op basis van het commentaar hebben we de formulering van verbetermogelijkheid D.1 deels herzien. We hebben toegevoegd dat het van belang is om de aanbevelingen over nazorg een meer verplichtend karakter te geven door het opstellen van normen. Ook benadrukken we het belang van het periodiek beoordelen bij welke nazorg de slechthorende gebaat is.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid E: ontwikkel het systeem van hoortoestelverstrekking verder door

Kritische blik categoriesysteem hoortoestelverstrekking en vergoeding

De NVKF schrijft in haar reactie: *“Wij missen een kritische blik of dit ‘categorie-systeem’ en de vergoeding van 75% wel de juiste systematiek is. In de gesprekken is hier aandacht voor geweest, waarbij de meeste partijen van mening waren dat het systeem op zich niet het probleem hoeft te zijn, maar die mening was niet unaniem. Door dit hoofdstuk lijkt het alsof het Zorginstituut concludeert dat de systematiek geen onderdeel is van de problemen, maar dat staat er niet expliciet.”*

Reactie Zorginstituut

De systematiek, zoals het categoriesysteem van hoortoestelverstrekking en de vergoeding die zorgverzekeraars aan het categoriesysteem koppelen, vallen buiten de scope van de Zinnige Zorg-opdracht. Het Zorginstituut doet hier in dit verbeteringsignalement dan ook geen uitspraken over.

Innovatie in de hoortoestellendatabase

Verschillende partijen halen in hun reactie de beschikbaarheid van innovatie in de hoortoestellendatabase aan. Hoe partijen hiernaar kijken loopt uiteen.

GAIN geeft aan: *“De suggestie wordt gewekt dat innovatie in de hoorhulpmiddelen niet is terug te vinden in de hoortoestellendatabase. Dit is duidelijk en aantoonbaar wél het geval. Jaarlijks worden er gemiddeld 300 nieuwe hoortoestellen toegevoegd aan de hoortoestellendatabase.”*

Hoormij.NVVS stelt daarentegen: *“Wij hebben regelmatig aangegeven dat in de huidige situatie innovatieve oplossingen niet bereikbaar zijn voor slechthorenden. Daar zou acuut verandering in moeten komen. Dit vereist dat dringend invulling gegeven moet worden aan het opnemen van innovatieve hoortoestellen voor de verzekerde zorg. Dit zou explicieter in punt E.3 opgenomen moeten worden.”*

Reactie Zorginstituut

In het verbeteringsignalement staat niet dat innovatie in de hoortoestellendatabase niet terug te vinden is. Wel stellen we: *“Het niet doorontwikkelen van de criteria heeft gevolgen voor het beschikbare aanbod in de database.”* We geven hierbij aan dat de criteria niet doorontwikkeld zijn, terwijl er wel maatschappelijke en technologische ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Het Zorginstituut beschouwt het opnemen van innovatieve hoortoestellen in de database overigens niet als een opzichzelfstaand doel. Het gaat erom dat slechthorenden een adequaat hoortoestel vergoed krijgen dat aansluit bij wat zij nodig hebben. Innovatie kan hieraan bijdragen.

Passend hoorhulpmiddel uit basisverzekering

De NVKF geeft aan dat het niet klopt dat het niet nakomen van gemaakte afspraken over de hoortoestelverstrekking ertoe leidt dat het moeilijker wordt voor slechthorenden om een passend hoortoestel te krijgen uit de basisverzekering: *“De zinsnede “Het niet nakomen van deze afspraken leidt er toe dat slechthorenden steeds moeilijker een passend hoorhulpmiddel kunnen krijgen binnen het basisverzekering en uiteindelijk vaker een hoortoestel aanschaffen op eigen kosten (zie kader)” is pertinent onwaar. In principe heeft iedereen recht op vergoeding van een adequaat hoorhulpmiddel. Dat meer slechthorenden een hoortoestel aanschaffen op eigen kosten heeft meest te maken met de financiële drijfveer van de audicien, die steeds groter wordt omdat de marges kleiner worden.”*

Reactie Zorginstituut

Het is niet de bedoeling om te suggereren dat het niet nakomen van gemaakte afspraken over de hoortoestelverstrekking de enige moeilijkheid is om een passend hoortoestel uit de basisverzekering te krijgen. Hiervoor zijn meerdere belemmeringen. We hebben de tekst in paragraaf 2.1 aangepast.

Overlegstructuur verbeteracties tabel 2

De SPHMH geeft aan “Audiologen, patiënten-consumenten en zorgverzekeraars zijn reeds betrokken door hun deelname aan Kwaliteitsraad en Raad van Toezicht van SPHMH. Het hier apart benoemen van deze groepen kan leiden tot de gedachte dat er een extra c.q. apart overleg moet worden geëntameerd. SPHMH meent dat dat niet per se nodig is. De betrokkenheid van Audined zou inderdaad waarde toevoegen aan de processen. Hoe dat georganiseerd kan worden vraagt enig doordenken”.

Reactie Zorginstituut

Het is aan partijen om invulling te geven aan de manier waarop zij samenwerken aan de verbeteracties. Dit kan binnen bestaande structuren (zie bijlage F), maar kan ook in nieuwe overleggen. Het is belangrijk dat de intentie verschuift van ‘samen praten’ naar ‘samen werken’ aan verbeteringen.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid F: evalueer de afspraken over de extra zorgvraag voor de inrichting van de te doorlopen procedure

‘Bijzondere zorgvraag’ of ‘extra zorgvraag’

Enkele partijen hebben in de consultatie aangegeven dat in het concept-verbetersignalement meerdere malen gesproken wordt over de term ‘bijzondere individuele zorgvraag’, terwijl daarmee volgens hen de term ‘extra zorgvraag’ wordt bedoeld.

Reactie Zorginstituut

In het concept-verbetersignalement werd inderdaad gesproken over een ‘bijzondere individuele zorgvraag’ waar ‘extra zorgvraag’ werd bedoeld. Dit is in het definitieve verbetersignalement aangepast. Ook hebben we beide termen toegevoegd aan de begrippenlijst om deze nader uit te leggen.

Verbetering procedure extra zorgvraag

Partijen hebben verschillend gereageerd op de analyse van de problematiek rondom de extra zorgvraag en de voorgestelde verbetermogelijkheid (F). In de reactie van Hoormij.NVVS wordt niet aangegeven of zij het eens zijn met de analyse en de voorgestelde verbeteracties hierbij. Wel geven zij aan dat er sprake is van een “problematieke situatie bij de aanvragen voor de extra zorgvraag”. Audicienbedrijven geven in hun reactie aan dat ook zij het noodzakelijk vinden om bestaande afspraken over de extra zorgvraag van te herzien. Daarbij vragen zij aandacht voor de bekostigingssystematiek. Bij een afgewezen extra zorgvraag ontvangt de audicien geen vergoeding voor gemaakte kosten. ZN geeft aan dat zorgverzekeraars de verbeteracties haalbaar en realistisch vinden.

De NVKF ondersteunt de knelpunten, maar heeft ook enkele opmerkingen: “Het relaas over de bijzondere individuele zorgvraag is correct, maar er wordt voorbijgegaan aan het feit dat de eigenschappen van de buitencategorie toestellen niet bewezen beter zijn dan die van de binnencategorie toestellen.” De NVKF geeft ook dat zij het makkelijker maken van de procedure niet als oplossing zien.

Reactie Zorginstituut

Partijen geven aan dat bij verbetering van de procedure extra zorgvraag met verschillende zaken rekening moet worden gehouden. In de implementatiefase kunnen partijen hierover nadere afspraken maken met elkaar. Het Zorginstituut onderschrijft dat vrijemarkthoortoestellen niet bewezen beter zijn dan hoortoestellen uit de categorieën behorende bij de verzekerde zorg. Desondanks kan in individuele gevallen voorkomen dat een verzekerde niet uitkomt met hoortoestellen binnen de geïndiceerde categorie en een vrijemarkthoortoestel passend is. Gezien de genoemde knelpunten in paragraaf 2.2.2. is het belangrijk dat partijen gezamenlijk nagaan hoe de procedure beter kan.

