

VERTROUWELIJK

## Rapport

Organisatie	<b>Adelante</b>
Vestigingsplaats	AC Venlo/Blerick
Soort onderzoek	Certificaatvernieuwing
	Federatie voor Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)
Grondslag(en)	Kwaliteitskader Fenac, versie 14 juni 2017
Onderzoek data	15 november 2018
Audit teamleider	Hans Huisman
Teamleden	Christine ter Huurne, klinisch fysisch audioloog

*Hoewel dit rapport met de grootst mogelijk zorgvuldigheid tot stand is gekomen, betreft dit rapport de weergave van het auditteam. Vermeende onjuistheden kunnen tot zes weken na de datum van de laatste auditdag worden gemeld aan de audit teamleider. Na instemming wordt de tekst waar nodig aangepast. Daarna wordt de status van het rapport definitief. Het originele rapport is eigendom van Certificatie in de Zorg. De opdrachtgever ontvangt een digitale kopie.*

*Alle rechten voorbehouden.*

## Inhoudsopgave

<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>2</b>
<b>ALGEMENE GEGEVENS ONDERZOCHE ORGANISATIE</b> .....	<b>3</b>
<b>ACHTERGROND</b> .....	<b>4</b>
<b>DOEL VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>4</b>
<b>ONDERZOEKSVERANTWOORDING</b> .....	<b>4</b>
<b>CERTIFICATIEVOORWAARDEN</b> .....	<b>4</b>
<b>1 CONCLUSIES</b> .....	<b>5</b>
1.1 ALGEMEEN BEELD.....	5
1.2 CONCLUSIE .....	5
<b>2 AUDITGEGEVENS</b> .....	<b>6</b>
2.1 RELEVANTE ONTWIKKELINGEN.....	6
2.2 WELKE DOCUMENTEN ZIJN TIJDENS DE AUDIT GEBRUIKT EN/OF INGEZIEN:.....	6
2.3 AANDACHTSPUNTEN UIT VOORGAANDE ONDERZOEKEN.....	6
2.4 AFWIJKINGEN VORIGE ONDERZOEK.....	6
2.5 AANDACHTSPUNTEN VOLGENDE AUDIT.....	6
<b>3 WAT WIJKT AF (VAN DE NORM) – OVERZICHT AFWIJKINGEN</b> .....	<b>7</b>
<b>4 WAT IS GOED EN WAT KAN BETER</b> .....	<b>8</b>
<b>BIJLAGE 1 SCORE OP WEGINGSKADER</b> .....	<b>9</b>
<b>BIJLAGE 2 AUDITPROGRAMMA</b> .....	<b>15</b>

## Algemene gegevens onderzochte organisatie

Organisatie	
Naam	Adelante AC Venlo/Blerick
Adres	Van Laerstraat 45, 5922 AA Venlo
<b>Contactpersoon</b>	
Naam contactpersoon	Jean-Pierre van Gasselt
Functie contactpersoon	Locatiemanager
E-mail contactpersoon	<a href="mailto:J.Gasselt@adelante-zorggroep.nl">J.Gasselt@adelante-zorggroep.nl</a>
Telefoon	045 528 3350
<b>Onderzoeksgegevens</b>	
Activiteiten die onderzocht worden (scope)	<input type="checkbox"/> Auditief: gehooronderzoek, revalidatie, psychosociale diagnostiek, kortdurende psychosociale hulp en het technisch toetsen van hoortoestellen (objectivering van baat van hoortoestellen en/of verificatie van hoortoestelversterking). <input type="checkbox"/> Communicatief (spraak-/taalontwikkeling): multidisciplinaire spraak-/taalzorg
Beoordeling scope t.o.v. de organisatie	<input type="checkbox"/> De scope omvat alle activiteiten van de organisatie <input type="checkbox"/> De scope omvat een deel van de activiteiten van de organisatie <input type="checkbox"/> De scope heeft betrekking op de gehele organisatie <input checked="" type="checkbox"/> De scope heeft betrekking op bepaalde organisatorische eenheden, namelijk: Het audiologisch centrum (AC) in Venlo/Blerick
EAC code	38
Effectief aantal medewerkers (fte's)	Taal Zuid 37,99 Gehoor Zuid 25,33

