

VERTROUWELIJK

Rapport

| | |
|-------------------|---|
| Organisatie | Adelante, locatie Hoensbroek |
| Vestigingsplaats | Hoensbroek |
| Soort onderzoek | Certificaatvernieuwing |
| | Federatie voor Nederlandse Audiologische Centra (FENAC) |
| Grondslag(en) | Kwaliteitskader Fenac, versie 14 juni 2017 |
| Onderzoek data | 13 november 2018 |
| Audit teamleider | Hein Dekker |
| Teamleden | Hans Huisman |
| Materiedeskundige | Hans Tschur, 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

| | |
|--|--|
| INHOUDSOPGAVE | 2 |
| ALGEMENE GEGEVENS ONDERZOCHE ORGANISATIE | 3 |
| DOEL VAN HET ONDERZOEK | 4 |
| ONDERZOEKSVERANTWOORDING | 4 |
| CERTIFICATIEVOORWAARDEN | 4 |
| 1 CONCLUSIES | 5 |
| 1.1 ALGEMEEN BEELD | 5 |
| 1.2 DE KERN VAN DE BEVINDINGEN | FOUT! BLADWIJZER NIET GEDEFINIEERD. |
| 1.3 CONCLUSIE | 5 |
| 2 AUDITGEGEVENS..... | 6 |
| 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 |
| 3 WAT WIJKT AF (VAN DE NORM) – OVERZICHT AFWIJKINGEN | 7 |
| 4 WAT IS GOED EN WAT KAN BETER | 8 |
| BIJLAGE 1 AUDITPROGRAMMA | 9 |

Algemene gegevens onderzochte organisatie

| Organisatie | |
|---|---|
| Naam | Adelante Gehoor Zuid en Taal Zuid |
| Adres | Zandbergsweg 111 6432 CC HOENSBROEK |
| Contactpersoon | |
| Naam | Marc van Rossem |
| Functie | Teammanager Gehoor Zuid met als aandachtsgebied kwaliteit A&C |
| Telefoon | |
| E-mail | m.rossem@adelante-zorggroep.nl |
| Scope & uitsluitingen (wat onderzoeken we en wat valt er niet onder?) | |
| Activiteiten die onderzocht worden (scope) | <i>Onderzoek, diagnose en behandeling voor mensen met een auditieve en/of communicatie beperking</i> |
| Uitgesloten van certificering | Alle niet genoemde activiteiten |
| 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 Hoensbroek |
| 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 directe negatieve invloed 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 negatieve invloed 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 veronderstelde negatieve invloed 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

Adelante is een zorggroep met volwassenenrevalidatie & arbeidsre-integratie, kinderrevalidatie, speciaal onderwijs & wonen en audiologie & communicatie als kernactiviteiten. Vanuit het Fenac kwaliteitskader onderzoeken we het audiologisch centrum in Hoensbroek.

Opvallend is de betrokkenheid van de geïnterviewde medewerkers: zij zijn vanuit hun vakgebied en als mens betrokken bij de gehoorzorg voor cliënten. De organisatie lijkt ook wat te steunen op de vakvolwassenheid, waardoor de organisatie wat informeel overkomt. Zo voelen medewerkers zich vrij om al dan niet betrokken te zijn bij (landelijke) vakgroepen. Een ander sterk punt is de structuur die iProva (kwaliteitssysteem) biedt. Zo kunnen verbetervoorstellen van start tot het einde worden gevolgd. Hiermee bestaat de mogelijkheid om iets over de slagkracht van de verbeterorganisatie te zeggen. Dat laatste gebeurt overigens nog niet. Verder heeft het team gehoor een prachtige inventarisatie van vakbekwaamheden gemaakt. Een voorbeeld voor anderen! Tenslotte is onderscheidend dat Adelante haar CQi meting doorlopend doet.

Ontwikkelingskansen zien we ook.