Het Zorginstituut stelt niet dat een extra zorgvraag makkelijker moet worden. Het verbetervoorstel is gericht op het aanpassen van de procedure om de genoemde knelpunten op te lossen, zodat slechthorenden een passend hoortoestel krijgen.

De NVKF vindt daarnaast een zin over de procedure rondom de extra zorgvraag uit het concept-verbetersignalement tendentius. Het gaat om de zin: “Zodat slechthorenden niet onnodig bijvoorbeeld een half jaar dienen te functioneren met een suboptimaal passend hoortoestel.” Op het moment van de proef is immers niet duidelijk of het suboptimaal is.

Reactie Zorginstituut

Met deze zin wilde het Zorginstituut aangeven dat het onwenselijk is om een slechthorende onnodig een half jaar een suboptimaal passend hoortoestel uit te laten proberen. Het was niet de bedoeling om te suggereren dat dit altijd vooraf of tijdens de proef bekend is, dat blijkt inderdaad vaak achteraf pas. Deze zin is aangepast naar: *“Zodat slechthorenden zo snel mogelijk een passend hoorhulpmiddel krijgen”*. Overigens biedt de huidige procedure geen mogelijkheid om het uitproberen van hoortoestellen uit de geïndiceerde categorie achterwege te laten in situaties waarbij vooraf wél duidelijk is dat een vrijemarkttoestel passend is.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid G: informeer mensen met perceptief gehoorverlies over de verschillende componenten van integrale hoorzorg

Opmerkingen bij tabel 3: gemaakte afspraken met als doel om mensen met perceptieve slechthorendheid meer grip op hun eigen zorgtraject te geven

Hieronder geven we aan hoe het commentaar op tabel 3 is verwerkt:

- We hebben de suggesties van de SIAC verwerkt in tabel 3 van hoofdstuk 4 (G.2. overweeg om werken met voorlichtingsmaterialen op te nemen als kwaliteitseis in het StAr-handboek).
- We hebben de suggestie van de NVKF over de mogelijke financiële effecten verwerkt in de paragraaf ‘Verwachte effecten van de verbeteringen’. De rol van het audiologisch centrum is toegevoegd in de tekst bij de verbeteractie G.2.
- Het NHG en Hoormij.NVVS zijn regiehouder bij verbeteractie G.1. Het NHG geeft aan dat de ontwikkeling van patiënteninformatie een constant streven is, maar dat zij daarbij moeten prioriteren. Hoormij.NVVS geeft aan dat zij onvoldoende financiering hebben om deze verbeteractie op te pakken. Het realiseren van de verbeteractie om de informatie over integrale hoorzorg in 2024 uit te breiden op de website Thuisarts.nl is daarmee onzeker. Desondanks blijft de deadline van 2024 in tabel 3 staan.

Voorlichting door de audiciens

De audicienbedrijven geven aan dat verbeteractie G.2 leidt tot een verzwaring van het takenpakket van de audiciens en daarmee tot hogere kosten: *“Voorlichting, uitleg en verwijzing over alle drie de componenten van integrale hoorzorg gaat gepaard met een verzwaring van het takenpakket, dat leidt tot meer zorg per slechthorendheden en grotere administratieve last voor de audiciens. De impact van deze maatregel heeft zowel financiële als organisatorische gevolgen voor de audiciens. Daartoe dienen centrale afspraken tot stand te komen over de wijze van bekostiging alsmede commitment vanuit het ministerie dat het benodigde budget hiervoor beschikbaar komt.”*

Reactie Zorginstituut

Het Zorginstituut is van mening dat het wijzen op voorlichtingsmateriaal over integrale hoorzorg zeer beperkte tijd zal vergen van audiciens. Dit betreft dus geen verzwaring van het takenpakket.

Opmerkingen bij verbetermogelijkheid H: geef volledige en onafhankelijke informatie over hoortoestellen, het categoriesysteem en vergoede nazorg

Reactie Zorginstituut

Hieronder geven we aan hoe het commentaar op tabel 3 is verwerkt:

- We hebben de suggesties van de SIAC verwerkt in tabel 3 van hoofdstuk 4 (H.4. Informatiebrochure over rechten en plichten van verzekerden bij de extra zorgvraag; H.5. Het toevoegen van de StAr en NVKF bij het verbeteren van de informatie over het proces van instellen en evalueren).
- De audicienbedrijven geven terecht aan dat sommige verbeteracties in hoofdstuk 3 afhankelijk zijn van het realiseren van verbeteracties zoals C.2, waardoor de deadline(s) in tabel 3 moeten worden aangepast. Ook adviseren zij om ZN toe te voegen aan de verbeteracties, omdat de informatie vanuit verzekeraars niet eenduidig is. Het Zorginstituut heeft de afhankelijkheid tussen verbeteracties benoemd in hoofdstuk 4.
- De SPHMM geeft aan dat het realiseren van verbeteractie H.3 (Maak voor slechthorenden transparant in welke categorie een hoortoestel ingedeeld is) niet mogelijk is binnen de gestelde termijn. Het Zorginstituut heeft de termijn opgeschoven naar 2024.

Openbaar maken hoortoestellendatabase

GAIN en NVKF twijfelen aan de toegevoegde waarde van het openbaar maken van de hoortoestellendatabase. Enerzijds omdat er op websites zoals Hoorwijzer.nl al een overzicht van hoortoestellen te vinden is. En anderzijds omdat in de database veel technische informatie staat waarmee slechthorenden waarschijnlijk niet uit de voeten kunnen. Beide partijen adviseren in te zetten op het actualiseren en eenduidig maken van bestaande overzichten. De SPHHM geeft aan: “[...] er zijn op dit moment al diverse sites die de juiste informatie lijken te bieden aan het publiek, maar op punten zijn die niet gelijk (en ook niet altijd gelijk aan de Hoortoestellendatabase van SPHHM). Eenduidige informatie en transparantie wordt door SPHHM ook gezien als zinvol en waardevol. SPHHM is daarover al in gesprek. Daarnaast merkt SPHHM op dat het realistischer is de Hoortoestellendatabase in 2024 openbaar te maken dan in 2023. De site moet technisch geheel worden omgebouwd. Dat kost tijd en geld.”

Reactie Zorginstituut

Het Zorginstituut ziet het als de verantwoordelijkheid van de SPHHM om ervoor te zorgen dat de informatie in de hoortoestellendatabase actueel en transparant is. Andere websites kunnen deze informatie dan weer hergebruiken, zodat er eenduidige informatie beschikbaar is voor slechthorenden. De deadline van deze verbeteractie is aangepast naar 2024.

Objectieve informatie

De NVKF benadrukt het belang van objectieve informatie: “Het zou ook fijn zijn als de audiciens en het AC dezelfde informatie geven over de (on)mogelijkheden van hoortoestellen. Zodat een patiënt niet teleurgesteld hoeft te worden nadat hij bij de audiciens is geweest.”

Hoormij.NVVS sluit zich hierbij aan en geeft als voorbeeld het verbeteren van de informatie van de huidige infographic *Een hoortoestel in 5 stappen*, een brochure en de website Hoorwijzer.

Reactie Zorginstituut

De voorbeelden van Hoormij.NVVS zijn toegevoegd aan verbeteractie H.5.

Bijlage F Overlegplatformen hoorhulpmiddelenzorg

In deze bijlage beschrijven we welke overlegplatformen bestaan binnen de hoorzorg.