## Achtergrond

De FENAC erkende audiologische centra staan voor kwaliteit van zorg- en dienstverlening en willen hierover ook transparant zijn. Daarom wil de FENAC op basis van het Kwaliteitskader tot een zinvolle informatieverzameling komen op het gebied van kwaliteit. Dit moet zicht geven op de kwaliteit van zorg- en dienstverlening in de centra en op de ervaringen van cliënten. Hierdoor kan enerzijds getoetst worden in hoeverre de leden van de FENAC aan de normen voldoen en anderzijds dient het als verbeterinformatie voor de Audiologische Centra (AC's).

Het FENAC kwaliteitskader beschrijft het kwaliteitsbeleid van de Federatie van Audiologische Centra (FENAC). Dit zijn gemeenschappelijke waarden van de leden van de FENAC over de kwaliteit van de audiologische zorg. Dit kwaliteitskader is vastgesteld door de leden van de FENAC. Met behulp van het FENAC kwaliteitskader kan ook de dialoog met externe betrokkenen op een eenduidige manier gevoerd worden. Het kwaliteitskader geeft richting aan het gebruik van methoden en instrumenten voor externe transparantie en verantwoording.

## Doel van het onderzoek

De FENAC acht het essentieel dat een kwaliteitskader en de daaruit voortvloeiende werkwijze dienstbaar is aan de kwaliteit in de centra en aan de FENAC als branche. Het onderzoek moet dus niet alleen informatie opleveren in welke mate de betrokken AC's zich houden aan de in het kwaliteitskader gemaakte afspraken, het is de bedoeling dat betrokken organisaties in staat zijn de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en deze systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren.

## Onderzoeksverantwoording

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden conform de uitgangspunten van NEN17021 *Conformity assessment - Requirements for bodies providing audit and certification of management systems*. In deze norm zijn eisen gesteld aan onder andere: onpartijdigheid, vertrouwelijkheid, samenstelling van het auditteam, kwalificaties van het auditteam, het uitbesteden van activiteiten en klachtenafhandeling. De bepaling van audittijd heeft plaatsgevonden conform de afspraken gemaakt in het Fenac Wegingskader van 15 augustus 2018.

Het beeld van de kwaliteit van de organisatie en haar dienstverlening ontstaat vanuit gesprekken met klanten, medewerkers, het bijwonen van activiteiten, het inzien en bespreken van relevante informatie, de algehele indruk en steekproeven op specifieke onderwerpen en locaties.

## Certificatievoorwaarden

Om voor certificatie in aanmerking te komen en de certificatie te behouden, dient de organisatie aan te tonen dat zij de afspraken in het kwaliteitskader op een klantgerichte wijze toepast. Daarnaast dient zij de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken, te monitoren en waar nodig of gewenst, te verbeteren.

Wanneer niet wordt voldaan aan een relevante klant- of normeis, spreken we van een afwijking. Afwijkingen worden door de audit teamleider gekwalificeerd op basis van het veronderstelde risico (kans x effect) dat de afwijking met zich meebrengt. Er is onderscheid tussen hoog, midden en laag risico afwijkingen.

Hoog risico (HR)	Afwijking met een <b>directe negatieve invloed</b> op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>De oorzaak van de afwijking moet zijn weggenomen, voordat de audit teamleider een positief advies mag geven.</i>
Midden risico (MR)	Afwijking met een <b>negatieve invloed</b> op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>De audit teamleider maakt afspraken over wanneer de afwijking moet zijn afgehandeld.</i>
Laag risico (LR)	Afwijking met een <b>veronderstelde negatieve invloed</b> op de dienstverlening en/of op de effectiviteit van de organisatie. <i>Tijdens de volgende audit, zal de voortgang worden geverifieerd.</i>

## 1 Conclusies

### 1.1 Algemeen beeld

De locatie AC Venlo/Blerick is gevestigd in prima huisvesting. De ruimtes zien er allemaal goed onderhouden uit. De medewerkers zijn zeer betrokken bij de organisatie. Er heerst rust ook na de laatste organisatiewijziging waarbij de complexe dyslexie werd afgestoten op basis van een kostenafweging. De afweging kwam tot stand in nauwe samenwerking met de lokale medewerkers. De nieuwe manager hanteert een "open structuur" waardoor hij goed bereikbaar is voor de medewerkers, de mogelijkheid tot inlopen wordt als prettig ervaren.

