

Willens in ketens

FENAC, SIAC, Siméa en Beleidsgroep Gezinsbegeleiding:
Rapport van de werkgroep 'Visie op de ketenstructuur', april 2005

Samenwerken in de keten in de sector auditief/communicatief

Samenvatting	3
Inleiding	6
Theorievorming over ketenstructuren	7
Definitie	7
Doelen ketenstructuur	7
Fasen in ketenvorming.....	8
Vormen van ketensamenwerking.....	8
Analyse van de sector auditief en communicatief en haar omgeving	10
De sector auditief/communicatief.....	10
De omgeving van de sector	12
Concurrentie en samenwerking	12
Conclusie.....	14
Een visie op de ketenstructuur in de sector over 5 jaar	15
Overwegingen	16
Te ondernemen stappen	16
Randvoorwaarden voor samenwerking in een keten	17
Een beschrijving van best-practice situaties in de sector die als voorbeeld kunnen dienen voor de ontwikkeling naar de gewenste situatie	18
Conclusie.....	22
Een inventarisatie van gezamenlijk belang en een advies ten aanzien van gezamenlijke actie	23
BIJLAGE 1	25
BIJLAGE 2 A.....	26
BIJLAGE 2 B.....	28
BIJLAGE 3.....	29
BIJLAGE 4.....	30
BIJLAGE 5.....	32

Samenvatting

Het samenwerken in ketens is een belangrijke zorginhoudelijke ontwikkeling. De laatste jaren zijn diverse initiatieven ontstaan ondermeer met als doel de ligduur in ziekenhuizen te verminderen door instellingsprotocollen onderling beter af te stemmen. Ook in de sector auditief communicatief zien we deze initiatieven ontstaan. Naar aanleiding hiervan hebben de besturen van de FENAC en Siméa alsmede de instellingen voor AWBZ-zorg (verenigd in de SIAC) en de stichtingen gezinsbegeleiding besloten tot het instellen van een werkgroep die over dit onderwerp voorstellen doet.

Theorie

Een keten bestaat uit diverse gespecialiseerde organisaties die elk, onafhankelijk van elkaar, een deelproces uitvoeren. Door al die deelprocessen achter elkaar uit te voeren en samen te werken, wordt een organisatieoverstijgend product of dienst(verlening) gerealiseerd.

De partijen die deel uitmaken van een keten blijven zelfstandig functionerende organisaties, maar ze moeten wel samenwerken. Er zijn 3 niveaus van oplopende samenwerking te onderscheiden, te weten *ketenkennis*, *ketenlogistiek* en *ketenzorg*.

Bij samenwerken op het niveau van *ketenkennis* staat het uitwisselen van kennis centraal. Afspraken over ketenkennis kunnen leiden tot vergroten van de efficiency en bevordering van de deskundigheid van individuele of groepen specialisten.

De tweede, wat verdergaande vorm van samenwerking is die waarbij organisaties met de voorgaande of direct volgende partij binnen de keten middels overleg afstemmen. Dus samen de cliënt door de dienstverlening leiden door de verantwoordelijkheid voor het vervolg van het proces over te dragen aan de ketenpartner aan de outputzijde.

Samenwerkingsovereenkomsten (SLA's) zijn een belangrijk onderdeel van *ketenlogistiek*.

Er is sprake van *ketenzorg* wanneer een keten van zorgverleners als netwerk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor cliënten waarborgt in de regio. In deze samenwerkingsvorm ontmoeten alle belanghebbenden rond een of meerdere ketens elkaar en worden alle activiteiten binnen een keten afgestemd, problemen besproken en afspraken gemaakt. Bij ketenzorg dragen de ketenpartners medeverantwoordelijkheid voor de hele keten.

Sector auditief communicatief

De sector auditief communicatief kan worden gekenschetst als gedifferentieerd en beschikt over specifieke kennis die door de cliënt wordt erkend maar slecht wordt verkocht aan de andere sectoren. De werkwijze binnen de sector is multidisciplinair en het evidence based handelen is beperkt. De bestaande versnippering van kennis en functies dreigt nog groter te worden wanneer elke gemeente apart voorzieningen gaat treffen als gevolg van de decentralisatie. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat de sector onzichtbaar wordt waardoor uiteindelijk de cliënt niet de specialistische hulp ontvangt die hij/zij nodig heeft.

Om voornoemde kwetsbaarheden van de sector het hoofd te kunnen bieden en tegelijkertijd de mogelijkheden die de sector heeft te kunnen benutten, is samenwerken in een keten in de sector noodzakelijk. Samenwerken in ketens is niet echt nieuw, tot op zekere hoogte is iedereen die betrokken is bij de productie en afzet van producten en diensten ermee bezig. *Het nieuwe er aan is dat het probeert systeem aan te brengen in alle ketenactiviteiten.*

Met het systematisch aanbrengen van schakels tussen organisaties die samen producten in de sector auditief communicatief realiseren wordt beoogd een efficiënte, effectieve en klantvriendelijke uitvoering van de dienstverlening te realiseren.

Visie op ketenstructuur

Ook in onze sector lopen vanuit verschillende aanbieders en/of verschillende disciplines tegelijkertijd verschillende processen rondom dezelfde cliënt. Door deze processen op elkaar af te stemmen kunnen ten aanzien van grote cliëntengroepen afspraken worden gemaakt.

Om dat te kunnen realiseren streven participanten binnen 5 jaar naar een op elkaar afgestemde categorale ketenlogistiek. Waarbij het samen door de zorg leiden van de cliënt door de verantwoordelijkheid voor het vervolg van het proces over te dragen aan de ketenpartner aan de outputzijde, als uitgangspunt wordt genomen en men samen verantwoordelijk is voor de onderlinge afstemming. Het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten is een belangrijk onderdeel van ketenlogistiek.

Wanneer met samenwerking op niveau 1 en 2 positieve resultaten zijn geboekt, komt ketenzorg in beeld.

Voor samenwerking in een keten zijn vertrouwen en financiering de belangrijkste randvoorwaarden. Vertrouwen wordt deels geconditioneerd door organisatorische maatregelen als contracten, transparante prijsstelling, formele regels en procedures en certificering. Vertrouwen wordt ook in hoge mate beïnvloed door de feitelijke ervaringen tussen partners in de keten. Vanuit de overheid worden financieringstromen en verantwoordingslijnen verschoven door middel van vraaggestuurde bekostiging. Hierdoor wordt samenwerken in een keten steeds vanzelfsprekender.

Stappenplan

Om in de sector auditief communicatief samen te gaan werken in een keten is het allereerst noodzakelijk dat de aangesloten organisaties geactiveerd worden teneinde commitment te verkrijgen voor de ketensamenwerking. Een onderdeel hiervan is de introductie en verspreiding van het 'ketendenken' zodat een gezamenlijke denkwijze wordt gerealiseerd.

Vervolgens stellen wij voor om op bestuursniveau te starten met nieuwe en laagdrempelige activiteiten tussen organisaties binnen de sector om wederzijds vertrouwen op te bouwen. Vervolgens kan men zich richten op het ontwikkelen van activiteiten die in de samenwerking met andere sectoren gebruikt kan worden. Zo zouden de 'best practices' die in deze notitie worden genoemd, gestimuleerd kunnen worden.

Daarna adviseren wij de samenwerking te formaliseren door het afsluiten van samenwerkingsovereenkomsten. Door in een vroeg stadium de cliënten te betrekken bij het formuleren van de kwaliteitseisen van de samenwerkingsovereenkomsten, kan daadwerkelijk vraaggestuurd worden gewerkt.

Gelijktijdig met de ketenlogistiek zal naar buiten toe een overkoepelend beeld van de brancheverenigingen bewerkstelligd moeten worden. Daarmee wordt een herkenbare positie ingenomen naar de centrale en lokale overheid, cliëntenorganisaties en andere branches. Ook wordt hiermee een herkenbare positie naar aangesloten organisaties binnen de branche gerealiseerd.

Vervolg

Een visie en zicht op de vraag is niet voldoende om veranderingen door te voeren. Er moeten ook voorzieningen komen die er voor zorgen dat de keten daadwerkelijk aan de doelstelling kan voldoen. Denk aan afspraken over behandelingswijzen, dossieroverdracht, en terugkoppeling van resultaten. Dit kan geborgd worden door de afspraken binnen de SLA op elkaar af te stemmen.

Daarnaast is naar oordeel van de werkgroep het oprichten van een branchevereniging aan te bevelen. Aanbevolen wordt een werkgroep te formeren die de oprichting van de branchevereniging voorbereidt.

Inleiding

In 1999 heeft een werkgroep vanuit de toenmalige VeBOSS, de FENAC en de zorginstellingen in de sector auditief/communicatief een rapport geschreven over de mogelijkheden tot onderlinge samenwerking en afstemming ten behoeve van een goede dienstverlening aan de cliënt. In dit rapport zijn aanbevelingen gedaan ten aanzien van communicatie binnen de sector en gezamenlijk handelen vanuit de sector (zie bijlage). Met uitzonderingen van enkele individuele situaties is er op landelijk niveau geen uitvoering gegeven aan de aanbevelingen.

Er zijn redenen aan te geven waarom het rapport destijds niet tot vervolg heeft geleid. Instellingen in de sector auditief communicatief hebben in de afgelopen tijd hun positie ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de buitenwereld moeten bepalen of zijn door externe ontwikkelingen vooral bezig geweest met een interne oriëntatie. De oorzaak is onder andere gelegen in het effect van de REC vorming op fusies in het onderwijs, het effect van de verplichte spreiding van AWBZ zorg over Nederland, de samenwerkingsmogelijkheden en tegelijk afbakeningsvragen binnen de grotere instellingen die het bevoegd gezag zijn van én onderwijs, audiologische centra en AWBZ voorzieningen en de zoektocht van verschillende perifere audiologische centra naar een organisatievorm die de continuïteit en kwaliteit in de toekomst kan garanderen.

Deze ontwikkelingen blijven in de komende tijd hun effect houden. Daarnaast spelen indicatiestelling in zorg en onderwijs alsmede andere financieringsmethoden, waarvan onder andere kostprijsberekening een gevolg is, een rol. Toch lijkt het veld inmiddels enigszins tot rust te komen en toe te zijn aan een meer externe oriëntatie op basis van samenwerking. Dit was voor de betreffende besturen van brancheorganisaties voldoende legitimering om opnieuw de mogelijkheden van samenwerking in de sector onder de loep te nemen. De besturen van de FENAC en Siméa alsmede de instellingen voor AWBZ-zorg (verenigd in de SIAC) en de stichtingen gezinsbegeleiding hebben vervolgens besloten tot het instellen van een werkgroep die hiertoe voorstellen doet. Bij de samenstelling van de werkgroep was het uitgangspunt een brede vertegenwoordiging van functies in de sector.