We zien ruimte om klantfeedback in de breedte meer 'in te nemen', deze feedback bij elkaar te brengen en te analyseren. Zo benoemt de Tertiër rapportage slechts 2 klachten, terwijl er veel meer klantfeedback is die iets over de kwaliteit van de clientenzorg kan zeggen. Het lijkt daarbij niet logisch om veel tijd en energie te stoppen in clienttevredenheidsonderzoek en de feedback die je ondertussen ontvangt niet volledig te benutten voor verbeteringen. Daarnaast zijn klantervaringen nog niet te vinden op de website. Tenslotte leiden incidenten wel tot aanpassingen, maar is de oorzaakanalyse nog niet methodisch. Het is goed om verdieping te vinden in methodieken als oorzakenboom, 5x waarom, Prisma, etc. om te voorkomen dat onderliggende oorzaken onvoldoende zichtbaar worden.

We hebben een prima eerste audit gehad bij Adelante. Dank aan het team voor een mooie introductie, de KFA voor een uitgebreide toelichting op de regievoering en het multidisciplinair werken en alle andere betrokkenen voor hun voorbereidingen en betrokkenheid.

1.2 Conclusie

Algehele conclusie:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | De audit teamleider geeft een positief advies aan het management van Certificatie in de Zorg t.a.v. het verstrekken/continueren van het certificaat. |
| <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"/> | Tijdens de audit zijn er géén afwijkingen geconstateerd. |
| <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

- Tinnitus zorg, opgenomen in basisverzekering per 01/01/19
- Van papieren dossiers naar AIPD per juli 2019
- Implementatie iProva

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:

- Rapportage kwaliteit OOA tertiair 2
- Analyse CQi AC
- 181113 Audioapparatuur Adelante Gehoor Zuid en Taal Zuid
- Rapport ISO audit 2 juli 2018 (AC onderdeel van steekproef)
- Bekwaamheid audiologieassistent_beoordeling
- E1 TEC17_01b Informatiebrief Tinnitus Expo
- Overzicht professionele bekwaamheden a&c team gehoord (20180913)
- Rapportage Zorgdomein 20181025

2.3 Aandachtspunten uit voorgaande onderzoeken

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

- Geen bijzonderheden

2.4 Afwijkingen vorige onderzoek

Uit het vorige onderzoek zijn geen aandachtspunten naar voren gekomen die in dit onderzoek opvolging behoeven.

2.5 Aandachtspunten volgende audit

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

- Uitkomsten van behandeling
- Steekproef op verwerking van professionele richtlijnen in organisatie eigen protocollen/werkwijze

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 bijlage | Uitkomsten van behandeling nog niet zichtbaar op de vier domeinen (diagnostiek, advisering, verwijzing en revalidatie) | L | | Uitkomst indicatoren worden nog dit jaar opgenomen in Iprova systeem als verbetermaatregel n.a.v. Fenac audit 2018 met deadline eind 2019 | Ja | | |
| 2 | 2018 (HER) | Zie bijlage | Onvoldoende aantoonbaar dat richtlijnen verwerkt zijn in relevante protocollen Bv. richtlijn CMV => waar (bv. in welk protocol) is deze in verwerkt? | L | | Wordt nog dit jaar opgenomen in Iprova systeem als verbetermaatregel n.a.v. Fenac audit 2018 met deadline eind 2019 | Ja | | |

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:

- Betrokkenheid
- iProva: bruikbare structuur
- Overzicht vakbekwaamheden
- Doorlopende CQI
- Wachttijden op de site worden iedere 1e maandag van de maand geüpdatet
- methodiek voor intervisie met 10 stappen model (vakgroep intervisie, multidisciplinaire intervisie)

Te ontwikkelen:

- Kwaliteit a.d.h.v. klachten (met nogal beperkte scope: bovenkant van de piramide)
- Klantervaringen nog niet eenvoudig te vinden op website
- De analyse van incidenten op clientniveau is zichtbaar, maar nog weinig methodisch. Goed om verdieping te vinden in methodieken als oorzakenboom, 5x waarom, Prisma, etc.
- Richtlijnen lijken moeilijk te vinden voor professionals
- Orthopedagoog en logopediste hebben geen zicht op klantervaringen
- Kwaliteitsinformatie (CQI, wachttijden, etc.) nog niet makkelijk te vinden op de website
- Er hangt nog een oud ISO9001 certificaat