Naam	Sinds	Structuur	Welk doel nastreven	Activiteiten
Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen (SPHHM)	2019	<ul style="list-style-type: none"> – 1 bestuurder – Kwaliteitsraad waarin deskundigen op persoonlijke titel de bestuurder adviseren. Expertise vanuit patiëntenorganisatie, beroepsgroepen van audiciens en clinicus fysicus- audioloog, audiciensbranche en zorgverzekeraars. – Raad van Toezicht 	Het implementeren, beheren en doorontwikkelen van het Hoorprotocol	<ul style="list-style-type: none"> – Beschikbaar stellen van HOORvragenlijst PRE en POST, reken-tool BRIDGE, en een e-learning voor audiciens – Beheer van database hoor-toestellen
Stichting Audiciensregister (StAr)	2005	<ul style="list-style-type: none"> – 6 bestuursleden, met vertegenwoordiging vanuit meerdere audicienbedrijven, patiëntenorganisatie en beroepsorganisatie van audiciens. – Raad van Advies – Beoordelingscommissie – Accreditatiecommissie 	<p>Stelt de kwaliteitsmaatstaven op voor de dienstverlening en bedrijfsinrichting van Nederlandse audiciens en hun bedrijven.</p> <p>Tevens controleren of de audiciens en audicienbedrijven zich hieraan houden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Certificering van audiciens en audicienbedrijven – Beheer van het register – Beheer van het register van audicienbedrijven – Accreditatie van bij- en nascholingsactiviteiten – StAr-handboek
Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH)	Jaren '90	<ul style="list-style-type: none"> – Overlegstructuur zonder rechtspersoon – Vertegenwoordiging vanuit de FENAC, NVKNO, GAIN, NVKF, NVAB, AudiNed, de Kwaliteitsaudiciens, Hoormij.NVVS 	<ul style="list-style-type: none"> – Afspraken over wanneer welke deskundige betrokken hoort te zijn bij bepaalde hoorklachten – Minimale kwaliteitseisen – Triage 	Veldnorm hoortoestelversterking update 2017 en bijbehorend NOAH protocol
Patient Reported Experience Measures (PREM) Hooroplossing	2015	Werkgroep met patiëntenorganisatie, verzekeraars en audicienbedrijven	<ul style="list-style-type: none"> – Monitor van patiënttevredenheid – Ervaren kwaliteit van zorg rondom het verstrekken van hoorhulpmiddelen in Nederland inzichtelijk maken en verbeteren 	<ul style="list-style-type: none"> – Uitvoering door Mediquest* – Publicatie op hoorwijzer.nl en keuze-website zorgverzekeraars <p><i>Nog geen onderdeel van het Hoorprotocol</i></p>
Werkgroep een levenlang erbij horen	2019	<ul style="list-style-type: none"> – Voorzitterschap door Hoormij.NVVS – Afvaardiging vanuit diverse beroepsgroepen, VeiligheidNL, producenten en zorgverzekeraars – Regierol gevraagd van VWS 	Uitwerking actieplan voor onbehandeld gehoorverlies	<ul style="list-style-type: none"> – Fase 1: Acties zoals landelijke tv-campagne via bijvoorbeeld SIRE – Fase 2: Audiometrie toevoegen aan standaard gezondheidscontroles – Fase 3: Verhogen gebruik laagdrempelige hoortesten – Fase 4: Bewustwording van simulatie muziekstuk met en zonder hoortoestel – Fase 5: nader uit te werken in afstemming met ontwikkeling Hoorprotocol
Stichting VeiligheidNL (na fusie met Nationale Hoorstichting)	2018		Kenniscentrum voor letselpreventie	<ul style="list-style-type: none"> – Onderzoek en verschillende programma's en campagnes, waaronder voor gehoorschadepreventie – Beheer van de Nationale Hoortest en Oorcheck
Platform Hoorzorg hulpmiddelen	2022	<ul style="list-style-type: none"> – Aangedragen voorzitter, in samenspraak met Hoormij.NVVS – In opdracht van VWS voert een extern bureau procesmatige ondersteuning uit – Breed palet aan betrokken partijen, maar beroepsgroepen van audiciens en audiologen matig betrokken 		<ul style="list-style-type: none"> – Schetsen van scenario's voor de toekomst van de hoorzorg – Organiseren van informele bijeenkomsten
Dialogtafel hoorzorg	Gestopt in 2021	VWS faciliteerde deze overlegstructuur tussen audicienbedrijven, patiëntenorganisatie en zorgverzekeraars	Partijen agendeerden onderwerpen zoals kwaliteit, functioneringsgericht voorschrijven van hoortoestellen en voorlichting	Infographic** over een hoortoestel in 5 stappen door patiëntenorganisatie en de hoorbranche

* PREM Hooroplossing - ervaringen van slechthorenden inzichtelijk - Mediquest.** Bron: 2350-10-137 Infographic hoortoestel FC 297x210.indd (stichtinghoormij.nl).

Bijlage G Verdiepende analyses

Op basis van de input van de betrokken partijen heeft het Zorginstituut onderzoeksvragen geformuleerd voor de verdiepingsfase. In onderstaande tabel F.1 staat een overzicht van de uitgevoerde analyses.

Tabel G.1 | Overzicht van verdiepende analyses

Afspraken/onderbouwing zorg bij perceptieve slechthorendheid	
Richtlijnanalyse	Zorgpad, samenhang tussen richtlijnen, integrale zorg, selectie hoortoestel, instellen hoortoestel, nazorg bij een hoortoestel
Verkenning literatuur	Niet technische componenten van hoorzorg
Zorg bij perceptieve slechthorendheid in de praktijk	
Zorg bij de audiciens	Hoe ziet de zorg eruit in de praktijk: keuze hoortoestel, instellen hoortoestel, nazorg bij een hoortoestel
<i>Dit rapport is openbaar toegankelijk via de website van het Zorginstituut^[5]</i>	
Beschikbare gegevens over de hoorzorg	Hoortoestellen, behandeling bij AC, zorg binnen de auditieve zintuigelijke gehandicaptenzorg
Analyse van websites	Beschikbaarheid, vindbaarheid en kwaliteit van online patiënten informatie

Bijlage G.1 - Richtlijnanalyse

Zorginstituut Nederland heeft in het eerste kwartaal van 2021 een richtlijnanalyse uitgevoerd. Het doel van de richtlijnanalyse is om in kaart te brengen wat de opvattingen zijn over goede zorg. De analysepunten waren:

1. Informatievoorziening
2. Niet-technische componenten van hoorzorg
3. Keuze hoortoestellen
4. Instellen en evaluatie van instelling van hoortoestellen
5. Nazorg bij hoortoestellen

Vraagstelling

Per analyse punt hebben we de volgende vragen gesteld:

- Wat wordt er over het analyse punt geadviseerd door de richtlijn?
- Waar zijn de aanbevelingen op gebaseerd?
- Zijn de richtlijnen volledig?

Methode

Er is een overzicht gemaakt van relevante Nederlandse richtlijnen. Hoewel de bedrijfsartsenzorg niet binnen de scope van het Zinnige Zorg-project valt, is de richtlijn voor bedrijfsartsen ook bekeken. De data-extractie is per analysepunt door 2 adviseurs uitgevoerd.

De volgende richtlijnen, protocollen en handboeken zijn bekeken:

- Hoorprotocol, inclusief NOAH protocol (2020)^[14],
- StAr handboek versie 3.1 (2020)^[15],
- NVKNO richtlijn perceptieve slechthorendheid bij volwassenen (2016)^[18],
- Moduleboek maatschappelijk werk in de audiologie modulen als bouwstenen voor de hulpverlening (2015, LWMA)^[20],
- NHG-standaard Slechthorendheid (2014)^[17],
- Hoorrevalidatie volwassenen – deel 1: met hoortoestellen (2014, NVKF)^[19],
- Veldnorm Hoortoestelverstrekking (2013)^[16],
- Slechthorendheid en tinnitus (2020, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde)^[55].