Het doel van de opdracht aan de werkgroep was als volgt:

- Het faciliteren van verbeteringen in de afstemming tussen onderdelen in de ketenstructuur
- De onderkenning van de gemeenschappelijke belangen in de sector
- Gezamenlijk optreden vanuit de sector mogelijk en efficiënt te maken

Hiertoe zou de werkwijze van de werkgroep moeten resulteren in:

- Een visie op de ketenstructuur van onderwijs, zorg en begeleiding in de sector over 5 jaar.
- Een inventarisatie van de gemeenschappelijke belangen in de sector in het kader van de beschreven situatie of in het kader van de ontwikkeling naar die situatie.
- Een beschrijving van de condities op hoofdlijnen waaronder de ketenstructuur in de sector optimaal kan functioneren
- Een beschrijving van best-practice situaties in en buiten de sector die als voorbeeld kunnen dienen voor de ontwikkeling naar de gewenste situatie
- Een advies ten aanzien van gezamenlijk handelen op gebieden waar het gezamenlijk belang dat vereist.

Teneinde met een gedegen voorstel te komen heeft de werkgroep zich over de theoretische achtergrond van ketenvorming laten informeren door deskundigen en is door ervaringsdeskundigen geïnformeerd over ketens in andere sectoren. Daarnaast heeft zij personen uit de omgeving van de sector uitgenodigd voor hun visie op de sector in het algemeen en over samenwerken in een keten binnen de sector in het bijzonder.

Theorievorming over ketenstructuren

Het concept van ketens wordt als besturingsvorm in het bedrijfsleven al geruime tijd ingezet als antwoord op de vraag naar kwalitatief hoogwaardige diensten en producten in een tijd die wordt gekenmerkt door een toenemende professionalisering, globalisering en informatisering. De laatste jaren doet dit concept ook voorzichtig haar intrede in het publieke domein.

Definitie

Een keten bestaat uit diverse gespecialiseerde organisaties die elk, onafhankelijk van elkaar, een deelproces uitvoeren. Door al die deelprocessen achter elkaar uit te voeren en samen te werken, wordt een organisatieoverstijgend product of dienst(verlening) gerealiseerd. Samenwerken in ketens is niet echt nieuw, tot op zekere hoogte is iedereen die betrokken is bij de productie en afzet van producten en diensten ermee bezig. Het nieuwe er aan is dat het probeert systeem aan te brengen in alle ketenactiviteiten.

Het idee achter het ketenconcept is dus dat door het systematisch aanbrengen van schakels tussen organisaties die samen producten realiseren, waardetoevoeging plaatsvindt. Deze waardetoevoeging kan zijn een efficiëntere of bijvoorbeeld een klantvriendelijker dienstverlening.

Doelen ketenstructuur

Kiezen voor samenwerking in een keten kan vanuit zowel sociaal-maatschappelijke overwegingen (dienstverlening verbeteren en prestaties behalen) als bestuurlijk-organisatorische overwegingen (samenwerking realiseren en doelmatigheid vergroten).

Verbeteren van de dienstverlening

De cliënt is gebaat bij dienstverlening op maat. De dienstverlening is idealiter vraaggestuurd, de wensen van de cliënt staan centraal. Dat vraagt flexibiliteit van de uitvoerende instanties. Echter, organisaties kunnen zich niet snel aanpassen aan nieuwe vragen en ontwikkelingen. Door samen te werken in een keten is vraaggericht werken bij een vrije keuze, beter mogelijk.

Behalen van maatschappelijke prestaties

Uitvoerende partijen zijn van elkaar afhankelijk om maatschappelijke vraagstukken effectief aan te kunnen pakken. Geen enkele organisatie is in haar eentje in staat om bijvoorbeeld rampen te bestrijden of de wachtlijsten in de zorg weg te werken. Zeker naarmate de cliënt meer centraal komt te staan worden afhankelijkheidsrelaties belangrijker.

Efficiënte samenwerking

Het overzicht over de complexe dienstverlening ontbreekt vaak. Hierdoor kan het voor komen dat organisaties aan hetzelfde doel werken zonder het van elkaar te weten, of elkaar onbedoeld tegenwerken. Dat is inefficiënt. Bovendien valt de cliënt geregeld tussen wal en schip omdat de dienstverlening van de verschillende instanties niet naadloos op elkaar aansluiten. Door samen te werken in een keten kunnen activiteiten beter op elkaar worden afgestemd.

Fasen in ketenvorming

Ketens ontstaan doorgaans niet vanzelf, maar doorlopen vaak een bepaald patroon. Dit patroon zit er doorgaans als volgt uit:

1. verkenningsfase
2. selectiefase
3. commitmentfase
4. optimaliseringsfase

In de verkenningsfase wordt afgetast welke partijen een zinvolle rol in de keten kunnen vervullen. In de selectiefase die daarop volgt zullen (samenwerkings)partners geselecteerd moeten worden. Op basis van wederzijdse erkenning van elkaars expertise en expliciet uitspreken daarover, wordt bepaald wie kan en wil deelnemen. Uitgangspunt hierbij is dat organisaties in de keten zich moeten beperken tot die activiteiten die niemand beter en/of doelmatiger kan realiseren. Vervolgens wordt de ketensamenwerking een feit en worden de relaties middels afspraken als contracten, regels en procedures etc. geconditioneerd. In de laatste fase staat het leren binnen de ketensamenwerking en de verbetering van de ketenprestatie centraal.

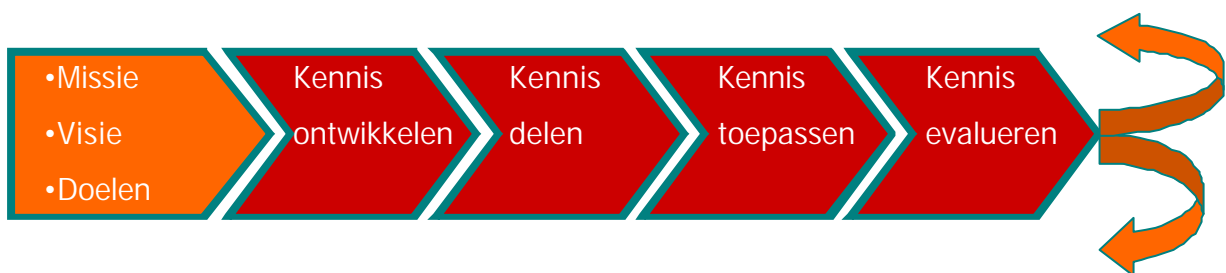
Vormen van ketensamenwerking

De partijen die deel uitmaken van een keten blijven zelfstandig functionerende organisaties, maar ze moeten wel samenwerken. Er zijn 3 niveau's van olopende samenwerking te onderscheiden, te weten ketenkennis, ketenlogistiek en ketenzorg. De niveau's kunnen tegelijkertijd voorkomen en hoeven niet opvolgend te zijn. Hieronder worden de 3 niveau's uitgelegd aan de hand van de zorgsector.

Ketenkennis

Ketenkennis is de minimale vorm van samenwerking en bestaat uit het delen van kennis onafhankelijk van een individuele cliënt. Afspraken over ketenkennis kunnen leiden tot vergroten van de efficiency en bevordering van de deskundigheid van individuele of groepen specialisten. Een resultaat kan ook zijn dat men beseft dat er sprake is van een keten en daarmee een voorfase voor ketenlogistiek zijn. Deze samenwerkingsvorm is vaak

Ketenkennis opbouwen



onvoldoende om de ketendoelstellingen te kunnen realiseren.

Activiteiten die hierbij horen zijn:

- Inventariseren van "best practices"
- Opzetten van een regionale databank
- Ontwerpen van regionale protocollen
- Ontwikkelen gezamenlijk scholingsprogramma
- Organiseren van jaarlijks transmuraal symposium

Ketenlogistiek

De tweede, wat verdergaande vorm van samenwerking is die waarbij organisaties met de voorgaande of direct volgende partij binnen de keten middels overleg afstemmen. Dus samen de cliënt door de dienstverlening leiden door de verantwoordelijkheid voor het vervolg van het proces over te dragen aan de ketenpartner aan de outputzijde. De ketenpartners dragen nog geen medeverantwoordelijkheid voor de hele keten, maar wel voor een stukje daarvan.

- Middelen:
 - o transferpunt
 - o specifieke functionarissen voor specifieke patiëntencategorieën
 - o specifieke voorzieningen
 - o transmurale protocollen en afspraken

Ketenzorg

Er is sprake van ketenzorg wanneer een keten van zorgverleners als netwerk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor cliënten waarborgt in de regio. In deze samenwerkingsvorm ontmoeten alle belanghebbenden rond een of meerdere ketens elkaar en worden alle activiteiten binnen een keten afgestemd, problemen besproken en afspraken gemaakt. Naar buiten treedt men op als één organisatie.

De netwerkleden dragen gezamenlijk zorg voor:

- adequate transfer van patiënten tussen voorzieningen
- kwaliteit van de keten in z'n totaliteit
- uitvoering van de zorg in onderlinge gestructureerde samenwerking
- het eigenaarschap van de keten

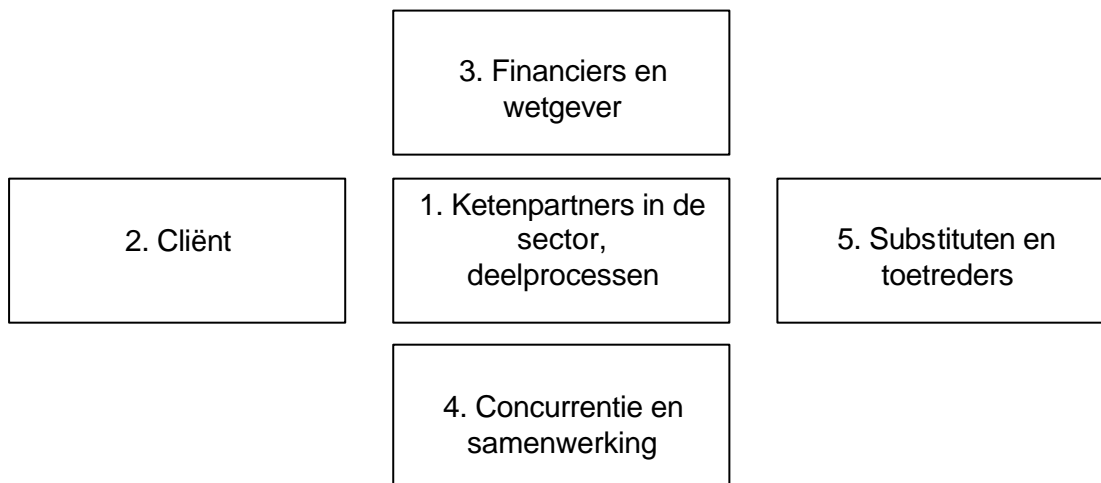
In de volgende hoofdstukken worden de inzichten uit dit theoretische hoofdstuk toegepast op de ketenstructuur van de sector auditief en communicatief waarna een visie op het samenwerken in een keten voor over 5 jaar uiteen wordt gezet. Allereerst wordt een analyse gemaakt van de sector en haar omgeving.