Bijlage 1 Score op wegingskader

| | | | | |
|--|--------------------------|-----------------------|-----------------|--|
| Eis wegingskader, Fenac leden... | Volledig zoals het hoort | Bijna zoals het hoort | Nog onvoldoende | Toelichting en bewijs |
| Algemene eisen uit het wegingskader | | | | |
| 1.2 FENAC wil transparant zijn over de kwaliteit van zorg- en dienstverlening | | | | |
| Publiceren het actuele kwaliteitscertificaat op een voor het publiek goed toegankelijke plaats | | X | | ISO9001:2008 certificaat (1 ^e etage TUV) Nieuwe nog ophangen (DNV) |
| Halen klantervaringen op en publiceren deze op een voor het publiek goed toegankelijke plaats | | X | | Vindbaar op internet, na zoekterm 'klantervaring' (niet rechtstreeks) Zit nog in de navigatie |
| 1.2 Informatie op gebied van kwaliteit, leidt tot verbetering | | | | |
| Kunnen zichtbaar maken dat klantfeedback wordt opgehaald en geanalyseerd en leidt tot verbetermaatregelen. | | X | | Zichtbaar: aantal klachten in rapportage. Klant die rekening niet snapt =/ klacht. Wel als klant niet eens is met de rekening. Niet alle klantfeedback wordt als klacht gezien (bv. vragen over de rekening). Bredere klantfeedback komt in teammanagers overleg. Tip: van klacht naar klantfeedback. Verbeteren n.a.v. klantfeedback: Niet zichtbaar in Iprova, bv. wat hebben we met klachten gedaan. Verbeterplan obv CQi gemaakt |
| 1.4 Borgen van kwaliteit: normen stellen en normen toetsen | | | | |
| Beschikken over een geldig kwaliteitscertificaat op basis van een landelijk en/of internationaal erkende norm. | X | | | Richtlijnen van relevante beroepsgroepen en Fenac zijn verzameld en naar eigen zeggen 99% bij. Met het opstellen van het zorgprogramma's rekening gehouden met de implicatie van de richtlijnen. |
| Kunnen relevante (kwaliteits)rapportages en auditrapporten overleggen die niet ouder zijn dan 18 maanden. | X | | | Rapport gezien van DNV juli 2018 |
| 1.5 Interne verbetercyclus | | | | |
| Kunnen zichtbaar maken dat er een passende opvolging is van de uitkomsten van het kwaliteitssysteem (kwaliteitsinformatie). <i>Toelichting: het gaat bijvoorbeeld om de</i> | X | | | Managementinformatie en opvolging verbetermaatregelen gezien (intranet) Via Iprova Prima methodiek voor bewaking |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <i>opvolging van conclusies van tevredenheidsonderzoeken, klantfeedback, prestatie indicatoren, incidenten, audits, (zelf)evaluaties, etc.</i> | | | | |
| 2. Basiseisen | | | | |
| 2.1 Bronnen voor basiseisen | | | | |
| Beschikken over de bronnen voor de basiseisen. | X | | | |
| Kunnen zichtbaar maken dat deze basiseisen toegepast worden. | X | | | Niet sluitend, maar wel aannemelijk |
| 2.2 Basiseisen auditief | | | | |
| 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 (ComT) |
| Psychosociale diagnostiek volgens relevante richtlijnen | X | | | Niet sluitend, maar wel aannemelijk |
| Bieden kortdurende psychosociale hulp | X | | | |
| Toetsen hoortoestellen op hun werking en effectiviteit in relatie tot de behoefte van de klant | X | | | Bij de inzet van hoortoestellen, wordt een vervolgspraak gemaakt om de effectiviteit te beoordelen |
| Wanneer een Fenac richtlijn beschikbaar is, wordt deze toegepast. | | X | | Nog niet sluitend aantoonbaar. Beheersing op organiseren. Richtlijn wordt benoemd in zorgprogramma. |