De werkwijze is nagenoeg identiek aan die in Hoensbroek: men gebruikt dezelfde aanpak voor planning en vaststelling van de behandeling. De toepassing van zorgcodes maakt het behandeltraject zichtbaar en de medewerkers vinden dit een goede werkwijze. Het valt op dat de medewerkers goede dossierkennis hebben. Het zicht op de (ontwikkeling van de) cliënten is groot.

Onderlinge consultaties vinden veelvuldig en ook buiten de reguliere overleggen, plaats. Gebruik van klantervaringen zou wat intensiever mogen. Nu zijn het nog veel standaard enquêtes die worden gebruikt voor meting. Daarnaast ligt bij de klanttevredenheid nog veel de focus op de klantontevredenheid.

Het is opvallend dat van toepassing zijnde regelgeving (bv. ten aanzien van speeltoestellen) bij het inkoopproces reeds worden ingebracht. Deze gegevens worden verkregen van andere bedrijfsonderdelen. Toepassing en verwerking van richtlijnen worden geagendeerd op overleggen. Het is echter niet altijd duidelijk hoe deze zijn verwerkt in protocollen en wat de laatste status is.

De keuringen van de gehoorruimten (getest volgens de KKAU-normering) is in het kader van kwaliteitsbeleid opnieuw uitgevoerd op alle locaties door een externe firma.

Deze audit bij Adelante AC Venlo verliep in een prettige sfeer. De kwaliteitsmedewerker heeft zorggedragen voor een prima verloop van de dag. We danken alle medewerkers voor hun openhartige bijdragen en de voorbereidende werkzaamheden. We danken het team voor de goede organisatie.

### 1.2 Conclusie

#### Algehele conclusie:

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>De audit teamleider geeft een positief advies aan het management van Certificatie in de Zorg t.a.v. het verstrekken/continueren van het certificaat.</b>
<input type="checkbox"/>	De audit teamleider geeft een positief advies, onder de voorwaarde dat corrigerende maatregelen voor de hieronder genoemde datum zijn ingediend bij de audit teamleider.
<input type="checkbox"/>	De audit teamleider geeft een negatief advies aan het management van Certificatie in de Zorg t.a.v. het verstrekken/continueren van het certificaat.

#### Afwijkingen:

<input type="checkbox"/>	<b>Tijdens de audit zijn er géén afwijkingen geconstateerd.</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Tijdens de audit zijn enkel Laag Risico afwijkingen geconstateerd. Deze volgen wij volgende keer op.
<input type="checkbox"/>	Tijdens de audit zijn <aantal> Hoog Risico afwijkingen en <aantal> Midden Risico afwijkingen geconstateerd. Corrigerende maatregelen moeten voor <datum> door de audit teamleider als effectief zijn beoordeeld.

De afwijkingen zijn weergegeven in het overzicht afwijkingen (hoofdstuk 3). Een weergave van de kwaliteit van de organisatie en verbetermogelijkheden zijn terug te vinden in hoofdstuk 4.

## 2 Auditgegevens

### 2.1 Relevante ontwikkelingen

- De organisatie gaat over naar een nieuw systeem voor patiëntendossiers. De studie is afgerond, de keuze is gemaakt en momenteel werkt een werkgroep aan de definities en functionaliteiten. Dit moet leiden tot organisatorische inbedding medio 2019.

### 2.2 Welke documenten zijn tijdens de audit gebruikt en/of ingezien:

Voor en tijdens de audit zijn de volgende documenten door het auditteam ingezien:

- Dossiers van gehooronderzoeken en spraak-taal onderzoeken
- Keuringsrapporten gehoorruimten

### 2.3 Aandachtspunten uit voorgaande onderzoeken

Aan de hand van voorgaande rapportages zijn de volgende aandachtspunten benoemd:

- Klachtenregistratie

### 2.4 Afwijkingen vorige onderzoek

Er zijn uit het laatste DNV rapport geen maatregelen geïdentificeerd.