Analyse van de sector auditief en communicatief en haar omgeving

In dit hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de sector auditief en communicatief. Allereerst wordt beschreven uit welke onderdelen de sector bestaat. Om een volledig beeld te krijgen heeft de werkgroep zich vanuit de omgeving van de sector laten informeren. In bijlage 2 A wordt hiervan verslag gedaan. De paragraaf concurrentie en samenwerking nader uitgewerkt.

De sector auditief/communicatief

Bij de beschrijving van de sector worden, conform het vijf krachtenmodel van Porter, de volgende onderdelen onderscheiden:

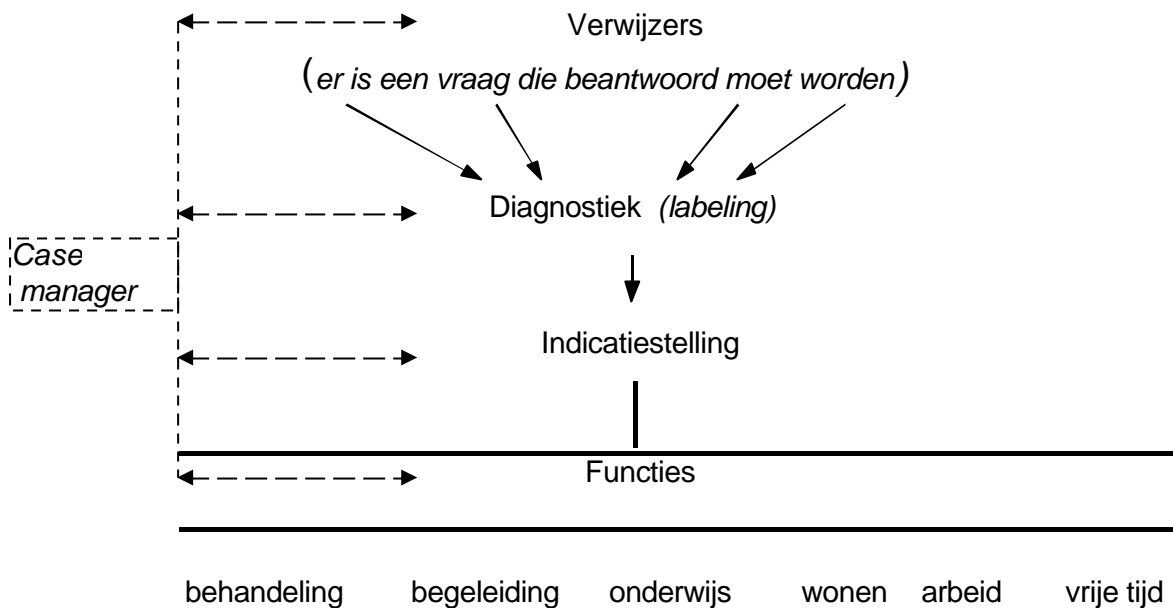


Ketenpartners in de sector

De ketenpartners zijn de organisaties die activiteiten uitvoeren in de keten. In de sector auditief / communicatief zijn de volgende partners te onderscheiden:

1. Audiologische centra
2. Onderwijsvoorzieningen in cluster 2
3. AWBZ-gefinancierde instellingen
4. Psychische hulpverlening
5. Arbeidstoeleiding, ROC's of arbeidsreïntegratie instelling
6. Perifere verwijzers en hulpverleners (ZF en commercieel)

Elk van de voornoemde organisaties heeft ieder hun eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Tegelijkertijd hebben ze elkaar nodig om goed te kunnen functioneren. In een of meerdere van deze organisaties vinden de volgende deelprocessen/functies plaats:



.....behandelingsgerichte diagnostiek

Deze functies worden opgevat als activiteiten in de keten die samen het primaire proces (de dienstverlening aan auditief en communicatief beperkten) vormen.

2. Cliënt

De cliënt gaat 'door de keten'. De cliënt is een individu, een gezin, een groep, een organisatie of een instelling die gebruik maakt van expertise van aanbieders in de sector in de vorm van het afnemen van een of meer producten.

De groepen cliënten in onze sector zijn divers: sommige hebben levenslang vormen van zorg en ondersteuning nodig om optimaal te kunnen functioneren, andere maken voor een korte periode (bijvoorbeeld de laatdoven) gebruik van onze expertise.

In het algemeen zijn cliënten mondiger geworden, zij hebben een steeds helderder beeld van wat zij kunnen verwachten en vragen daar ook om. Daarnaast verenigen zij zich steeds meer in cliëntenplatforms en belangenverenigingen.

3. Financiers en wetgevers

Financiers verschaffen de middelen waarmee de aanbieders in de sector hun activiteiten kunnen uitvoeren. De sector als geheel heeft te maken met een groot aantal financieringsbronnen die bovendien aan verandering onderhevig zijn. Daarnaast heeft de decentralisatie van de rijksoverheidstaken en het feit dat de overheid wil geen doelgroepenbeleid voeren (bv WSNS) invloed op de sector.

Als gevolg van de decentralisatie zal naar verwachting binnen enkele jaren de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) worden ingevoerd. In de WMO krijgt de gemeente een belangrijke regierol in de toewijzing van de voorzieningen. Gemeenten krijgen de beleidsvrijheid om dit naar eigen inzicht vorm te geven. Met de komst van de WMO wil het kabinet bewerkstelligen dat mensen voor hun zorg en ondersteuning bij één loket terecht kunnen, zodat onnodige bureaucratie en onduidelijkheid voor de burger wordt voorkomen. Alle kwetsbare burgers (van daklozen tot gehandicapten) vallen onder de WMO.

4. Concurrentie en samenwerking

Organisaties die samenwerken in een keten dienen bij te dragen aan het bereiken van de ketendoelen. Echter de participerende organisaties hebben naast de gemeenschappelijke ook eigen organisatiedoelen. Het nastreven van twee soorten doelstellingen door één organisatie kan problemen opleveren. Er dient dan ook een duidelijk, gemeenschappelijk doel te zijn waarvoor de partijen bereid zijn hun eigen organisatiedoelen ondergeschikt te maken.

Een schema van 'samen gaan' is in bijlage 1 opgenomen.

5. Substituten en toetreders

Substituten zijn bestaande organisaties buiten de sector die dezelfde of vergelijkbare functies aanbieden, een voorbeeld is het regulier onderwijs dat met een adequaat zorgsysteem een alternatief is voor het speciaal onderwijs. Toetreders zijn organisaties die delen van functies uit onze sector als nieuwe producten aanbieden. Beide zijn concurrerend op de kosten en op het maatschappelijk draagvlak, zij missen echter onze specifieke expertise. MEE, een organisatie die niet geïndiceerde dienstverlening verleent is een belangrijke toetreders.

De omgeving van de sector

Bij de raadpleging van de omgeving van de sector stonden twee vragen centraal: hoe kijkt men tegen de sector aan en specifieker, hoe denkt men over samenwerken in de keten in de sector. Daarnaast zijn de gevolgen van de decentralisatie, met name de gevolgen van de mogelijke invoering van de WMO met alle vertegenwoordigers besproken. In bijlage 2A is het verslag opgenomen van de bijdrage van de cliënten- en belangenorganisaties, het CVZ en MEE Nederland in de persoon van mw. Juli.

Concurrentie en samenwerking

Concurrentie

Concurrentie is een bekende factor binnen de sector. Er vindt concurrentie plaats binnen de sector tussen aanbieders onderling. Maar er vindt ook concurrentie plaats door de eigen sector met aanbieders buiten de sector auditief/communicatief. Hierbij valt te denken aan het aanbod dat de audcom sector heeft aan opvoedingsondersteuning voor verstandelijk gehandicapten en de deeltijdbehandelingen voor kinderen met een stoornis in het autisme spectrum.

De werkgroep constateert rondom concurrentie het volgende:

- 1) De cliënt is pas geïnteresseerd in concurrentie als het gaat om wedijver met betrekking tot kwaliteit. Concurrentie op producten of prijs heeft voor de cliënt geen prioriteit. In zijn algemeenheid is de cliënt erbij gebaat dat voor hem de keten van diagnostiek, zorg en onderwijs vlekkeloos verloopt. Concurrentie kan hierop een negatieve invloed uitoefenen, als concurrentie samenwerking binnen een keten uitsluit of verstoort.
- 2) De sector heeft te maken met een kleine doelgroep met een beperkt budget en met topreferente zorg. Interne concurrentie (binnen de sector) betekent het verschuiven van budgetten van de ene aanbieder naar de andere. Hierbij treedt kwaliteitsverlies voor de sector op. De interne concurrentie kost energie doordat steeds opnieuw expertise opgebouwd moet worden. Die energie kan niet in de kwaliteit van het product zelf ingezet worden.

- 3) Concurrentie buiten de sector kan op basis van erkende expertise. Het aangaan van die concurrentie heeft enkel zin als de kwaliteit van het product uit de eigen sector hoog is. Door het ontbreken van evidence- en practice based handelen en het ontbreken van standaarden voor producten of functies is de kwaliteit binnen de sector op dit moment voor een buitenstaander niet meetbaar.

Deze constatering leidt tot belangrijke gezamenlijke belangen voor de sector. Ten eerste is het van belang om voor concurrentie spelregels op te zetten. Gereguleerde concurrentie kan garanderen dat er voor de cliënt een doorlopende ontwikkelings- en zorglijn blijft bestaan, ondanks concurrentie. Het organiseren van de concurrentie (spelregels voor samenwerking/branche-etiquette) is een manier om het kwaliteitsverlies als gevolg van concurrentie te voorkomen.