| Inhoudelijke disciplines moeten beschikbaar zijn en aantoonbaar in relevante casuïstiek betrokken zijn. | X | | | Inrichting is gericht op het inzetten van inhoudelijke disciplines waar nodig. In 2 beoordeelde casus prima. |
| De inzetbaarheid van een gekwalificeerde Audiologie assistent en Maatschappelijk Werker dient afgewogen te worden tegen het klantbelang, de logistieke gang van zaken en gastvrijheid (wachtijd, weten waar je moet zijn, duidelijkheid, informatie over vervolg, etc.) | X | | | |
| Technicus: geen specifieke eisen t.a.v. beschikbaarheid. Apparatuur moet aantoonbaar geschikt zijn en <u>gehouden worden</u> voor het gebruiksdoel. | X | | | Overzicht gezien (xls) |
| 2.3 Basiseisen communicatief (spraak-/taalontwikkeling) | | | | |
| <i>Spraak-/taalzorg wordt altijd multidisciplinair uitgevoerd</i> | | X | | Observatie wordt door logopediste en psycholoog gedaan KFA vanaf volgende maand betrokken bij MDO |
| Drie genoemde disciplines (logopedist, psycholoog of orthopedagoog, Klinisch | | X | | Zie hierboven per 1 januari |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| Fysicus Audioloog) zijn in iedere casus aantoonbaar betrokken | | | | |
| Uit casuïstiek moet blijken dat relevante disciplines zijn betrokken | X | | | |
| KITS2 dient te worden gevolgd | X | | | |
| 2.4 Basiseisen aan het primair proces | | | | |
| Hier onder genoemde processen moeten herkenbaar zijn in de organisatie. | | | | |
| <p>Auditief:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intake – Mono, multi- en interdisciplinair onderzoek, diagnostiek en advisering – Revalidatie: psychosociaal, technisch, communicatieve zorg <p>Verwijzing en controle</p> | X | | | <p>KFA:</p> <p>Verwijzing, afspraken over hoe de verwijzing te beoordelen (audioloog), bv. labelen (bijzondere) doelgroepen, coderen (inhoud en duur)</p> <p>Spreekuurmodel: onderzoek + gesprek audioloog</p> <p>Hulpvraag patiënt en hulpvraag volgens audioloog duiden, vervolg bepalen: mono, multi of interdisciplinair vervolg</p> <p>Hoortoestel aanpassingen: pt altijd terug laten komen (beoordelen effectiviteit)</p> <p>Multidisc.: bv. problemen in de werksituatie (Arboprotocol Fenac) => arbo team</p> <p>Multi disc., spraak/taal team, tinnitus team, vertigo team, etc.</p> <p>Patiënt meenemen naar MDO: daar wordt aanpak besproken</p> |
| <p>Spraak- Taalproblematiek:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intake – Onderzoek, diagnostiek: multi- en interdisciplinair op de 5 assen MAC AC – Advisering <p>Verwijzing en controle</p> | X | | | <p>5 assen MAC AC (spraak/taal) => volledig beeld.</p> <p>Oudere kinderen: Sociaal Emotionele vragenlijst (SEV)</p> <p>Ouders: Children's Auditory Performance Scale (CHAPS)</p> <p>Standaard anamnese</p> <p>Vragenlijst school</p> |
| 2.5 Basiseisen aan de outillage en accommodatie – KKAU normen | | | | |
| De ruimtes voor gehooronderzoek voldoen aan de KKAU normen | | | | |
| <p>Het audiologisch centrum dient op basis van een onafhankelijke test aan te tonen dat aan deze normen wordt voldaan.</p> <p><i>Toelichting</i></p> <p><i>Er dient een keuringsrapport te zijn van opleving en bij verbouw.</i></p> | | | | <p>Op ruimte geen (keurings)sticker</p> <p>Rapport nog ontvangen</p> |
| Eisen ten aanzien van de drie pijlers | | | | |
| 3.1 Kwaliteit op het niveau van de cliënt (pijler 1) | | | | |
| a. uitkomst van behandeling | | | | |