Resultaten

Informatievoorziening voor slechthorenden

Veel van de richtlijnen met betrekking tot de zorg bij audiciens gaan in op aankoop gerelateerde informatie (garantie, kosten van nazorg, levering, facturering). In het *Hoorprotocol* wordt genoemd dat een slechthorende informatie moet krijgen over de voor- en nadelen de hoorhulpmiddelen.

Alleen de richtlijnen voor de huisarts en de KNO-arts geven aan dat er informatie moet worden gegeven over de mogelijke oorzaak en het beloop van het gehoorverlies. Het valt op dat in de richtlijn van het audiologisch centrum alleen ingaat op informatie rondom de proefperiode van een hoortoestel.

Alleen in het Hoorprotocol wordt genoemd dat er aandacht moet zijn voor verschillende manieren van ondersteuning van het gehoor, denk aan de akoestiek thuis, spraakfzieren of gebarentaal.

Alleen de richtlijn voor bedrijfsartsen geeft aan dat er informatie moet worden gegeven over het effect van slechthorendheid op het functioneren (vermoeidheid, miscommunicatie). De richtlijn voor maatschappelijk werk in de audiologie geeft aan dat er informatie gegeven kan worden over het zorgtraject en het leren omgaan met de beperking.

Niet-technische componenten van hoorzorg

De niet-technische componenten van hoorzorg hebben geen prominente plaats in de Nederlandse richtlijnen. De richtlijnen gaan voor een groot deel over technische compensatie van het gehoorverlies. Wanneer er wel ingegaan wordt op niet-technische componenten van zorg, dan wordt in de Nederlandse richtlijnen vooral naar het audiologisch centrum verwezen. Opvallend is dat dit geldt voor zowel problemen in de acceptatie van het gehoorverlies en /of hoortoestellen, als problemen in het functioneren en communiceren. Dit suggereert dat het audiologisch centrum fungeert als ingang voor de meeste vormen van niet-technische hoorzorg. In de richtlijn voor maatschappelijk werk in de audiologie wordt ondersteuning door maatschappelijk werk omschreven als een cliënt nog zorg nodig heeft van andere instanties of zorgverleners na het audiologisch revalidatieproces.

In de richtlijn van audiologische centra zelf wordt zeer beknopt ingegaan op de mogelijkheden: aanpassingen woon- werkomgeving, gebruik van luister- en coping strategieën, bevorderen van begrip omgeving, psychosociale hulpverlening door maatschappelijk werk, spraakfzieren en communicatiestrategieën. De richtlijn voor bedrijfsartsen gaat daarnaast nog in op werkplek aanpassingen.

In de richtlijn voor maatschappelijk werk in de audiologie worden een aantal vormen van niet-technische zorg genoemd, namelijk begeleiding (zoals verliesverwerking, leefstijlbegeleiding en dagbesteding), ondersteuning (bijvoorbeeld vergroten van draagkracht), bemiddeling (met andere instanties en zorgverleners) en groepsbijeenkomsten en trainingen.

De onderbouwing voor niet-technische hoorzorg is in de richtlijnen merendeels gebaseerd op basis van consensus en expert opinion.

Keuze hoortoestellen en andere hulpmiddelen

De keuze voor een hoortoestel wordt in meerdere richtlijnen beschreven, hoewel in sommige gevallen wat summier. De verschillende beschrijvingen komen erop neer dat er gelet moet worden op de klachten, behoeften en mogelijkheden van de cliënt bij de keuze voor een hoortoestel. De aanbevelingen zijn weinig concreet en er wordt geen onderbouwing met evidence gegeven.

De categorieën worden alleen genoemd in het Hoorprotocol, de procedure voor een extra zorgvraag wordt hierbij niet beschreven. De andere richtlijnen zijn ouder dan het categorie-systeem of gaan niet in detail in op de hoortoestel keuze. Het is een Nederlands systeem, dus zoals verwacht komt het in de internationale richtlijnen niet aan de orde. Er wordt geen evidence aangehaald om de beschreven stappen om tot een categorie te komen te onderbouwen.

Instellen van hoortoestellen

Het onderwerp instellen van hoortoestellen wordt in verschillende richtlijnen beschreven. Hier is geen sprake van discrepanties, het valt wel op dat er variatie zit in hoe uitgebreid de beschrijving is. Het is vooral opvallend dat het *Hoorprotocol* uit 2020 veel minder informatie geeft dan de veldnorm uit 2013. Het belang van een goede afstelling wordt in meerdere richtlijnen beschreven. In de veldnorm en in de richtlijn van het audiologisch centrum wordt genoemd dat het instellen 'evidence-based' gedaan wordt, maar deze evidence wordt niet genoemd.

Nazorg bij hoortoestel

De richtlijnen benoemen welke onderdelen van het toestel gecontroleerd of onderhouden moeten worden en dat de instellingen eventueel aangepast moeten worden.

Bijlage G.2 Verkenning van de literatuur over niet-technische componenten van hoorzorg bij mensen met slechthorendheid

Achtergrond

Stakeholders benadrukken dat de zorg voor slechthorenden meer omvat dan alleen compensatie van het gehoorverlies middels een hoortoestel. Ook niet-technische aspecten van zorg zijn belangrijk om te kunnen functioneren en participeren met gehoorverlies. Om meer inzicht te krijgen in de onderbouwing van niet-technische elementen van zorg binnen integrale hoorzorg hebben we een verkenning van de literatuur gedaan, als aanvulling op de *expert opinion* en informatie uit de richtlijnen.

Vraagstelling

Welke literatuur is er beschikbaar over de niet-technische componenten van de (integrale) hoorzorg voor mensen met een perceptief gehoorverlies?

Op basis van enkele overzichtsartikelen^[36, 37] en gesprekken met de stakeholders beschouwen we trainingen en behandelingen gericht op verbetering van spraakperceptie en communicatie, en psychosociale hulpverlening, begeleiding of counseling gericht op het omgaan, functioneren en participeren met gehoorverlies als niet-technische elementen van hoorzorg. Educatie en instructies gericht op het juist gebruiken van hoorhulpmiddelen zien wij als een onderdeel van de technische hoorzorg. Daarom hebben we interventies die hierop gericht zijn niet meegenomen in deze verkenning.

Methode

We hebben samenvattingen van het kritisch beoordeelde wetenschappelijk bewijs voor niet-technische interventies bij slechthorendheid in het *World Report on Hearing* van de Wereld Gezondheid Organisatie^[8], Dynamed en Up-to-date bestudeerd. Daarnaast hebben we in Pubmed gezocht naar systematische reviews over niet-technische interventies van adequate wetenschappelijke kwaliteit. Dit leverde 3 (deels) relevante systematische reviews van adequate wetenschappelijke kwaliteit op die niet gebruikt zijn in de bovengenoemde samenvattingen. De bevindingen van deze systematische reviews hebben we samengevat.