Ten tweede is het in het belang van de gehele sector als aanbieders terughoudend omgaan met de interne concurrentie. Interne concurrentie op prijs en aantallen producten kan het macrobudget voor de sector beïnvloeden en kan een bedreiging zijn voor de kwaliteit van de producten.

Ten derde is voor de hele sector concurrentie buiten de sector pas mogelijk als de sector kwaliteit kan aantonen. Kwaliteitsstandaarden, die door de sector zelf worden ontwikkeld en toegepast, geven alle aanbieders in de sector de mogelijkheid zich met erkenning op andere markten te begeven.

Deze drie belangen pleiten voor het gezamenlijk optreden van de sector. Om dit gezamenlijk optreden te organiseren is op zijn minst regelmatig overleg tussen partijen in de sector noodzakelijk. Wil ook de buitenwereld het gezamenlijke optreden serieus nemen, dan is het aan te bevelen aan het overleg een vastere vorm te geven, zoals door het oprichten van een brancheorganisatie. Deze kan dan een rol spelen in het ontwikkelen en handhaven van spelregels in de concurrentie, in het reguleren van interne concurrentie en in de ontwikkeling en borging van kwaliteitsstandaarden.

Samenwerking

Sectorbreed samenwerken kan leiden tot slagvaardiger opereren en dus tot realisatie van meer doelen dan zonder samenwerking. Met name politiek-strategische doelen van de sector kunnen niet anders dan in onderlinge samenwerking tot stand komen. Samenwerken kan daarbij vorm krijgen door als één branche naar buiten te treden onder andere richting de politiek.

Voor een branche is een goede PR onmisbaar. Je moeten laten zien dat je er bent. Dit kan door een helder en eenduidig logo te ontwerpen, symposia te organiseren, wetenschappelijke onderzoekprogramma's op elkaar af te stemmen en gezamenlijk scholingsprogramma's op te zetten. In een samenwerkingsovereenkomst en een gezamenlijk communicatieplan kunnen de afspraken worden geformaliseerd.

Op dit moment zijn er meerdere overkoepelende organisaties in de sector. Dit draagt bij aan een vertroebeld beeld van de sector.

Door het delen van kennis met meerdere sectoren kan de relatieve onbekendheid van de auditief/communicatieve expertise buiten het eigen werkveld worden verkleind en de spreiding van specialistische kennis binnen het veld worden vergroot. Bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van kennis uit onze sector aan de VG sector. Om als sector auditief communicatief zichtbaar te blijven is het van belang de eigen specialistische kennis expliciet te maken indien de grootte van de andere sector bedreigend kan zijn.

Conclusie

Op grond van de bovenstaande analyse kunnen een aantal conclusies worden getrokken.

De sector heeft de volgende kenmerken:

- Een multidisciplinaire werkwijze,
- Het aanbieden van een integraal pakket
- Longitudinaal in alle levensfasen
- Haar specialisaties
- Een brede spreiding van kennis.

De sector kent een aantal *kwetsbaarheden*:

- Er is sprake van versnippering van functies en kennis in verschillende organisaties. Die opdeling is niet altijd in gemeenschappelijk belang maar vaak een instellings belang. De versnippering dreigt nog groter te worden wanneer elke gemeente apart voorzieningen gaat treffen als gevolg van de decentralisatie en niet of nauwelijks bekend is met de landelijk opererende centra
- Veel verschillende regelingen onder andere op het gebied van financiering en arbeidsvoorwaarden
- Groei in de sector? financiële bedreiging overheid
- Geen gesprekspartner overheid door onderlinge concurrentie en onenigheid in de sector (aanbieders en cliëntenorganisaties)
- Maatschappelijke perceptie van een probleem is een bedreiging voor de preventie
- Specifieke kennis: wordt slecht verkocht, concurrentie door sectoren VG en GGZ
- Een kleine doelgroep (een lage incidentie), te kleine overhead voor lobby
- Evidence based en practice based handelen is beperkt,
- Diagnose is niet altijd hard te maken (bv ESM)

Als *kansen* voor samenwerken in een keten worden genoemd:

- Door ontschotting wordt de markt groter. Expertise ook toepassen op VG en GGZ
- Transparantie door verantwoording, ook explicitering van de expertise
- Gezamenlijk optreden door afspraken op landelijk of regionaal niveau om te voorkomen dat kennis en expertise versnipperd
- Expertise wordt door cliënt erkend
- Medische stempel bij toeleiding
- Case management is AWBZ bekostigd

Om voornoemde kwetsbaarheden van de sector het hoofd te kunnen bieden en tegelijkertijd de kansen te kunnen benutten is samenwerken in een keten in de sector noodzakelijk. Met de ketensamenwerking wordt beoogd een efficiënte, effectieve en klantvriendelijke uitvoering van de dienstverlening te realiseren. Op welke wijze aan deze samenwerking vorm kan worden gegeven staat in het volgende hoofdstuk beschreven.

Een visie op de ketenstructuur in de sector over 5 jaar.

Op basis van de theoretische verkenning en de omgevingsanalyse uit de voorgaande hoofdstukken wordt hieronder onze visie op het samenwerken in een keten op de sector uiteengezet.

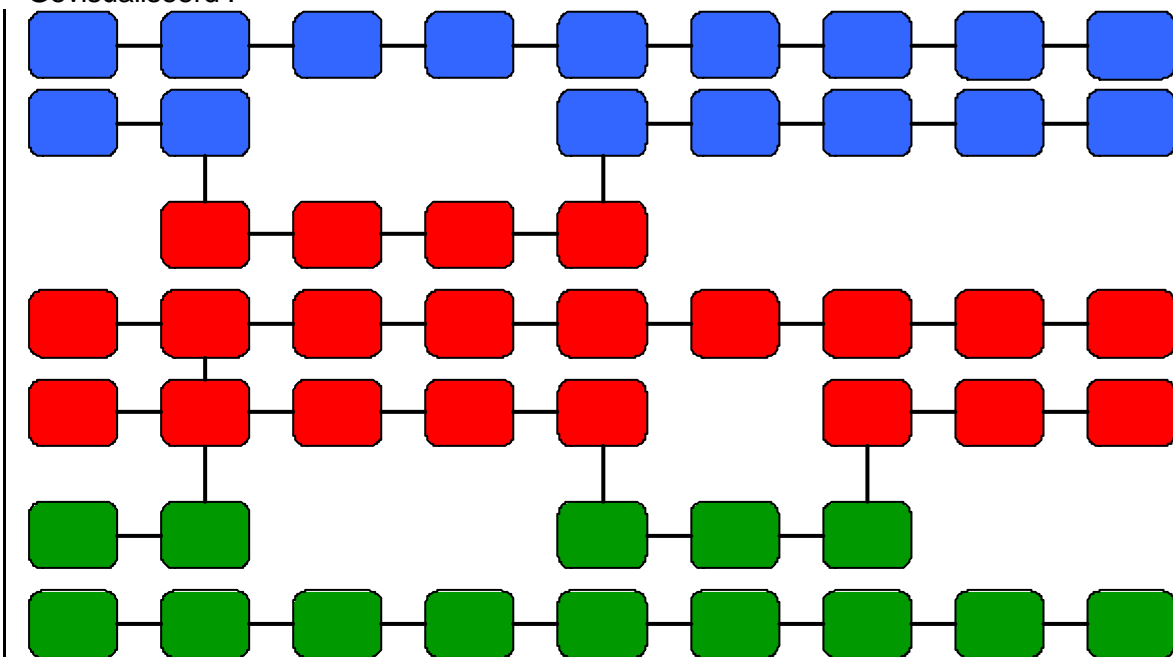
Cliënten in onze sector hebben vaak meerdere vragen of problemen tegelijk en dat vraagt om een geïntegreerde dienstverlening waarbij vanuit de cliënt wordt gedacht. Ketenbenadering legt de nadruk op het integrale karakter van het dienstverleningsproces door de functies (activiteiten in de keten) centraal te stellen. Door uit te gaan van functies, bijvoorbeeld de functie onderwijs of audiologie, kunnen ketens flexibel worden georganiseerd. De verschillende functies worden gecombineerd tot een traject.

Allereerst is van belang dat de cliënt de expertise die de sector te bieden heeft erkent of meent dat de andere sectoren evenveel te bieden hebben. Daarnaast is het heel goed denkbaar dat de cliënt gedurende het traject uit de sectorspecifieke keten stapt, overstapt naar een andere en later weer instroomt in die keten. Hierbij is een Service Level Agreements (SLA) van belang.

Ketenpartners kunnen SLA's afsluiten om verantwoordelijkheden helder af te bakenen en kwaliteit meetbaar te maken. Kern van de overeenkomst is het monitoren en meten van het uitvoeringsniveau van alle betrokken diensten. Ieder in de overeenkomst opgenomen dienst moet gemeten kunnen worden en de resultaten geanalyseerd en gerapporteerd. In iedere overeenkomst zijn bepalingen opgenomen over de doorlooptijd, financiën, kwaliteitseisen en het moment van verwijzen. Een dergelijke overeenkomst garandeert een goede dossieropbouw waarop de cliënt invloed heeft en het schept verplichtingen naar alle zorgaanbieders om elkaar te informeren en aan te spreken op de kwaliteit van de verleende diensten (in bijlage 3 is een voorbeeld van een SLA opgenomen).

Evengoed is het een uitdaging voor onze sector de expertise gekoppeld aan de functies aan te bieden aan andere sectoren. In de zorg is deze denkrichting al verder ontwikkeld dan in het onderwijs. De functies worden aangeboden en de cliënt bepaalt waar hij deze aangeboden wil krijgen.

Gevisualiseerd :



Hierbij verbeelden de rode blokken het traject in de sector auditief/communicatief. Cliënten in die sector kunnen een uitstapje doen naar een andere sector, bijvoorbeeld in de VG sector, en daarmee een eigen keten vormen. Ook kunnen cliënten uit andere sectoren (GGZ o.a.), op een gegeven moment met hun keten in onze sector verder gaan (groene blokken) of een product uit onze sector afnemen (blauwe blokken).

Conclusie Indien de sector overgaat tot een ketenstructuur is behoud en uitbouwen van expertise zowel voor de cliënt als de sector van cruciaal belang. Verder lijkt het voor de sector belangrijk om tenminste ketenlogistiek te organiseren.

Participanten streven binnen 5 jaar naar een op elkaar afgestemde categorale ketenlogistiek. Waarbij het samen door de zorg leiden van de cliënt door de verantwoordelijkheid voor het vervolg van het proces over te dragen aan de ketenpartner aan de outputzijde, als uitgangspunt wordt genomen en men samen verantwoordelijk is voor de onderlinge afstemming.