### 2.5 Aandachtspunten volgende audit

Tijdens de eerstvolgende audit zullen, naast de bevindingen, de volgende onderwerpen als aandachtspunt meegenomen worden:

- Richtlijnen en verwerking
- Nieuw EPD

### 3 Wat wijkt af (van de norm) – overzicht afwijkingen

Hier treft u de formele beoordeling van de bevindingen tegen de gekozen norm. Dit is de conformiteitsbeoordeling, welke noodzakelijk is om een certificaat te kunnen ontvangen. In hoofdstuk 4 treft u een meer inhoudelijke kwaliteitsbeoordeling. De spelregels zijn als volgt:

- Wanneer niet wordt voldaan aan een normeis, spreken we van een afwijking.
- Afwijkingen van de norm moeten gerapporteerd en gekwalificeerd worden.
- De audit teamleider doet dit op basis van het veronderstelde risico (kans x effect) dat de afwijking met zich meebrengt.
- Er is onderscheid tussen hoog, midden en laag risico afwijkingen (zie certificatievoorwaarden).
- Om een certificaat te behalen en te behouden, moet de organisatie (tijdig) opvolging geven aan de hieronder benoemde afwijkingen (zie certificatievoorwaarden).

Nummer.	Audit (Jaar)	§ Norm (zie voorblad)	Afwijking	L/M/H risico	Oorzaakanalyse <i>in te vullen door organisatie</i>	Correctie en corrigerende maatregel <i>in te vullen door organisatie</i>	Akkoord maatregel	Verificatie effectiviteit	Afgehandeld
1	2018 (HER)	Zie de bijlage	Het nog niet aantoonbaar dat richtlijnen verwerkt zijn in relevante protocollen.	L					
2	2018 (HER)	Zie de bijlage	De resultaten op de vier domeinen zijn nog niet meetbaar gemaakt.	L					

## 4 Wat is goed en wat kan beter

*Graag maken wij meer zichtbaar dan alleen de mate waarin de organisatie voldoet aan de norm. In deze weergave treft u onze feedback op basis van de interviews. Het gaat zowel om bevindingen die het auditteam als opvallend positief waardeert, als om wat het auditteam als 'te ontwikkelen' mee geeft. De organisatie heeft de vrijheid om al dan niet iets te doen met deze feedback. Afwijkingen van de norm treft u in Hoofdstuk 3.*

Te waarderen:

- Betrekken uitvoerders bij de afwegingen bij wijzigingen in het aanbod
- Rust ondanks afstoten complexe dyslexie
- Openheid medewerkers
- Opzet infotheek als in Hoensbroek
- Gebruik maken van richtlijnen en voorschriften bij de aanschaf van (speel-)toestellen
- Gebruik werkwijzen van andere locaties
- Visie op (hoofd-)behandelaarschap
- Samenwerking Ziekenhuizen/KNO
- Samenwerking in teamverband
- Uitwisseling data/bespreken cliënten
- Foutanalyse
- Pro-actieve benadering
- Iprova systeem, opzet en toepassing
- Externe inspectie tbv certificaten behandelkamers

Te ontwikkelen:

- Focus ook hebben op tevredenheid en niet voornamelijk op ontevredenheid
- Zicht op toepassing richtlijnen in protocollen
- Zicht op van toepassing zijnde richtlijnen
- Borging documenten bij tussentijdse wijziging (buiten de standaard revisie termijn)