Resultaten

Samenvatting van het wetenschappelijk bewijs dat aangehaald wordt in het *World Report on Hearing*^[8]

- Therapie gericht op perceptieve en communicatievaardigheden heeft een positief effect op psychosociale vaardigheden, kwaliteit van leven en functioneren bij volwassenen met slechthorendheid. Dit is gebaseerd op 1 systematische review^[33], 1 gerandomiseerde studie^[11], en 1 Spaanstalig narratieve review van 3 studies.^[10]
- Therapie gericht op perceptieve en communicatie vaardigheden verbetert de acceptatie, effectiviteit en kosten effectiviteit van hoortoestellen, gebaseerd op 1 studie.^[9]

Samenvatting van het wetenschappelijk bewijs in Dynamed

- Er is beperkt bewijs dat niet-technische interventies, zoals trainingen gericht op verbeteren van communicatievaardigheden en counseling de kwaliteit van leven van slechthorenden verbeteren. Gebaseerd op 1 systematische review van 8 gerandomiseerde studies waarbij geen meta-analyse gedaan kon worden vanwege heterogeniteit in interventies en uitkomstmaten.^[38]
- Audio-motorische perceptuele training zou spraakperceptie in rumoerige omgeving mogelijk kunnen verbeteren. Gebaseerd op 1 studie.^[39]
- Actieve communicatietraining zou de emotionele- en sociale impact van slechthorendheid kunnen verminderen. Gebaseerd op 1 niet gecontroleerde studie.^[40]

Samenvatting van het wetenschappelijk bewijs in Up-to-date

Er is weinig wetenschappelijk bewijs dat individuele communicatietraining een positief effect heeft op communicatie. Gebaseerd op 1 systematische review van 6 studies waarbij geen meta-analyse is gedaan.^[41]

Systematische reviews uit de Pubmed search:

De Pubmed search leverde 3 relevante systematische reviews van adequate kwaliteit naast de systematische reviews die opgenomen zijn in de samenvattingen in het *World Report on Hearing*^[8], Dynamed en Up-to-date.

Auteur, jaar	Aantal studies	Meta-analyse	Interventie	Effect (significant)	Kwaliteit van wetenschappelijk bewijs
Beukes, 2019 ^[49]	5 studies met randomisatie en controlegroep	Ja	Hoorrevalidatie Counseling voor aanmeten hoor-toestel Acceptatie en commitment therapie	Klein effect op depressie (4 studies) en kwaliteit van leven (1), geen effect op hoor beperking en op angst (beiden 5 studies)	Laag
Henshaw, 2013 ^[50]	13 studies, waarvan 3 met randomisatie en controlegroep	Nee	Individuele digitale hoortraining	Inconsistent	Erg laag
Roets, 2015 ^[51]	6 studies onder slechthorenden, 8 onder slechthorenden	Ja, 8 studies	Niet-technische revalidatie, counseling	Geen effect op emotionele of functionele status	Laag

Conclusie:

Er zijn aanwijzingen dat behandelingen en trainingen gericht op het verbeteren van communicatievaardigheden en psychosociale hulpverlening bijdragen aan de kwaliteit van leven mensen met slechthoerendheid.

Het wetenschappelijk bewijs is echter beperkt en veelal niet van hoge kwaliteit. Dit heeft deels te maken met de grote heterogeniteit in interventies en uitkomstmaten. De behandelingen, trainingen, counseling en psychologische ondersteuning die onderzocht zijn, zijn zeer divers qua inhoud, aanbestedingsvorm (individueel, in groepen, digitaal), duur en intensiteit. De gehanteerde uitkomstmaten in de studies zijn ook zeer divers, onder andere kwaliteit van leven, functioneren, emotionele status, depressieklachten, angst, zelfvertrouwen, ervaren van beperking.

Bijlage G.3 – Beschikbare gegevens over de hoorzorg

De groep mensen met slechthoerendheid in Nederland is groot. Naar schatting zijn er momenteel 1,3 miljoen mensen met meer dan 35dB gehoorverlies.^[2] Zij kunnen bij verschillende zorgverleners terecht: de audicien, de huisarts, de KNO-arts, het audiologisch centrum en de auditieve zintuigelijke gehandicaptenzorg. Deze bijlage geeft inzicht in welke gegevens van de betreffende sectoren beschikbaar zijn.

Beschikbare gegevens over de zorg bij de audicien

Slechthorenden komen bij de audicien voor een hoorhulpmiddel. Meestal gaat het om een hoortoestel. In Nederland hebben naar schatting 800.000 mensen zo'n toestel in bezit.^[2] De meeste mensen met een hoortoestel zijn volwassen (92%).⁶

De meeste hoortoestellen worden ingedeeld in categorieën 1 tot en met 5. Niet alle hoortoestellen worden ingedeeld in de 5 categorieën. Deze toestellen worden 'buitencategorie hoortoestellen' genoemd.

In 2019 hebben 149.500 personen een hoortoestel vergoed gekregen vanuit de Zvw waarbij in totaal 143,7 miljoen euro vergoed is.^[45] Uit de verkoopcijfers van GAIN (de branchevereniging voor fabrikanten van hooroplossingen in Nederland) komt naar voren dat de meeste slechthorenden een categorie 3 t/m 5 hoortoestel aanschaffen. Daarnaast zijn er ook veel mensen die een hoortoestel aanschaffen in de vrije markt (zie tabel G.1).

Deze 'buiten de categorieën' hoortoestellen worden alleen vergoed vanuit de Zvw als de zorgverzekeraar een 'extra zorgvraag' goedkeurt. Uit gesprekken met stakeholders komt naar voren dat in de praktijk deze extra zorgvraag niet vaak voorkomt. Hoortoestellen waarvoor geen extra zorgvraag gehonoreerd wordt door de zorgverzekeraar, worden door slechthorenden zelf betaald.

⁶ Gebaseerd op declaratiegegevens aangeleverd door zorgverzekeraars.

Tabel G.1 | Verdeling hoortoestellen over de verschillende categorieën en in de vrije markt ⁶⁾

Categorie hoortoestellen	Aantal verkochte hoortoestellen in 2019 ⁷
Categorie 1	305 (0,1%)
Categorie 2	5.391 (1,6%)
Categorie 3	109.880 (33,2%)
Categorie 4	85.788 (26,0%)
Categorie 5	65.888 (19,9%)
Buiten de categorieën	63.283 (19,1%)

Beschikbare gegevens over de zorg bij de huisarts

In 2021 waren er 806.500 mensen met slechthorendheid bekend bij de huisarts.²⁴⁾ Dit betekent niet dat al deze mensen ook in 2021 bij de huisarts geweest zijn voor slechthorendheid. Doordat slechthorendheid een chronische aandoening is, blijft deze diagnose in het dossier van de huisarts staan.

Niet iedereen binnen deze groep heeft een perceptief gehoorverlies. Dit is wel de grootste groep maar de groep omvat ook patiënten met andere vormen van slechthorendheid, omdat de huisarts dit onderscheid met de beschikbare meetinstrumenten niet altijd kan maken.

Beschikbare gegevens over de zorg bij de KNO-arts

In 2019 is er bij 136.586 volwassenen een DBC-traject voor de typerende diagnose 'perceptieve slechthorendheid' geopend. Gemiddeld werd er per persoon 466 euro vergoed. Gecorrigeerd voor inflatie tot en met 2022⁸ zijn de gemiddelde kosten per persoon 533 euro. Binnen deze typerende diagnose worden in de praktijk ook zorg voor andere vormen van slechthorendheid en tinnitus gedeclareerd. Op basis van declaratiegegevens is dit onderscheid niet goed te maken.

Beschikbare gegevens over de zorg bij het audiologisch centrum

In 2019 werden er 46.236 volwassenen met een zorgvraag omtrent 'horen' gezien bij het audiologisch centrum.⁹ De onderliggende reden voor deze zorgvraag is niet te achterhalen op basis van de declaratiegegevens. Hierdoor is het niet mogelijk om alleen volwassenen met perceptieve slechthorendheid te selecteren. Daarnaast kunnen we op basis van declaratiegegevens niet achterhalen of er psychosociale hulpverlening of communicatie bevorderende training is gegeven.

Het audiologisch centrum kent 4 verschillende audiologische producten bij de zorgvraag 'horen'. Met deze producten wordt de geleverde zorg bij een audiologisch centrum gedeclareerd. Deze audiologische producten lopen van 'eenvoudig onderzoek gehoor' t/m 'zeer uitgebreid onderzoek gehoor'. Afhankelijk van het aantal betrokken disciplines en/of het aantal uur geleverde zorg, wordt er een bepaald audiologisch product gedeclareerd. Tabel G.2 geeft een overzicht van deze producten. De meeste mensen kregen in 2019 het product 'AP102-onderzoek gehoor'.