Overwegingen

Bij de keuze voor categorale ketenlogistiek als samenwerkingsvorm voor de sector auditief en communicatief beperkten spelen enkele overwegingen samen een rol, te weten:

- Alleen door samen te werken in een keten is vraag(behoeft) gericht werken mogelijk
- Alleen door samen te werken in een keten kunnen activiteiten beter op elkaar worden afgestemd
- Alleen door samen te werken in een keten kunnen de bedreigingen voor de sector in kansen worden omgezet
- Door in te zetten op ketenlogistiek kan een efficiënte, effectieve en klantvriendelijke uitvoering van de dienstverlening gerealiseerd worden.

Te ondernemen stappen

Conform de fasen in de ketenvorming (blz 7) zitten we nu in de verkenningsfase, immers de partijen die een zinvolle rol in de keten kunnen vervullen zijn vertegenwoordigd in de werkgroep. In de fase hierna, de selectiefase, wordt bepaald wie kan en wil deelnemen. Wij stellen voor om voort te bouwen op bestaande netwerken om zo de kwetsbaarheid te beperken en starten met nieuwe en laagdrempelige activiteiten om vertrouwen op te bouwen en samenwerking uit te proberen. Immers, nieuwe activiteiten hebben geen historie en kunnen samenwerken makkelijk maken.

Vervolgens wordt de ketensamenwerking en feit en worden de relaties middels afspraken als contracten, regels en procedures etc. geconditioneerd. Om daadwerkelijk vraaggestuurd te kunnen werken stellen wij voor om cliënten uit de keten te betrekken bij het formuleren van de kwaliteitseisen die opgenomen worden in de SLA.

Doordat het evidence based/practice based handelen in de sector beperkt is, is de kwaliteit van de diensten vaak niet meetbaar. Een sectorbrede investering is wenselijk.

Naar buiten toe zal een overkoepelend beeld van de brancheverenigingen bewerkstelligd moeten worden. Daarmee wordt een herkenbare positie ingenomen naar centrale en lokale overheid, cliëntenorganisaties en andere branches. Ook moeten wij zorgen voor herkenbare positie naar aangesloten organisaties binnen de branche. Dit houdt in een wederzijds contact tussen organisaties en de brancheorganisatie bestaande uit communicatie, uitwisseling e.d. De branche zorgt dat de bestaande kennis beschikbaar is en dat er continue impulsen zijn

voor vernieuwing en geeft richting aan versnipperde bestaande kennis. Leidraad is de keten die de cliënt doorloopt. Elkaar toestaan om in elkaars keuken te kijken.

In PR dient de branche concreet, aansprekend, helder en eenduidig zijn. Kerntaken van de sector moeten herkenbaar zijn. Beschikbare PR kanalen moeten bekend zijn en de branche moet een vorm zoeken om snel en flexibel op externe ontwikkelingen te kunnen reageren.

Overigens kan, vanuit strategisch oogpunt, er voor gekozen worden om intern een lege huls te hebben (zonder dat de onderlinge verhoudingen binnen de sector al vast liggen, zonder vastgesteld communicatieplan) en naar buiten uit te dragen dat er een heldere sector is die aangesproken kan worden op haar kerncompetenties. Dus eerst zorgen dát je kunt beïnvloeden, dan regelen hoe je intern de beïnvloeding gaat organiseren. Eerst zorgen dát je zichtbaar bent, dan regelen hoe je zichtbaar wordt (kwaliteit leveren etc.)

Randvoorwaarden voor samenwerking in een keten

De basis voor de vorming en het voortbestaan van een keten is erkenning van elkaars expertise en vertrouwen. Als er geen vertrouwen is tussen de ketenpartners, zal men slechts minimaal samenwerken. Vertrouwen wordt deels geconditioneerd door organisatorische maatregelen als contracten, prijsafspraken, formele regels en procedures en certificering. Vertrouwen wordt ook beïnvloed door de feitelijke ervaringen tussen partners in de keten. Het vertrouwen wordt dan gebaseerd op gedrag uit het verleden en de reputatie. Graadmeters hiervoor zijn oa het nakomen van afspraken, het conformeren aan de ketencultuur en de hand houden aan formele en informele rechten en plichten.

Een andere belangrijke randvoorwaarde is de financiering. De overheid verschuift financieringstromen en verantwoordingslijnen door middel van vraaggestuurde bekostiging. De overheid richt de 'geschotte' financieringsstromen op de totale ketendienstverlening. Verschillende instrumenten worden hiervoor ingezet: de PGB's, het rugzakje en afspraken tussen verschillende financiers. Hierdoor wordt samenwerken in een keten steeds vanzelfsprekender. Immers, passende zorg en dienstverlening uit het bijbehorende budget financieren kunnen in een keten zodanig gerealiseerd worden dat het vanzelfsprekend is om dit explicieter in te zetten.

Een beschrijving van best-practice situaties in de sector die als voorbeeld kunnen dienen voor de ontwikkeling naar de gewenste situatie

De bekendste aandoeningen waarvoor buiten de sector ketenzorgprojecten zijn ontwikkeld zijn diabetes mellitus en cerebrovasculair accident (CVA). Binnen de sector zijn ook al diverse initiatieven ontstaan van ketensamenwerking tussen verschillende organisaties. Hieronder worden de best practices uit de sector beschreven.

On-site gehooronderzoek bij instituten voor verstandelijk gehandicapten

Situatie: Bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten kwamen naar het Audiologisch Centrum voor gehooronderzoek. Sinds enkele jaren wordt echter het overgrote deel van deze bewoners onderzocht in de eigen instelling.

In eigen omgeving is de kans dat het onderzoek slaagt groter. Bovendien is het gemakkelijker met de begeleiders die de bewoners goed kennen in contact te komen. De afspraken over het gehooronderzoek worden vastgelegd in een convenant. Zo blijft de verantwoordelijkheid voor planning, het verzamelen van medisch relevante informatie en de informatievoorziening naar ouders en curatoren toe bij de instelling liggen (ketenlogistiek). Het Audiologisch Centrum beschrijft de duur van het diagnostisch traject, de mogelijke interventies daarna en de kosten. Binnen het centrum is een zgn. Z-team gevormd met medewerkers die zich met de instituten bezighouden, om de kennis te bundelen en de contacten niet te versnipperen (**ketenkennis**). In dit team zitten drie logopedisten (waarvan één de coördinator van team is), twee audiologen en een audiologieassistent. Er is geregeld overleg tussen het Z-team en de gecontracteerde instituten over de gang van zaken. De ouders/curatoren vinden deze manier van werken prettig omdat zij vooral hebben te maken met de afdeling logopedie van de instelling en niet zozeer met het Audiologisch Centrum. Bij hoortoestelaanpassingen is er uiteraard ook een audicien in het spel. Het Audiologisch Centrum is namens de instelling een goede gesprekspartner en kan de belangen van de instelling goed vertegenwoordigen.

Samenwerking tussen Audiologisch Centrum Amersfoort en audiciens (ketenlogistiek)

Situatie: Het gehooronderzoek vindt plaats op het AC waarna richtlijnreceptuur wordt afgegeven. De cliënt gaat naar de audicien die in overleg met de cliënt en op basis van het recept hoortoestellen adviseert. De audicien beschikt altijd over de actuele onderzoeksgegevens van het Audiologisch Centrum. De hoortoestelproef wordt door de audicien begeleid. Als uiteindelijk een keuze wordt gemaakt, rondt de audicien de proefperiode af met een aantal controlemetingen. Hierover rapporteert de audicien aan het Audiologisch Centrum. Er zijn afspraken gemaakt over de inhoud, uitvoering en meetomstandigheden van deze evaluatiemetingen, alsook over de termijn waarbinnen een hoortoestelproef wordt afgerond. Na rapportage ziet het Audiologisch Centrum de cliënt voor een eindcontrole. Voor de audicien is deze controle een onafhankelijke kwaliteitstoets. Er worden bij deze eindcontrole aanvullende metingen verricht. Als de aanpassing in orde is, wordt een aanpassingsverklaring naar de audicien gestuurd, die deze kan gebruiken als ondersteuning voor de vergoedingsaanvraag bij de ziektekostenverzekeraar. Het contact tussen Audiologisch Centrum en audiciens wordt onderhouden door een jaarlijks plenair overleg, ad hoc individueel overleg, gezamenlijke jaarlijkse scholingsactiviteit, dagstages van audiologieassistenten bij de audiciens en dagstages van audiciens-in-opleiding op het Audiologisch Centrum.

Opgemerkt wordt door de deelnemende partijen dat het hebben van een gezamenlijke visie op hoorrevalidatie van groot belang is voor het welslagen van deze samenwerking.

Audiologisch Centrum Hoensbroek (ketenlogistiek)

Het Klankbeeld Hoensbroeck is een samenwerkingsvorm tussen vier deelnemende Instituten, te weten Stichting Hoensbroeck Audiologisch Centrum, gevestigd te Hoensbroek; Stichting Instituut Sint Marie, gevestigd te Eindhoven; Stichting Viataal, gevestigd te Sint Michielsgestel en de Stichting Mgr. Hanssenschool gevestigd te Hoensbroek.

De deelnemende instituten hebben verklaard dat:

partijen elkaar erkennen als expertisecentra op het gebied van auditieve en communicatieve problemen; partijen naar taken en deskundigheden elkaar in veel opzichten aanvullen; partijen er naar streven hun specifieke expertise individueel te ontwikkelen en onderling te delen, waar nodig te bundelen en te coördineren met het oog op een meerwaarde voor de thuisnabij(e) en vraag gestuurd(e) zorg.

Situatie: Kinderen van de Mgr. Hanssenschool worden door het HAC gediagnosticeerd en binnen het klankbeeld door een van de instellingen behandeld. De drie instellingen die de behandeling verlenen hebben onderling afgesproken wie welke behandelingen mag verrichten.

Het gebeurt ook dat een instelling als hoofdaannemer functioneert en de andere instellingen expertise aanleveren voor een deel van de behandeling t.b.v. de hoofdaannemer. Kosten worden waar mogelijk gezamenlijk gedragen dit werkt efficiënt. Ieder deelnemend instituut maakt zelf productieafspraken met de zorgverzekeraar. De productie opbrengsten en de kosten worden geboekt naar instituut.

Door deze werkwijze is de cliënt snel op de juiste plaats voor de juiste zorg. Een zorg die zonder het Klankbeeld in de regio, lang op zich liet wachten. De cliënt is klaar voor deze goede samenwerking en kan meteen op korte termijn al profiteren van deze samenwerkingsvorm.