**Bijlage 1 Score op wegingskader**

	Volledig zoals het hoort	Bijna zoals het hoort	Nog onvoldoende	
Eis wegingskader, Fenac leden...				Toelichting en bewijs
<b>Algemene eisen uit het wegingskader</b>				
<b>1.2 FENAC wil transparant zijn over de kwaliteit van zorg- en dienstverlening</b>				
Publiceren het actuele kwaliteitscertificaat op een voor het publiek goed toegankelijke plaats		X		Fenac Certificaat in de entree, welke verlopen is (bekend). Geen DNV (ISO) Certificaat zichtbaar
Halen klantervaringen op en publiceren deze op een voor het publiek goed toegankelijke plaats		X		Op de website zijn wel verhalen van klanten te vinden. Voor het overige moet diep gezocht worden.
<b>1.2 Informatie op gebied van kwaliteit, leidt tot verbetering</b>				
Kunnen zichtbaar maken dat klantfeedback wordt opgehaald en geanalyseerd en leidt tot verbetermaatregelen.		X		Zoals in Hoensbroek. CQ index wordt gebruikt.
<b>1.4 Borgen van kwaliteit: normen stellen en normen toetsen</b>				
Kunnen zichtbaar maken dat ze aan de eisen van de moederorganisaties en relevante koepelorganisaties voldoen. Beschikken over een geldig kwaliteitscertificaat op basis van een landelijk en/of internationaal erkende norm.	X			Zie opmerkingen Hoensbroek
Kunnen relevante (kwaliteits)rapportages en auditrapporten overleggen die niet ouder zijn dan 18 maanden.	X			DNV rapport gezien
<b>1.5 Interne verbetercyclus</b>				
Kunnen zichtbaar maken dat er een passende opvolging is van de uitkomsten van het kwaliteitssysteem (kwaliteitsinformatie).  <i>Toelichting: het gaat bijvoorbeeld om de opvolging van conclusies van tevredenheidsonderzoeken, klantfeedback, prestatie indicatoren, incidenten, audits, (zelf)evaluaties, etc.</i>	X			Verbeteracties naar aanleiding van externe- in interne audits gezien
<b>2. Basiseisen</b>				
<b>2.1 Bronnen voor basiseisen</b>				
Beschikken over de bronnen voor de basiseisen.	X			
Kunnen zichtbaar maken dat deze basiseisen toegepast worden.	X			

<b>2.2 Basiseisen auditief</b>				
Kunnen de meest gangbare gehooronderzoeken uitvoeren <i>Bv. Toon, audiometrie toegepast op alle leeftijden, spraak, spraak in ruis, impendantiemetrie, BERA, tinnitusanalyse</i>	X			
Bieden gehoorrevalidatie, zie 2.4 (revalidatie: psychosociaal, technisch, communicatieve zorg)	X			Communicatie training, soms individueel
Psychosociale diagnostiek volgens relevante richtlijnen van de beroepsvereniging	X			Toelichting door psychologe geeft zicht op toepassing van de richtlijnen
Bieden kortdurende psychosociale hulp	X			
Toetsen hoortoestellen op hun werking en effectiviteit in relatie tot de behoefte van de klant	X			Inclusief eindevaluatie
Indien een Fenac richtlijn beschikbaar is, wordt deze toegepast.	X			In sommige protocollen wordt de relatie gelegd, nog niet sluitend aangetoond. Wel de behandeling in vakgroep Audiologie waarbij de werkwijze onderwerp is en de inpasbaarheid in kaart word gebracht.
Inhoudelijke disciplines moeten beschikbaar zijn en aantoonbaar in relevante casuïstiek betrokken zijn.	X			
De inzetbaarheid van een gekwalificeerde Audiologie assistent en Maatschappelijk Werker dient afgewogen te worden tegen het klantbelang, de logistieke gang van zaken en gastvrijheid (wachttijd, weten waar je moet zijn, duidelijkheid, informatie over vervolg, etc.)	X			Uit verschillende dossier blijkt de interne doorverwijzing en besprekingen.
Technicus: geen specifieke eisen t.a.v. beschikbaarheid. Apparatuur moet aantoonbaar geschikt zijn en <u>gehouden worden</u> voor het gebruiksdoel.	X			Overzicht als in Hoensbroek
<b>2.3 Basiseisen communicatief (spraak-/taalontwikkeling)</b>				
<i>Spraak-/taalzorg wordt altijd multidisciplinair uitgevoerd</i>	X			Logopedist en psycholoog werken samen en rapporteren ook gezamenlijk.
Drie genoemde disciplines zijn in iedere casus aantoonbaar betrokken		X		Rol KFA onderwerp van discussie, invoering per 1-1-2019
Uit casuïstiek moet blijken dat relevante disciplines zijn betrokken	X			
KITS2 dient te worden gevolgd	X			
<b>2.4 Basiseisen aan het primair proces</b>				
Hier onder genoemde processen moeten herkenbaar zijn in de organisatie.				
Auditief: – Intake – Mono, multi- en interdisciplinair onderzoek, diagnostiek en advisering – Revalidatie: psychosociaal, technisch,	X			Werkwijze is identiek aan Hoensbroek