⁷ Betreft het aantal verkochte hoortoestellen. Een persoon kan één of twee hoortoestellen gebruiken. Er is geen onderscheid te maken naar alleen de volwassenen met een hoortoestel. Op basis van declaratiedata zijn de meeste hoortoestelgebruikers volwassenen.

⁸ Gemiddelde vergoeding per persoon op basis van declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis. Correctie van inflatie met behulp van de jaarmutatatie consumentenprijsindex van de CBS Jaarmutatatie consumentenprijsindex vanaf 1963 (10 januari 2023). Geraadpleegd op 27 januari 2023 via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70936ned/table?dl=77652>.

⁹ Op basis van declaratiedata van zorgverzekeraars, verstrekt via Vektis, 2019

Tabel G.2 | overzicht van de audiologische producten met het percentage patiënten engemiddeld vergoed bedrag per persoon

Audiologisch product	Zorgzwaarte	Percentage van het aantal mensen bij het AC in 2019	Gemiddeld vergoed bedrag per persoon (in euro's en gecorrigeerd voor inflatie) ¹⁰
AP101 (eenvoudig onderzoek gehoor)	Onderzoek en/of behandeling binnen 1 domein of 1 uur of korter	18,9%	141
AP102 (onderzoek gehoor)	Onderzoek en/of behandeling binnen 2 domeinen of van 1 tot 3 uur	63,7%	389
AP103 (uitgebreid onderzoek gehoor)	Onderzoek en/of behandeling binnen 3 domeinen of van 3 tot 8 uur	16,1%	1.004
AP104 (zeer uitgebreid onderzoek gehoor)	Onderzoek en/of behandeling binnen meer dan 3 domeinen of meer dan 8 uur	1,3%	2.727

Zorg binnen de auditieve zintuigelijke gehandicaptenzorg

Volgens de Monitor Zintuigelijke Gehandicaptenzorg 2021 waren er 2.786 mensen in de auditieve zintuigelijke gehandicaptenzorg in 2019.^[46] Binnen deze monitor is geen uitsplitsing gemaakt in leeftijdsgroepen. Een deel van deze mensen zal minderjarig zijn. Ook is de oorzaak van slechthorendheid van deze groep mensen niet bekend.

De gemiddelde vergoeding per persoon binnen de auditieve zintuigelijke gehandicapten zorg was 6.739 euro.^[46] Gecorrigeerd voor inflatie is dit 7.712 euro in 2022.^[47] ^[46] De kosten binnen de zintuigelijke gehandicaptenzorg zijn sterk afhankelijk van de vorm waarin de behandeling wordt gegeven (groepsbehandeling is intensiever en duurder dan ambulante behandeling).^[46]

Bijlage G.4 – Analyse van de vindbaarheid en kwaliteit van patiënteninformatie

Zorginstituut Nederland heeft in de zomer van 2021 een gerichte analyse van websites met patiënteninformatie uitgevoerd. Het doel van deze analyse is om te achterhalen welke informatie voor het maken van een geïnformeerde keuze over hoorzorg laagdrempelig online beschikbaar en toegankelijk is.

In de analyse gaan we uit van het perspectief van de 'algemene' groep slechthorenden die bijvoorbeeld voor de aanschaf van een nieuw (eerste) hoortoestel laagdrempelig informatie zoekt. Het uitgangspunt van deze analyse was dus niet om een volledig beeld van alle beschikbare informatie te krijgen.

Vraagstelling

Is er voldoende informatie online beschikbaar om een geïnformeerde keuze over hoorzorg te maken? En klopt deze informatie?

Methode

Voor het uitvoeren van de analyse hebben we een lijst met onderwerpen opgesteld. Deze lijst is beperkt tot de onderwerpen die het meest relevant zijn voor slechthorenden voor het maken van een geïnformeerde keuze over (hulpmiddelen)zorg. De lijst hebben we voor het uitvoeren van de analyse voorgelegd aan Stichting Hoormij, NVVS en de KBO-PCOB. De lijst bevat drie hoofdthema's: 1) Niet-technische revalidatie (NTR), 2) Systemen en regelingen en 3) Het proces van aanschaf van een hoortoestel en de nazorg. Bij het uitvoeren van de analyse hebben we steeds gekeken A) of websites informatie over de onderwerpen uit deze lijst vermelden en B) of de informatie klopt.

De analyse werd afgebakend door alleen de websites van de bij het project betrokken stakeholders te betrekken. Daarnaast hebben we bij de audicienbedrijven alleen naar de websites van de grote ketens gekeken en bij de zorgverzekeraars alleen naar de websites van de 4 grootste zorgverzekeraars.

¹⁰ Gebaseerd op het gemiddelde bedrag dat een persoon vergoed heeft gekregen in 2019 volgens de declaratiegegevens afkomstig van zorgverzekeraars en gecorrigeerd voor inflatie tot en met 2022 met behulp van de CBS Jaarmutatie consumentenprijsindex vanaf 1963 (10 januari 2023). Geraadpleegd op 27 januari 2023 via: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70936ned/table?dl=77652>.

Vanwege de scope van het Zinnige Zorg-project over zorg in de *Zorgverzekeringswet*, valt de zorg door bedrijfsartsen buiten deze analyse van patiënteninformatie.¹¹

De bekeken websites hebben we onderverdeeld in 4 categorieën, namelijk:

- Patiëntenorganisaties (3 websites)
- Audicienbedrijven (4 websites)
- Zorgverzekeraars (4 websites)
- Andere zorgprofessionals (4 websites: Thuisarts.nl, KNO.nl, GGMD, FENAC)

De websites zijn steeds door 2 adviseurs afzonderlijk van elkaar bekeken en gescoord. Om goed door alle websites te kunnen navigeren en alle informatie binnen de websites te vinden werd een scala aan zoektermen gebruikt.

Resultaten

Het is voor een persoon met weinig kennis over hoorzorg lastig om alle benodigde informatie voor het maken van een geïnformeerde keuze te vinden. Dit komt ten eerste doordat veel websites slechts over een beperkt deel van het zorgtraject informatie geven. Audicienbedrijven geven bijvoorbeeld geen informatie over niet technische revalidatie en zorgverzekeraars beperken zich tot informatie over vergoedingen. Ten tweede is informatie op websites niet altijd direct vindbaar. Informatie kan vaak alleen gevonden worden wanneer een bezoeker gericht met specifieke zoektermen zoekt. We zijn over het algemeen geen onjuiste informatie tegengekomen. Wel is informatie soms niet volledig.

Hoofdstuk 1: Niet-technische revalidatie (NTR)

Slechts een aantal websites geeft informatie over niet technische revalidatie. Dit zijn met name de websites van de zorgaanbieders waar NTR wordt gegeven, de websites van patiëntenorganisaties en Thuisarts.nl. Informatie over NTR is niet altijd volledig. Het komt voor dat een website informatie geeft over spraakafzien, psychosociale begeleiding en communicatietips, maar niet over Nederlands met Gebaren (NmG) of Nederlandse Gebarentaal (NGT). Het valt op dat de websites van de GGMD en de FENAC beide veel informatie over NTR weergeven, maar niet naar elkaar verwijzen.