Keten van diagnostiek en zorg in voorschoolse en schoolse periode en onderwijs in Noord Holland (ketenlogistiek)

Situatie: Sinds ongeveer een jaar wordt in Noord-Holland samengewerkt om thuis nabij en op maat diagnostiek, zorg en onderwijs voor kinderen met auditieve beperking en taal/spraakproblemen en hun ouders te realiseren.

In de voorschoolse periode worden peutergroepen voor kinderen uit deze doelgroepen geformeerd en wordt aan hun ouders tevens informatie ochtenden en communicatielessen aangeboden. Expertise vanuit de Stichting Gezinsbegeleiding Amsterdam (SGA) en het Audiologisch Centrum Holland Noord (ACHN) van de NSDSK wordt in peutergroepen en oudergroepen ingebracht. Stichting Kinderopvang Alkmaar (SKOA) verleent onderdak aan deze speciale peutergroepen en maakt derhalve integratie met de expertise en de doelgroep van SKOA mogelijk. Met de Burgemeester de Wildeschool wordt intensief samengewerkt in verband met afstemming van het onderwijs voor auditief en communicatief beperkte kinderen. Wanneer kinderen vanuit de peutergroepen naar de Burgemeester de Wildeschool doorstromen voor onderwijs is daar een zorgaanbod beschikbaar dat geleverd wordt door het Zorgcentrum Amsterdam van KEGG en afgestemd is met de voorschoolse geboden zorg.

Onderwijs – bureau arbeid (ketenlogistiek)

Tussen de cliënten voor ambulante begeleiding van REC Midden ZuidWest en het bureau arbeid (een gezamenlijke onderneming van Auris en KEGG) zijn afspraken gemaakt met als doel een sluitende aanpak voor de overgang regulier onderwijs naar betaald of onbetaald werk. De genoemde participanten hebben geïnventariseerd wat er nodig is aan activiteiten om die sluitende aanpak te bereiken. Deze activiteiten zijn vervolgens nader omschreven en voor de uitvoering geplaatst bij of de ambulante begeleiding of de arbeidstoeleiding/jobcoaching. Alle medewerkers zijn op de hoogte gesteld van de gemaakte indeling in activiteiten en werken deze vervolgens verder uit. Jaarlijks wordt de genoemde taakverdeling geëvalueerd.

De keten (voortgezet) speciaal onderwijs en terugplaatsingsbegeleiding (ketenlogistiek)

Landelijk is door de diensten en afdelingen voor ambulante begeleiding in cluster 2 een protocol vastgesteld met betrekking tot de uitvoering van de terugplaatsingsbegeleiding. Dit protocol schrijft voor dat de terugplaatsingsbegeleiding 4 maanden voorafgaand aan de daadwerkelijke terugplaatsing telt zodat goede samenwerking met de (v)so school mogelijk is. In het protocol is beschreven wat in verband met de terugplaatsing wordt verwacht van de (v)so school en wat van de dienst voor ambulante begeleiding.

Landelijke keten van vroegtijdige onderkenning, diagnostiek en zorg voor jonge kinderen met een ernstige auditieve beperking (ketenzorg)

Situatie: In juli 2006 zal in heel Nederland de Neonatale Gehoorscreening zijn ingevoerd als verplicht onderdeel van het basistaken pakket van de Jeugdgezondheidszorg.

Dit betekent dat bij voorkeur thuis, in combinatie met de hielprik, het gehoor van de pasgeboren gezonde zuigeling wordt onderzocht met een objectieve screeningsmethode. De screening bestaat uit drie fasen en wanneer de derde fase een onvoldoende uitslag aangeeft dient voor verdere diagnostiek doorverwezen te worden.

Voor de uitvoering van de screening is de thuiszorgorganisatie verantwoordelijk. Aan de uitvoering zijn in de implementatiefase door de Landelijke Vereniging van Thuiszorg (LVT) en de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK) kwaliteitseisen verbonden tav maximale periode van de screening, uitvoering van de screening, aantal toegestane refers na de screening, inhoud en duur van diagnostiek en verwijzing. Zo dient de screening in ieder geval 42 dagen na de geboorte te zijn afgerond en in het geval van combinatie met de hielprik binnen 28 dagen.

Ketenlogistiek: Wanneer een onvoldoende screeningsresultaat is behaald, wordt doorverwezen naar een audiologisch centrum voor diagnostiek om de aard en mate van het gehoorverlies vast te stellen. Met de Federatie van audiologische centra (FENAC) is een diagnostiek protocol overeengekomen op inhoud en tijdsduur. Dit betekent dat een AC volgens vastgestelde werkwijze de jonge baby onderzoekt en dat ook binnen een vastgesteld tijdsraam uitvoert.

Hoewel verwijzing naar een AC in principe via de huisarts of specialist verloopt, is in overleg met de landelijke huisartsen vereniging en de Kno-artsen afgesproken dat om vroegtijdige onderkenning effectief en efficiënt te kunnen laten verlopen deze verwijzing achteraf wordt gefiatteerd en dat deze disciplines geïnformeerd worden over de diagnostische bevindingen en gegeven adviezen.

Wanneer uit de diagnostiek blijkt dat er sprake is van een ernstige auditieve stoornis worden de ouders verwezen naar een van diensten voor gezinsbegeleiding voor kinderen met ernstige auditieve problematiek. Deze verwijzing dient voor de leeftijd van 6 maanden

gerealiseerd te zijn volgens de kwaliteitscriteria. Ook uit onderzoek blijkt dat een verwijzing voor deze leeftijd de kansen op een goede communicatieve ontwikkeling aanzienlijk doet toenemen. Deze centra zijn AWBZ gefinancierd en bieden een begeleidingsprogramma waarin aandacht wordt besteed aan opvoedingsondersteuning in het gezin, communicatietraining en psycho-educatie aan ouders, continue procesdiagnostiek rondom kind en gezin, tweetalig aanbod op de peuterspeelzaal etc.

Samengevat er is hier sprake van een keten vanuit de vroegtijdige onderkenning van gehoorproblematiek naar diagnostiek en zorg waarbij afspraken zijn gemaakt over inhoud en tijdige doorverwijzing door de verschillende partners. De inhoud van de methodieken en de onderbouwing van de keten komen veelal voort uit toegepast wetenschappelijk onderzoek.

Dependance van het Audiologisch Centrum Amersfoort op de poli-KNO (ketenzorg)

Situatie: De KNO-artsen van het Meander Medisch Centrum verwijzen veel cliënten naar het Audiologisch Centrum. De cliënt heeft dus met twee instanties te maken, met elk hun eigen planning, voorlichting en wijze van oproepen. Bovendien duurt het na doorverwijzing al gauw drie weken voordat de cliënt op het Audiologisch Centrum terecht kan.

Vanaf 2001 is daarom een audiologie-assistent vier dagdelen per week op de poli-KNO aanwezig om standaard audiometrisch onderzoek te verrichten. In de planning van de audiologieassistent zijn zowel vaste afspraken opgenomen als lege plaatsen die tijdens het KNO-spreekuur nog kunnen worden ingevuld. Zo kunnen cliënten direct na het KNO-consult worden doorgestuurd voor gehooronderzoek om daarna, nog steeds tijdens het spreekuur, weer terug te komen bij de KNO-arts voor advies. De cliënt blijft met twee instanties te maken hebben, maar merkt hier niet zo veel van omdat de werkwijzen en planning op elkaar zijn afgestemd. De klinisch fysicus-audioloog bespreekt achteraf op het Audiologisch Centrum de moeilijke gevallen met de audiologieassistent. Zo nodig neemt hij alsnog contact op met de behandelend KNO-arts. Ook hier wordt de meerwaarde duidelijk ten opzichte van de screeningsaudiometrie van de poli-assistenten.

Er zijn goede afspraken gemaakt over criteria waaronder cliënten alsnog naar het Audiologisch Centrum worden doorverwezen (voor aanvullend onderzoek, hoorrevalidatie, maatschappelijke begeleiding etc.). Inmiddels is de dienstverlening uitgebreid van vier naar zes dagdelen en wordt in 2005 naast de diagnostiek een start gemaakt met het verstrekken van hoortoesteladviezen.

CI-teams (ketenzorg)

Door middel van concentratiebeleid en beperkte aanwijzing wordt de cochleaire implantatie bij kinderen gereguleerd. De minister heeft hiervoor alle 8 academische ziekenhuizen aangewezen als centra voor CI bij kinderen. In deze gespecialiseerde centra werken multidisciplinair samengestelde teams (audiologen, KNO-artsen, maatschappelijk werkers, technici). Ook de gezinsbegeleiding speelt een sleutelrol in het traject van CI bij kinderen. Bij het aanwijzen van de centra is dan ook een structurele en geformaliseerde samenwerkingsrelatie tussen het centrum voor CI en een centrum voor gezinsbegeleiding als voorwaarde gesteld. Daarnaast is deelname aan een landelijk richtlijnontwikkelingstraject m.b.t CI bij kinderen als voorwaarde gesteld. Met de landelijke richtlijnontwikkeling wordt beoogd de kwaliteit en doelmatigheid van CI bij kinderen verder te ontwikkelen.

Conclusie

Uit de voornoemde best practices blijken de volgende voorwaarden om samen te werken in een keten, van belang te zijn:

- het hebben van een gemeenschappelijke visie
- het delen van expertise
- complementair op inhoud
- ieder vervult de rol van aannemer en onderaannemer
- het zoeken naar overeenkomsten en niet het koesteren van verschillen
- vertrouwen tussen groot en klein en tussen specialisten en generalisten

Daarnaast kunnen een aantal aspecten worden benoemd die noodzakelijk zijn voor effectieve samenwerking en waaronder de ketenstructuur in de sector optimaal kan functioneren, te weten:

- Het stellen van uitdagende en geloofwaardige doelen
- Wederzijds vertrouwen en erkenning van elkaar expertise maar ook persoonlijke chemie tussen de samenwerkende partijen
- Focus op de klant (goede samenwerking met cliëntorganisaties) om zekerheid en structuur te bieden bij het maken van een keuze uit het zorgaanbod
- Organiseer de keten (bewust)
- Geen domein discussies: niet uitwaaiëren maar juist werken aan kerncompetenties, niet praten over organisaties maar over functies
- Heldere verantwoordelijkheden in proces
- Regel de inspraak, versnel de uitspraak
- Inbreng van expertise op basis van gelijkwaardigheid
- Een strakke uitvoering (projectaanpak).