communicatieve zorg Verwijzing en controle				
Spraak- Taalproblematiek: – Intake – Onderzoek, diagnostiek: multi- en interdisciplinair op de 5 assen MAC AC – Advisering Verwijzing en controle	X			MAC-AC, SEV Vragenlijst peuterspeelzaal
<b>2.5 Basiseisen aan de outillage en accommodatie – KKAU normen</b>				
De ruimtes voor gehooronderzoek voldoen aan de KKAU normen	X			
Het audiologisch centrum dient op basis van een onafhankelijke test aan te tonen dat aan deze normen wordt voldaan.  <i>Toelichting</i> <i>Er dient een keuringsrapport te zijn van opleving en bij verbouw.</i>				DPA (onafhankelijk bedrijf) heeft de tests verricht en zijn gerapporteerd. Adelante heeft alle ruimtes (behalve spreekkamers) laten testen. Keuringsrapporten ingezien.
<b>Eisen ten aanzien van de drie pijlers</b>				
<b>3.1 Kwaliteit op het niveau van de cliënt (pijler 1)</b>				
<b>a. uitkomst van behandeling</b>				
Maken hun resultaten op de vier domeinen meetbaar  <i>Toelichting</i> De uitvraag start in 2018. Dit betekent dat organisaties zichtbaar instrumenten ontwikkelen om de resultaten geobjectiveerd zichtbaar te maken. <i>Het auditteam haalt hierover 'best practice' op.</i>			LR	Hebben we niet kunnen beoordelen. Opmerking als in Hoensbroek.  Wel ZG evaluaties.
<b>b. cliëntervaringen</b>				
Cliëntervaring wordt gemeten met een in FENAC-verband opgezet meetinstrument.	X			CQ Index
AC's kunnen aantoonbaar maken dat de resultaten in een verbetercyclus zijn opgenomen.  <i>Toelichting</i> <i>Het kan hier zowel gaan om individuele resultaten, als om de analyse van resultaten. De organisatie kan toelichten waarom resultaten wel of niet zijn opgenomen in een verbetercyclus. Ook moet aantoonbaar zijn, dat deze hebben geleid tot verbetering.</i>	X			Op de agenda van overleggen, verdere beheersing via IProva.
Deze werkwijze is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau.	X			Interne audits, bevindingen van medewerkers komen wel naar voren en worden aan een behandelaar toegewezen.

<p><i>Toelichting</i> De organisatie toetst minimaal jaarlijks wat de effectiviteit van de werkwijze is, trekt een duidelijke conclusie en neemt aantoonbaar maatregelen indien daar aanleiding toe is (bv. tijdens de directiebeoordeling/management review/systeemevaluatie).</p>				De informatie is traceerbaar in IProva
<b>c. cliëntveiligheid</b>				
Bij (bijna) incidenten (fouten en ongevallen), vindt een analyse op <u>casusniveau</u> plaats.	X			In Hoensbroek beoordeeld.
Deze werkwijze is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau.	X			
<p><i>Toelichting</i> De organisatie toetst minimaal jaarlijks wat de effectiviteit van de werkwijze is, trekt een duidelijke conclusie en neemt aantoonbaar maatregelen indien daar aanleiding toe is (bv. tijdens de directiebeoordeling/management review/systeemevaluatie).</p>				
<b>3.2 Kwaliteit op professioneel niveau (pijler 2)</b>				
<b>a. standaarden, richtlijnen en protocollen</b>				
De organisatie maakt gebruik van de actuele versie van de Fenac richtlijnen.		LR		Geen sluitende verantwoording van de toepassing, soms is de relatie gelegd in protocollen.
Professionals handelen conform relevant richtlijnen of 'best practise'		X		Zie Hoensbroek
<p><i>Toelichting</i> 'Pas toe of leg uit' kan enkel in een incidenteel geval van toepassing zijn (professionele vrijheid). Wanneer de organisatie structureel andere werkwijze(n) toepast, dan dient de organisatie dit inzicht en haar motivatie binnen Fenac verband kenbaar te maken.</p>				
Gebruik, beheer en onderhoud van relevante richtlijnen is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau.		X		Zie Hoensbroek
<p><i>Toelichting</i> De organisatie toetst minimaal jaarlijks wat de effectiviteit van de werkwijze is, trekt een duidelijke conclusie en neemt aantoonbaar maatregelen indien daar aanleiding toe is</p>				