Hoofdstuk 2: Systemen en regelingen

De websites van patiëntenorganisaties, audicienbedrijven en zorgverzekeraars bevatten relatief veel informatie over het onderdeel systeem/regelingen. Het valt op dat zowel bij de audicienbedrijven als bij de zorgverzekeraars heel weinig informatie wordt gegeven over het systeem van categorieën. Op de websites van audicienbedrijven worden aantrekkelijke termen gebruikt voor de vrijemarkt hoortoestellen ('topsegment', 'geavanceerde oplossing', 'nieuwste technologie', 'topcollectie', 'vrije keuze') ten opzichte van de hoortoestellen in de andere categorieën ('eenvoudig', 'verzekerd', 'passend'). Hierbij valt ook op dat het zelf betalen van vrijemarkt toestellen deels als positief wordt gepresenteerd: 'geen bemoeienis van de zorgverzekeraar', 'eigen keus', 'aftrekbaar van belasting'.

Websites van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en andere zorgprofessionals geven informatie over waar een slechthorende naar toe kan gaan wanneer een hoortoestel onvoldoende helpt bij klachten. Hierbij wordt een verwijzing naar het audiologisch centrum vaak genoemd als mogelijkheid. De mogelijkheid tot een second opinion bij een andere audicien en/of de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij de Stichting Audicienregister (StAr) wordt alleen op Hoorwijzer.nl benoemd. De websites van audicienbedrijven geven hier geen informatie over.

Informatie over de extra zorgvraag is nauwelijks te vinden. Hierbij valt op dat ook de informatie op de websites van zorgverzekeraars zeer summier is of ontbreekt. Een enkele zorgverzekeraar geeft aan dat er toestemming nodig is of dat er een medische noodzaak moet zijn. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat we alleen naar de websites hebben gekeken en reglementen en andere documenten buiten beschouwing hebben gelaten.

¹¹ Tijdens de analyse hebben we gekeken naar de websites van: Stichting Hoornij.NVS, Hoorwijzer, KBO-PCOB, BeterHoren, Schonenberg, Specsavers, Hans Anders, Achmea/Zilveren Kruis, VGZ, CZ, Menzis, Thuisarts, GGMD, NVKNO en FENAC.

Hoofdthema 3: Het proces van aanschaf van een hoortoestel en nazorg

Informatie over het proces van aanschaf van een hoortoestel en nazorg is met name te vinden op de websites van de audicienbedrijven en Hoorwijzer. Bij de zorgverzekeraars is er één website waar op hoofdlijnen het proces van aanschaf wordt beschreven. Bij de andere zorgprofessionals wordt er slechts beperkte informatie gegeven over het aanschafproces.

De websites van de audicienbedrijven geven wel aan dat de keuze voor een hoortoestel persoonlijk is, maar de informatie over de hoortoesteleigenschappen is beperkt. Er wordt wel een indruk gegeven van de verschillende hoortoestellen die er zijn. Hierbij worden met name zichtbaarheid, oplaadbaarheid en slimme technologieën benadrukt.

Op met name de websites van audicienbedrijven wordt de suggestie gewekt dat hoortoestellen een perfecte oplossing zijn waarna een slechthorende weer probleemloos kan horen. Veel andere websites gaan niet echt in op wat een slechthorende van een hoortoestel kan verwachten.

Er wordt niet altijd informatie gegeven over het feit dat er meerdere afstelmomenten nodig zijn om een hoortoestel goed in te stellen op de persoonlijke behoeftes van de slechthorende.

Er is weinig informatie te vinden over hoe het nazorgtraject eruitziet. Slechts 2 websites (beide van audicienbedrijven) geven hier informatie over.

Conclusie

Op basis van de onderzochte websites concluderen we dat veel informatie over hoorzorg wel beschikbaar is, maar versnipperd wordt aangeboden door diverse aanbieders. Hierdoor is de informatie niet goed toegankelijk en vindbaar. De meeste websites geven slechts een deel van de benodigde informatie weer. Het is soms noodzakelijk om gericht met zoektermen te zoeken op een website om alle informatie te vinden. Er is weinig informatie te vinden over de procedure rondom de extra zorgvraag, het nazorg traject bij hoortoestellen en wat een slechthorende kan verwachten van een hoortoestel. Informatie over het complete zorgtraject wordt nergens aangeboden.

Beperkingen van deze analyse

Deze analyse van websites met patiënteninformatie heeft een aantal beperkingen. Door de gekozen afbakening hebben we specifieke websites onderzocht. Een slechthorende kan via internet ook op andere websites terecht komen om informatie te zoeken. Daarnaast is de analyse beperkt tot de vragen of de informatie vermeld wordt en kloppend is. Naar andere aspecten zoals het taalniveau van de teksten is niet systematisch gekeken.

Doordat informatie soms alleen gevonden kon worden door het zoeken op specifieke termen is het voor iemand die al meer kennis heeft van een onderwerp makkelijker om de beschikbare informatie te vinden. De analyse is uitgevoerd door een team dat veel van het onderwerp weet. Voor iemand die niet of minder bekend is met het onderwerp is de informatie waarschijnlijk moeilijker te achterhalen.

Naast websites zijn er uiteraard andere bronnen van informatie die slechthorenden kunnen gebruiken bij het maken van een geïnformeerde keuze over zorg. In deze analyse is dus maar een deel van het totale informatieaanbod meegenomen.

Begrippenlijst

Audiometrie	Een gehooronderzoek waarbij wordt nagegaan in hoeverre de gehoorklachten samenhangen met een stoornis van het gehoororgaan
AC	Audiologisch Centrum
Bijzondere individuele zorgvraag	Mogelijkheid om op basis van 2.10, lid 3, van de Regeling zorgverzekering (Rzv) toch hulpmiddelen te verstrekken aan verzekerden die strikt genomen niet voldoen aan de indicatiecriteria, dus waarbij niet altijd sprake is van 35dB gehoorverlies, maar gezien de individuele omstandigheden toch daarop zijn aangewezen.
COSI	Client Orientated Scale of Improvement
GGMD	Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
ICD-10	De tiende revisie van de International Classification of Diseases and Related Health Problems
dB	Decibel
Extra zorgvraag	Wanneer een verzekerde een indicatie heeft voor een hoorhulpmiddel, maar niet uitkomt met de hoortoestellen binnen de geïndiceerde categorie, kan gebruik worden gemaakt van de extra zorgvraag, zoals uitgelegd in het <i>Hoorprotocol</i> . In dat geval wordt getoetst welk niet gecategoriseerd hoortoestel het meest adequaat is voor de individuele verzekerde.
GAIN GGZ	Branchevereniging voor fabrikanten van hooroplossingen in Nederland Geestelijke Gezondheidszorg
KNO	Keel-neus-oor
NHG NOAH NVA NVKF	Nederlands Huisartsen Genootschap Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen Nederlandse Vereniging voor Audiologie Nederlandse Vereniging voor Klinisch Fysici
Otoscopie	Het inspecteren van de gehoorgang en het trommelvlies met behulp van een otoscoop, een oorkijker.
PACT POH PREM PRIU	Platform for Audiological Clinical Trials Praktijkondersteuner Huisarts Patiënt Reported Experience Measure Product Related Intended Use. Dat wat de gebruiker van het hulpmiddel mag of kan verwachten.
REM	Real Ear Measurement
SKGZ StAr	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen Stichting Audicienregister
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz WHO	Wet Langdurige Zorg World Health Organization
Zvw	Zorgverzekeringswet