Een inventarisatie van gezamenlijk belang en een advies ten aanzien van gezamenlijke actie

In de afgelopen maanden heeft de werkgroep geconstateerd dat de WMO grote invloed op het werk en de verhoudingen in de sector zal gaan uitoefenen. Omdat ook de sprekers tijdens de bijeenkomsten mogelijkheden zagen voor een gezamenlijk optreden hierin, heeft de werkgroep al voor het uitkomen van dit advies een dringende aanbeveling aan de besturen gedaan. Deze aanbeveling is opgenomen als bijlage 4.

Daarnaast acht de werkgroep het van groot belang dat gezamenlijkheid wordt nagestreefd bij het expliceren van de deskundigheid in de sector. Een mogelijke vorm hiervoor is om kennis- en expertisecentra in samenwerking op te richten en in stand te houden.

Concurrentie en samenwerkingsambities binnen en buiten de sector leveren belangrijke argumenten op om tot samenwerking op sectorniveau te komen (zie blz 12 *concurrentie en samenwerking*). Als samenwerking binnen de sector door middel van geregeld overleg wordt georganiseerd, is het van belang om naar politiek, financiers, samenwerkingspartners en concurrenten als een serieus te nemen gesprekspartner over te komen.

Om deze politieke en strategische reden en om ook op termijn continuïteit in kwaliteit te kunnen leveren is naar oordeel van de werkgroep het oprichten van een branchevereniging aan te bevelen. Naar het idee van de werkgroep treedt een dergelijke branchevereniging op namens directies van instellingen/werkgevers uit de non-profit sector en bestaat voor de sector auditief/communicatief uit:

- FENAC
- Siméa
- SIAC en overige AWBZ-instellingen als SGB MON, SGA, DDS en SGB ZON
- Bestuurlijk samenwerkingsverband psychische hulpverlening

Een brancheorganisatie heeft een onafhankelijk voorzitter nodig die in staat is om de sector adequaat te vertegenwoordigen en die over voldoende bewezen kwaliteit en netwerk beschikt.

De branchevereniging kan een eigen bureau als middel inzetten om de taken uit te kunnen voeren. Tot die taken van de branche horen:

1) Politiek strategisch:

- één beeld naar buiten laten zien
- onderhandelen met overheid/financiers
 - 1) over organisatie van zorg/onderwijs/diagnostiek
 - 2) over positie van de leden in de keten
 - 3) over financiering op macrobudgetniveau van de sector
- overleg met organisaties van stake-holders (onder andere cliëntenorganisaties)
- overleg met externe relaties als NVZ, CVZ, VGN, WEC-Raad, CTG en VNG

2) Kwaliteit:

- Standaarden ontwikkelen voor functies/deelprocessen met kwaliteitsindicatoren
- Organiseren van toezicht op uitvoeren standaarden
- Kwaliteitslabel
- Certificering van scholing en deskundigheidsbevordering

3) Communicatie:

- Intern (oa nieuwsvoorziening voor leden)
- Extern ? aan partners in de keten en aan klanten

De werkgroep beveelt aan om in 2006 een branchevereniging operationeel te laten worden.

De doelen en ambities van deze branchevereniging zouden in eerste instantie moeten zijn:

- Mogelijk maken van evidence based/practice based handelen
- Presenteren van kengetallen wat betreft prestaties (indicatoren) en incidentie
- Budgetinzet voor kwaliteit en niet aantallen
- Resultaat preventie aantonen en ruimte voor preventie organiseren
- Bevorderen cliëntenlogistiek door het waarderen van initiatieven in de sector met behulp van de ketenstructuur
- Verhoging kwaliteit ter voorkoming van budgeterosie en externe concurrentie
- Beschrijven van branchegedrag/etiquette om de concurrentie te organiseren.

Aanbevolen wordt een werkgroep van drie tot vier personen te formeren, die de oprichting van de branchevereniging in 2005 voorbereidt zodat deze op in 2006 operationeel kan zijn.

BIJLAGE 1

Samen gaan			
Samenwerkings verband	Conglome- raat	concern	Fusie
Typering	meerdere rechtspersonen uit een centraal punt geleid en samen een economische eenheid vormend		één organisatie
	heterogeen pakket activiteiten	homogeen pakket activiteiten	
Zelfstandigheid partners	Vrijheid in gebondenheid		deel uitmaken van
Eerste gerichtheid van partners	vanuit totaal op zichzelf		op totaal
Besluitvorming	<i>samen besluiten, apart doen</i>		samen besluiten, samen doen
Juridische vorm	holdingconstructie		een rechtspersoon door juridische fusie

BIJLAGE 2 A

De cliënten- en belangenorganisaties

Uit de raadpleging van de cliënten- en belangenorganisaties FOSS, FODOK en de NVVS komt naar voren dat de transparantie van de structuur in de sector belangrijk is en dat zij de kwaliteit van de dienstverlening belangrijker vinden dan vrijheid in de keuze voor een zorgaanbieder. Zo kunnen zij zich voorstellen dat de sector overgaat tot een soort kwaliteitskeurmerk van aangesloten organisaties waarbij de toetsing gebeurt door de cliëntenorganisaties. Zij ervaren de concurrentie binnen de sector als een mogelijke bedreiging voor de kwaliteit.

Keuzevrijheid voor de cliënt betekent dat op grond van adequate informatie weloverwogen kan worden gekozen om wel of niet de volgende stap te nemen in de keten. Informatievoorziening voor de cliënt is dus essentieel. De vertegenwoordigers zijn van mening dat voor een doelmatige zorgstructuur een ketenstructuur faciliterend kan werken mits er openheid (transparantie) in de sector is waardoor de cliënten een eigen keuze kunnen maken. De inspraak van cliënten op ketenniveau zou geformaliseerd kunnen worden door per keten een cliëntenraad in te stellen. Daarbij is het essentieel wie eigenaar is van de keten.

De organisaties zijn beducht voor de gevolgen van de decentralisatie, met name voor de mogelijke invoering van de WMO. Zij vrezen dat de deskundigheid zal versnipperen indien de gemeenten verantwoordelijk worden voor de toewijzing van de voorzieningen. Doordat zij ook de financiële verantwoordelijkheid dragen, is het niet ondenkbaar dat de voorzieningen een sluitpost worden van de gemeentelijke begroting. Dit pleit voor een landelijke regeling en aansturen op uitsluiting van de WMO voor de sector.

Financiers en wetgeving

Mevrouw Duine, beleidsmedewerker bij het CVZ, heeft haar visie gegeven op de sector.

Maar eerst heeft zij de financieringsbronnen voor de hele sector onderscheiden. In bijlage 2B is hiervan een overzicht gemaakt. Uit het schema blijkt dat er wetmatig niet veel samenhang is, deze zal in het veld vorm moeten krijgen.

Bij de invoering van de DBC's kunnen aanbieders pakketten vormen die uiteindelijk door de cliënt als knellend worden ervaren. De sector moet er rekening mee houden dat de cliënt daar een bepaalde flexibiliteit in verwacht.

Het CVZ acht het niet onmogelijk dat de AWBZ in de toekomst helemaal verdwijnt en de onderdelen verdeeld worden over de ZVW en de WMO. CVZ heeft dit aan VWS geadviseerd: zo blijven er twee groepen voorzieningen over 1. die gefinancierd op basis van een verzekering: ZVW en 2. die voorzieningen die vanuit de collectiviteit worden opgezet: WMO.

Mw. Duine acht het verder van belang dat op sectorniveau ketenzorg plaatsvindt om cliënt zekerheid en structuur te bieden bij het maken van een keuze uit het zorgaanbod. Daarbij is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan de verschillen tussen functies. Het verhelderen van het onderscheid helpt de cliënt en de aanbieder bij de keuze.

Door de invoering van de WMO dreigt het gevaar van rechtsongelijkheid en versnippering van expertise. Mw. Duine adviseert de sector dan ook bij VWS te lobbyen om onze doelgroep buiten de WMO te houden. Verder constateert zij dat preventie onderbelicht blijft, zij raadt de sector aan om dit wat meer voor het voetlicht te brengen.

Substituten en toetreders

Mevrouw Juli, directeur MEE Nederland, heeft haar visie aan de werkgroep voorgelegd.

MEE levert niet geïndiceerde dienstverlening levenslang en levensbreed. Er zijn meer dan 65 vestigingen in 26 organisaties. MEE vindt het van belang dat de cliënt snel de weg vindt naar de juiste expertise. MEE en DDS wisselen op dit moment deskundigheid uit op het gebied van auditief/communicatief beperkten.

Mw. Juli acht het niet wenselijk en niet haalbaar om te komen tot een categorale ketenstructuur. Niet haalbaar vanwege de decentralisatie en specifiek door de mogelijke invoering van de WMO. In de WMO wordt gesproken over kwetsbare burgers, onze doelgroep vormt een klein deel en de politiek (landelijk en lokaal) zal er naar verwachting niet voor voelen om in het kader van de WMO specifiek doelgroepenbeleid voor alle soorten handicaps en beperkingen te gaan voeren. De modernisering AWBZ (ontschotting tussen de doelgroepen) valt volgens VWS niet te rijmen met het categoriaal organiseren van zorg en dienstverlening.

Volgens mw. Juli is het ook niet wenselijk om te komen tot een categorale ketenstructuur omdat dit het risico op isolatie in de hand werkt en de (volgens haar) noodzakelijke multidisciplinaire en intersectorale samenwerking gemakkelijk kan belemmeren. Dit is volgens haar nodig om tot inhoudelijke uitwisseling en aanvulling op de werkvloer te kunnen komen en in het belang van een gezonde inhoudelijke doorontwikkeling van de sector. Verder zou er volgens haar ook, om doelmatigheidsoverwegingen, een eind moeten komen aan de bestaande fragmentering in de zorg.

Mw. Juli ziet wel een belangrijke functie op categoriaal niveau voor het ontwikkelen en borgen van de heel specifieke kennis op auditief/communicatief gebied naast de uitwisseling en samenwerking in de dienstverlening met anderen buiten de sector (scholen, werkplaatsen, gemeenten). Dit levert een breder en meer samenhangend aanbod op en dat is volgens haar primair in het belang van de mensen die gebruik willen maken van de ondersteuning. Is het veld in staat om coöperatief een sluitend aanbod te creëren?