(bv. tijdens de directiebeoordeling/management review/systeemevaluatie).				
<b>b. eisen aan deskundigheid/opleiding</b>				
Alle medewerkers werkzaam vanuit een bepaalde discipline, hebben de opleiding tot deze discipline voltooid en kunnen dat aantoonbaar maken.	X			Competentie overzicht
De organisatie ziet er op toe, dat medewerkers voldoen aan de eisen voor vakbekwaamheid en registratie-eisen van de beroepsgroep.		X		Er is geen "trigger" mechanisme ingericht. Nu meestal op initiatief van de medewerker.
Daarnaast is vanuit elk AC minimaal 1 medewerker per discipline vertegenwoordigd in een werkverband en/of vakgroep, zodat ervaringen gedeeld worden.	X			In lokale overleggen worden meestal terugkoppelingen gegeven.
<b>c. eindverantwoordelijkheid voor de zorg</b>				
De Klinisch Fysicus Audioloog (KFA) is de hoofdbehandelaar op het AC en daarmee eindverantwoordelijk voor de zorg op patiëntniveau.  <i>Toelichting</i> De hoofdbehandelaar moet zich ervan vergewissen dat de overige betrokken medewerkers voldoende bevoegd en bekwaam zijn en handelen conform de gemaakte afspraken. De rol van de KFA is zichtbaar in het cliëntdossier. Het auditteam haalt hierover 'best practice' op.	X			Ook hier werd zichtbaar dat de discussie loopt. KFA in Blerick deelt de visie als in Hoensbroek. Technologische oplossingen als bij de KNO artsen (telefonisch contact) is niet toegestaan.
De eigen organisatie faciliteert de KFA in het uitvoeren van deze eindverantwoordelijkheid.  <i>Toelichting</i> De KFA kan benoemen hoe hij in zijn rol al eindverantwoordelijke wordt ondersteund. Het auditteam haalt hierover 'best practice' op.	X			Alle statussen worden ingezien en voorzien van een beoordeling.
<b>d. multidisciplinair werken</b>				
Werken multidisciplinair, zie ook 2.3	X			
Het AC is ingebed in een extern netwerk van (medisch) specialisten. Waaronder bijvoorbeeld een KNO-arts.  <i>Toelichting</i> Dit kan voor een academisch AC anders zijn dan voor een perifeer AC. Het moet duidelijk zijn welke contacten het AC heeft met welke	X			Ziekenhuis Venlo Logopedisten Kentalis

<i>partijen en collega's en wat de bedoeling van die contacten is. Bij voorkeur stelt de organisatie ook vast wat de bijdrage van die contacten is en werkt ze naar een optimale samenwerking.</i>				
<b>3.3 Kwaliteit op organisatieniveau (pijler 3)</b>				
<b>a. structuur en proces</b>				
Eisen 1 t/m 5 zijn al eerder benoemd en uitgewerkt <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Zie toelichting bij H2</i></li> <li>2. <i>Zie 1.4</i></li> <li>3. <i>Zie 3.1b</i></li> <li>4. <i>Zie 1.2 (minimaal jaarlijkse publiceren) + zie hieronder</i></li> </ol> <i>Zie 3.2a</i>				
Het AC heeft de afgesproken prestatie-indicatoren geïmplementeerd.  <i>Toelichting</i> <i>Benoemde prestatie-indicatoren: toegangstijd, doorlooptijd en multidisciplinair werken</i>	X			Verwerking in Open AC
Elk AC kan aantoonbaar maken dat de binnen de instelling gebruikte prestatie-indicatoren minimaal 1 keer per jaar op managementniveau wordt besproken en ingebed is in een verbetercyclus.  <i>Toelichting</i> <i>De organisatie toetst minimaal jaarlijks wat de effectiviteit van de werkwijze is, trekt een duidelijke conclusie en neemt aantoonbaar maatregelen indien daar aanleiding toe is (bv. tijdens de directiebeoordeling/management review/systeemevaluatie).</i>	X			Verwerking in Open AC
<b>b. samenwerking en ketenzorg</b>				
AC's delen best practice en leren van elkaar.  <i>Toelichting</i> <i>Iedere AC heeft haar best practice op gebied van zorgpaden inzichtelijk en deelt de uitkomsten er van actief met Fenac leden.</i>	X			Binnen Adelante heeft dit plaats