Referentielijst

1. Zorginstituut Nederland. Systematische Analyse Ziekten van het oor en processus mastoideus. 2019. Website: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/05/14/zinnige-zorg---rapport-screeningsfase-infectieziekten>.
2. SiRM. De maatschappelijke impact van leeftijdsgerelateerde slechthorendheid in Nederland. Utrecht; 2019.
3. Gezondheidsraad. Gehoorschade door versterkte muziek. Den Haag; 2022.
4. Shield B. Hearing Loss – Numbers and Costs. Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment. 2018.
5. Zorginstituut Nederland. Hulpmiddelen voor slechthorenden en doven (auditieve hulpmiddelen) (Zvw). Website: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/hulpmiddelen-voor-slechthorenden-en-doven-zvw>.
6. Vrijhoef B, de Bekker P, Martens C, Ulehake M. Zorg bij de audiciens voor volwassenen met perceptieve slechthorendheid. Zorgvuldig Advies & Panaxea; 2021.
7. Lesica NA. Why Do Hearing Aids Fail to Restore Normal Auditory Perception? Trends in neurosciences. 2018;41(4):174-85.
8. World Health Organization. World Report on Hearing. Geneva; 2021.
9. Vuorialho A, Karinen P, Sorri M. Counselling of hearing aid users is highly cost-effective. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006;263(11):988-95.
10. Cardemil F, Aguayo L, Fuente A. [Auditory rehabilitation programmes for adults: what do we know about their effectiveness?]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2014;65(4):249-57.
11. Collins MP, Souza PE, Liu CF, Heagerty PJ, Amtmann D, Yueh B. Hearing aid effectiveness after aural rehabilitation - individual versus group (HEARING) trial: RCT design and baseline characteristics. BMC Health Serv Res. 2009;9:233.
12. Chisolm T, Arnold, ML. Evidence about the effectiveness of aural rehabilitation programs for adults: Plural Publishing; 2012. 237-66 p.
13. Hawkins DB. Effectiveness of counseling-based adult group aural rehabilitation programs: a systematic review of the evidence. J Am Acad Audiol. 2005;16(7):485-93.
14. Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen. Protocol Hoorhulpmiddelen 2.o. 2020. Website: <https://www.sphhm.nl/hoorprotocol-2-o>.
15. Stichting Audicienregister(StAr). Handboek Hoorzorg 3.1, 2020.
16. Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen. Veldnorm Hoortoestelverstrekking 2013, Voorwaarden voor kwaliteit. 2013. Website: <https://www.secondopinionhoortoestellen.nl/wp-content/uploads/2018/02/Veldnorm-NOAH4-protocol-april-2013.pdf>
17. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Slechthorendheid. 2014. Website: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-slechthorendheid>.
18. Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen. Richtlijndatabase: Federatie Medisch Specialisten; 2016. Website: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/perceptieve_slechthorendheid_bij_volwassenen/perceptieve_slechthorendheid_-_startpagina.html.
19. Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica. Richtlijn Hoorrevalidatie Volwassenen. 2014. Website: <https://nvkf.nl/nl/bestand/richtlijn-hoorrevalidatievolwassenen-deel-1-met-hoortoestellen-v10pdf-o>.
20. Landelijk Werkverband Maatschappelijk werkers in de Audiologie. Moduleboek Maatschappelijk Werk in de Audiologie, modulen als bouwstenen voor de hulpverlening. 2015.
21. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Zorgstandaarden. Website: <https://www.nvvp.net/website/onderwerpen/detail/zorgstandaarden>.
22. LHV, NHG, VPH, InEen. Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk. 2020. Website: <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/kerntaken-in-de-praktijk/#zorg-coördinatie>.
23. Wind A. Kwetsbare ouderen thuis-Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. 2021. Website: <https://www.beteroud.nl/tips-tools/tools/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis>.
24. VZinfo.nl. Gehoorstoornissen. RIVM. Website: <https://www.vzinfo.nl/gehoorstoornissen>.
25. Van der Heijden P. Kan een hoortoestel bij presbycusis wachten? Huisarts & Wetenschap. 2022(65):38-40.
26. Anovum on behalf of GAIN and European Hearing Industry Manufacturers Association (EHIMA). EuroTrak Netherlands 2022. Website: https://vereniggain.nl/lara-uploads/files/shares/EuroTrak%20NL%202022_Final%20Report.pdf.
27. Naaijer J. Heibel tussen prijsvechters en gevestigde audiciens.: De Volkskrant; 2016. Website: <https://www.volkskrant.nl/economie/heibel-tussen-prijsvechters-en-gevestigde-audiciens~bdef317c/>.

28. Scheres P. Hoortoestel nodig? Laat je geen oor aannaaien! : RTL-nieuws; 2016.
Website: <https://www.rtlnieuws.nl/geld-en-werk/artikel/311641/hoortoestel-nodig-laat-je-geen-oor-aannaaien>.
29. Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen. Consensusdocument Hoorzorg. 2017.
Website: <https://www.sphhm.nl/diverse-documenten/consensusdocument>.
30. College voor Zorgverzekeringen. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid. 2014. Website: <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/adviezen/2014/01/20/advies-functiegerichte-omschrijving-hulpmiddelen-te-gebruiken-bij-stoornissen-in-de-functies-van-de-huid/Functiegerichte+omschrijving+hulpmiddelen+te+gebruiken+bij+stoornissen+in+de+functies+van+de+huid.pdf>.
31. Stichting Platform for Audiological Clinical Testing – PACT. Functioneren van het Protocol Hoorzorg. 2015. p. 38. Website: <https://www.spraakengehoor.nl/wp-content/uploads/2015/05/PACT-rapport-ZiNL-Protocol-Hoorzorg-definitief-03-03-2015.pdf>.
32. GAIN. GAIN Rapportage juni 2023. Website: <https://vereniginggain.nl/assets/media/docpro/134-267-gain-rapportage-2023-06-jun-v2.pdf>.
33. Zorginstituut Nederland. Evaluatierapport beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013. 2015.
Website: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/06/08/evaluatierapport-beleidswijzigingen-hoorzorg-1-januari-2013>.
34. Nederlandse Zorgautoriteit. TH/NR-022 - Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten. 2021. Website: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692634_22/1/.
35. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Richtlijn slechthorendheid en tinnitus. 2020. Website: https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/RL_slechthorendheid-tinnitus_2020_def.pdf.
36. Boothroyd A. Adult aural rehabilitation: what is it and does it work? Trends Amplif. 2007;11(2):63-71.
37. Ferguson M, Maidment D, Henshaw H, Heffernan E. Evidence-Based Interventions for Adult Aural Rehabilitation: That Was Then, This Is Now. Semin Hear. 2019;40(1):68-84.
38. Michaud HN, Duchesne L. Aural Rehabilitation for Older Adults with Hearing Loss: Impacts on Quality of Life-A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. J Am Acad Audiol. 2017;28(7):596-609.
39. Whitton JP, Hancock KE, Shannon JM, Polley DB. Audiomotor Perceptual Training Enhances Speech Intelligibility in Background Noise. Curr Biol. 2017;27(21):3237-47.e6.
40. Öberg M. A multicentre study evaluating the effects of the Swedish ACE programme. Int J Audiol. 2017;56(11):876-86.
41. Sweetow R, Palmer CV. Efficacy of individual auditory training in adults: a systematic review of the evidence. J Am Acad Audiol. 2005;16(7):494-504.
42. Beukes EW, Manchaiah V, Allen PM, Baguley DM, Andersson G. Internet-Based Interventions for Adults With Hearing Loss, Tinnitus, and Vestibular Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trends Hear. 2019;23:2331216519851749.
43. Henshaw H, Ferguson MA. Efficacy of individual computer-based auditory training for people with hearing loss: a systematic review of the evidence. PLoS One. 2013;8(5):e62836.
44. Roets-Merken LM, Draskovic I, Zuidema SU, van Erp WS, Graff MJ, Kempen GI, et al. Effectiveness of rehabilitation interventions in improving emotional and functional status in hearing or visually impaired older adults: a systematic review with meta-analyses. Clin Rehabil. 2015;29(2):107-19.
45. Zorginstituut Nederland. GIPdatabank. Website: Gipdatabank.nl.
46. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor zintuigelijke gehandicaptenzorg 2021.
Website: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_649809_22/1/.
47. Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarmutatatie consumentenprijsindex vanaf 1963 (10 januari 2023).
Website: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70936ned/table?dl=77652>.

Colofon

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

december 2023

www.zorginstituutnederland.nl