Er zijn echter remmende factoren in de sector die het realiseren van samenwerking in de weg staan:

- *de communicatie in de sector verloopt stroef*
- *er is sprake van versnippering in verschillende organisaties. Die opdeling is niet altijd in gemeenschappelijk belang maar vaak een individueel belang.*
- *ambivalentie bij de cliëntengroep die enerzijds hecht aan behoud van specifieke deskundigheid en daarom deels beducht is voor opening van de sector en zich anderzijds afzet tegen zorg vanuit instellingen die deels als betuttelend wordt ervaren.*

Een stimulerende factor is dat volgens mw. Juli er een grote intrinsieke kracht in de sector is om zich voor de doelgroep in te zetten. Vanuit MEE wordt de sector uitgenodigd om informatie uit te wisselen ten behoeve van de cliëntondersteuning.

BIJLAGE 2 B

	Langdurige zorg	Curatieve zorg	Begeleiding	Onderwijs	Voorzieningen Hulpmiddelen	Tolken
Wet	AWBZ	Ziekenfondswet	Subsidie Ziekenfondswet AWBZ Gemeente	LGF REA	Subsidie Ziekenfondswet REA AWBZ	Subsidie (leefuren) REA (werk- en onderwijsuren)
Toewijzing	Zorgkantoor	Verzekeraars	MEE Subsidie	Gemeenten UWV	Verzekeraar UWV	Zorgkantoor en vervolgens CVZ? UWV
Indicatiestelling	RIO Wordt CIZ	Huisarts		REC	KNO-verklaring	KNO-verklaring
Toekomst bekostiging	AWBZ voor ernstig langdurig zieken en onverzekerbare risico's, rest naar ZVW en WMO	ZVW Vraag: waar blijft de subsidie diagnostiek spraak/taal?	WMO	WMO WIA, alleen voor het werkgerelateerde gedeelte (dus niet onderwijs)	ZVW	WMO (leef- en onderwijsuren) WIA (werkuren)

BIJLAGE 3

Service Level Agreement (SLA)

In het bedrijfsleven worden SLA's veelal gebruikt als een producent voor een onderdeel van zijn productie een andere partij inhuurt. Een SLA is dan grotendeels éézijdig geformuleerd. In de sector auditief/communicatief kan dezelfde situatie bestaan als één dienstverlener zich als eigenaar van de hele keten rondom een cliënt presenteert. In geval van een gedeeld eigenaarschap van de keten, zullen items in een SLA aandacht moeten besteden aan de invalshoek van iedere partner in de samenwerking.

In wezen is een SLA een contract als ieder ander en bevat het ook onderdelen die ieder standaard contract bevat.

In zijn algemeenheid gaat een goede SLA over:

- wat men belooft te doen
- hoe men belooft dit te doen
- wie de resultaten gaat meten en hoe
- wat er gebeurt als één van de partijen in gebreke blijft
- of en hoe de SLA in de loop van de tijd kan worden bijgesteld

Een SLA kan daarbij de volgende elementen bevatten:

1. **algemene zaken:** het doel van de samenwerking, beschrijving van de partners, startdatum en mogelijke einddatum, aangeven of de overeenkomst exclusief voor partijen is of dat er over hetzelfde onderwerp andere afspraken mogelijk zijn, definities van in de overeenkomst opgenomen begrippen, de rol van de cliënt/patiënt/leerling of diens ouder.
2. **de dienst:** welk onderdeel van de dienst zit in het standaard pakket, welk onderdeel wordt speciaal voor deze overeenkomst geleverd, wanneer wordt een dienst geleverd en wat is het resultaat van de geleverde dienst
3. **kwaliteit van de dienst.** O.a. professionaliteit, kwaliteit van diensten overeenkomstig algemeen gehanteerde standaarden, smart gestelde doelen. Ook bijvoorbeeld betrokken deskundigen. En hoe het niveau van dienstverlening wordt geëvalueerd.
4. **compensatie voor geleverde diensten.** Dit kan een financiële paragraaf bevatten.
5. **probleem oplossing:**
 1. als één der contractanten verzuimt aan de eisen van deze overeenkomst te voldoen, zal hij alles in het werk stellen om dit te herstellen
 2. wat te doen bij overmacht en wat is overmacht
 3. verhaal in geval van verzuim

Memo

Aan: besturen Siméa, FENAC, SIAC en beleidsgroep gezinsbegeleiding

Van: werkgroep visie ketenstructuur, Marjan Bruins voorzitter

CC: bureau Audcom

Datum: 9-6-2005

Betreft: mogelijke actie in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Geachte besturen,

De werkgroep Visie ketenstructuur is in juli en september '04 twee volle dagen bij elkaar geweest om mogelijkheden voor een ketenstructuur in de sector te onderzoeken, onder andere door de omgeving van de sector te verkennen. Onder omgeving verstaan we onder andere wet en regelgeving, belendende sectoren en instellingen en de cliënten(organisaties). In gesprek met deskundigen en vertegenwoordigers van relevante organisaties hebben wij kennis genomen van de aanstaande WMO en van de mogelijke consequenties van deze wet. Omdat de consequenties voor de sector ingrijpend kunnen zijn en omdat naar onze mening het op dit moment mogelijk is de inhoud van de wet te beïnvloeden, adviseren wij u hierop actie te ondernemen. Wij doen dit voorafgaand aan onze eindconclusie omdat we de noodzaak om op korte termijn te handelen erkennen.

Wat zijn de consequenties voor de sector auditief/communicatief?

De WMO is afgelopen week nog in het nieuws geweest, omdat er door VWS met betrokkenen een convenant is afgesloten om de WMO pas per 2007 in werking te laten treden. Vanaf die datum zullen onderdelen van de AWBZ, de WvG, de WCPV en de Welzijnswet naar de gemeentes worden overgeheveld onder het regime van de WMO. Gemeentes hebben onder de WMO geen zorgplicht maar worden getoetst op de uitvoering van acht prestatievelden. Onderdelen waar wij in onze sector mee te maken hebben en die naar de gemeente over zullen gaan zijn de cliëntondersteuning, de tolkenvoorziening voor doven, de woon- en andere voorzieningen, activerings- en begeleidingsarrangementen e.a. Voor- en naschoolse opvang, behandeling en begeleiding zullen waarschijnlijk naar OC&W worden overgeheveld. Hierover bestaat echter bij OC&W nog een zeer afwijzende houding. Omdat de incidentie per gemeente wb casus uit onze doelgroep erg laag is, zal het voor veel gemeentes niet mogelijk zijn hierop adequaat te begroten en zullen veel onderdelen wellicht in zijn geheel niet uitgevoerd worden. Instellingen in de sector zullen met vrijwel alle 473 gemeentes moeten onderhandelen over zorgvoorzieningen in de woonplaats van de cliënt. Dit is een haast onmogelijke opgave.

De inhoud van de WMO is vooral gebaseerd op het oplossen van bestaande problemen. Waarbij problemen maatschappelijk steeds meer worden gezien als de maatschappij

aangedaan in plaats van door de cliënt ervaren. Veel activiteiten in onze sector werken vanuit de preventiegedachte. Op basis van onze expertise kunnen we vanuit het aanwezig zijn van een stoornis voorspellen welke problemen op den duur worden ervaren en kunnen we door ingrijpen die problemen voorkomen of verminderen. In het kader van de WMO is ingrijpen echter pas aan de orde als de gevolgen van een stoornis voor de maatschappij zichtbaar worden. In dit kader is het nog niet helder of en waar de bestaande subsidie voor spraaktaaldiagnostiek op de AC's zal worden ondergebracht.

Het juiste moment om de inhoud van de wet te beïnvloeden?

De contouren van de wet worden op dit moment langzamerhand zichtbaar. Er is echter nog geen kamerdebat aan gewijd geweest. De indruk bestaat dat er onder de kamerleden zeer verschillend wordt gedacht over de wet. Verschillende organisaties voor gehandicapten, onder andere uit de hoek van de verstandelijk gehandicapten, proberen op dit moment hun sector buiten de WMO te houden. Door lobby vanuit onze sector zouden we wellicht in staat zijn ook de sector auditief/communicatief gehandicapten buiten de WMO te houden.

De ervaring met de uitvoering van de WvG stemt de politiek niet gunstig met betrekking tot de uitvoering van de WMO op gemeentelijk niveau. Vooral voor leven en werk essentiële hulp en begeleiding zouden onder slecht beleid van gemeentes schade kunnen ondervinden. Hiervoor zijn ook kamerleden van de regeringspartijen gevoelig.

De instellingen voor psychische hulpverlening aan doven hebben zich al openlijk tegen de invoering van de WMO uitgesproken. Het is aan te bevelen om samen met deze instellingen als totale sector op te trekken.

Tot slot kiezen cliëntorganisaties uit onze sector (NVVS, FODOK en FOSS) voor goede stroomlijning van de hulpverlening maar tegen uitvoering op gemeenteniveau. Deze cliëntorganisaties zijn bereid samen met de aanbieders uit het veld tegen de invoering van de WMO voor gehandicapten te ageren. Enkele van de cliëntorganisaties stellen voor om op korte termijn met aanbieders en cliëntenorganisaties samen om de tafel te gaan zitten.

Advies:

De werkgroep adviseert u op korte termijn sectorbreed bij het ministerie van VWS, bij de VNG en bij de tweede kamer op basis van genoemde argumenten te protesteren tegen de opname van het gehandicaptenbeleid in de WMO.

Namens de leden van de werkgroep,

Marjan Bruins, voorzitter

BIJLAGE 5

Afkortingen

AB	Ambulante Begeleiding
AC	Audiologisch Centrum
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CI	Cochleaire Implantatie
CvI	Commissie voor Indicatiestelling
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose en Behandelcombinatie
ESM	Ernstige Spraak-/taalmoeilijkheden
FENAC	Federatie van Nederlandse Audiologische Centra
FODOK	Federatie van Ouders van Dove Kinderen
FOSS	Nederlandse Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en kinderen met Spraaktaalmoeilijkheden
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg (sector)
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
KNO	Keel, Neus en Oorarts
LGF	Leerlinggebonden Financiering (wet)
LGB	Leerlinggebonden Budget
NSDSK	Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind
NVA	Nederlandse Vereniging voor Autisme
NVVS	Nederlandse Vereniging van Slechthorenden
OC&W	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (ministerie)
PGB	Persoonsgebonden Budget
REC	Regionaal Expertise Centrum
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
ROC	Regionaal Opleidings Centrum
SLA	Service Level Agreement
SO	Speciaal Onderwijs
TAB	Terugplaatstings Ambulante Begeleiding
VG	Verstandelijk Gehandicapten (sector)
VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport (ministerie)
WEC	Wet op de Expertise Centra
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZVW	Zorg Verzekerings Wet