**Bijlage 2 Auditprogramma**  
Voorstel auditprogramma

Tijd	Onderwerp(en)	Onderwerpen / Onderzoeksvragen	Verwijzing Fenac kwaliteitskader	Rol/functie	Naam
9.00	Ontvangst, voorstellen, toelichting bedoeling	Tevens: Aanbod dienstverlening Locatievoorzieningen Basiseisen auditief	2.2	(locatie)management Kwaliteitsfunctionaris  Auditees van de dag (voor zover beschikbaar qua tijd en belangstelling, niet verplicht)	Jean-Pierre Martin Ed
9.30	Rondgang locatie	Beeldvorming locatie Locatievoorzieningen Basiseisen auditief Eisen apparatuur/KKAU, rol technicus (indien relevant)	2.2 2.5	Naar wens organisatie	Jean-Pierre Martin Ed
10.00	Monitoring van kwaliteit Leren en verbeteren	KPI's, waaronder uitkomsten van behandeling, klantervaring en klantveiligheid  Verbetercyclus, o.b.v.: Klanttevredenheid en -feedback Incidenten Opvolging auditresultaten Leren van elkaar Voldoen aan vakbekwaamheidseisen	1.2, 1.5 3.1.a 4	Vertegenwoordiging (locatie)management	Jean-Pierre Ed
11.00	Hoofdbehandelaarschap (3.2.c)	Vakbekwaamheid Fenac richtlijnen – richtlijnen beroepsgroep Deelname vakgroep Hoe wordt de KFA gefaciliteerd Methodisch en Multidisciplinair werken Verwijzing en controle Ingebed in extern netwerk Leren van elkaar  Uitkomsten van behandeling Verbetercyclus	2.1 3.2.b 3.2.c 2.2 2.4 3.2.d 4b 3.1	KFA	Kim
12.00	Lunch				
12.30	Overleg auditteam en rapportage				
13.00	Basiseisen auditief	Inzet Psychosociale		Medewerker die	Sander

		diagnostiek en psychosociale hulp Methodisch en Multidisciplinair werken Verwijzing en controle Hoortoestelcontrole Hoorrevalidatie auditief Statussen inzien Uitkomsten van behandeling Verbetercyclus	2.1 2.2 2.4     3.1	hoorrevalidatie doet (indien mogelijk niet functie KFA) Maatschappelijk werker en/of iemand die psychosociale diagnostiek doet	Hendrix Shajen Marijke
14.00	Basiseisen communicatief	Inzet van 2 inhoudelijke disciplines Methodisch en Multidisciplinair werken Implementatie KITS2 Vakbekwaamheid Ondersteuning Statussen inzien Uitkomsten van behandeling Verbetercyclus	2.1 2.2 2.3  3.1	2 inhoudelijke disciplines	Camilla Esther
15.00		Keuze informatie beschikbaar voor klanten Geldigheid certificaat Datum meest recente auditrapport AC Toegang Fenac (en overige) richtlijnen Voldoen aan vakbekwaamheidseisen  Nagekomen thema's	1.2  1.4 1.4   3.2.b	Kwaliteitsfunctionaris  Fijn indien technicus beschikbaar kan zijn	Ed
15.30	Overleg en rapportage auditteam				
16.30	Afsluiting	Terugkoppeling aan organisatie		(locatie)management Kwaliteitsfunctionaris  Auditees van de dag (voor zover beschikbaar qua tijd en belangstelling, niet verplicht)	Jean-Paul Esther C. Martin Ed