| | | | | |
|--|---|---|----|--|
| Maken hun resultaten op de vier domeinen (diagnostiek, advisering, verwijzing en revalidatie) meetbaar | | | LR | Resultaten niet goed vindbaar op de website Adelante heeft geen 'good practise': voorbeelden waarin ze de kwaliteit zichtbaar heeft gemaakt. |
| <p>Toelichting 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></p> | | | | |
| b. cliëntervaringen | | | | |
| Cliëntervaring wordt gemeten met een in FENAC-verband opgezet meetinstrument. | X | | | <p>Clientervaringen: CQi meting vindt continue plaats</p> <p>Tevens: brievenbus op afdeling Klantervaringen in het clientcontact/dossier? (tip: #klacht, #compliment, #fail) TM doen geen dossieronderzoek Tip: hoe brengen we meerdere bronnen bij elkaar (klantfeedback in de breedte, bv. tevredenheid trainingen)</p> <p>Op ieder teamoverleg agendapunt kwaliteit</p> |
| AC's kunnen aantoonbaar maken dat de resultaten in een verbetercyclus zijn opgenomen. | X | | | Met iProva mooi instrument om verbeteringen vanuit verschillende bronnen te bewaken (voortgang) |
| <p>Toelichting <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></p> | | | | |
| Deze werkwijze is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau. | | X | | Niet zichtbaar dat de mate van leren en verbeteren geëvalueerd? <i>Vinden we dat we voldoende slagvaardig zijn?</i> |
| <p>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).</i></p> | | | | |
| c. cliëntveiligheid | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|----|--|
| Bij (bijna) incidenten (fouten en ongevallen), vindt een analyse op <u>casusniveau</u> plaats. | X | | | VIM 9575 (sportvloer) VIM 10506: wat neemt interne responsdienst (333) mee (wel of geen zuurstof) |
| Deze werkwijze is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau. <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 | | | De organisatie stuurt op clientveiligheid in de tertiair rapportage (Veiligheid cliëntenzorg) o.b.v. incidenten en calamiteiten |
| 3.2 Kwaliteit op professioneel niveau (pijler 2) | | | | |
| a. standaarden, richtlijnen en protocollen | | | | |
| De organisatie maakt gebruik van de actuele versie van de Fenac richtlijnen. | | X | | In hoeverre de richtlijnen verwerkt zijn in protocollen en werkwijzen is lastig inzichtelijk. Koppeling gelegd naar website van Fenac. Hier kun je pas bij na inloggen. |
| Professionals handelen conform relevante richtlijnen of 'best practise' <i>Toelichting</i> <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.</i> | | X | | Idem: In hoeverre de richtlijnen verwerkt zijn in protocollen en werkwijzen is lastig inzichtelijk. Best practise: spiegelen aan andere werkwijzen: wel intern, maar beperkt extern (er is ruimte voor medewerkers om andere prioriteiten te stellen) |
| Gebruik, beheer en onderhoud van relevante richtlijnen is onderdeel van het kwaliteitssysteem van het AC en wordt meegenomen bij de toetsing op organisatorisch niveau. <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> | | | LR | Onvoldoende aantoonbaar dat richtlijnen verwerkt zijn in relevante protocollen Bv. richtlijn CNV => waar (bv. in welk protocol) is deze in verwerkt? |
| b. eisen aan deskundigheid/opleiding | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Alle medewerkers werkzaam vanuit een bepaalde discipline, hebben de opleiding tot deze discipline voltooid en kunnen dat aantoonbaar maken. | X | | | Adelante heeft 3 kerncompetenties benoemd en vervolgens per functiegroep eigen competenties Competenties + vakbekwaamheid benoemd en beoordeeld. |
| De organisatie ziet er op toe, dat medewerkers voldoen aan de eisen voor vakbekwaamheid en registratie-eisen van de beroepsgroep. | | X | | Goed in beeld voor a&c team gehoor. XLS/'Foto' van 11-10-2017 (of 13-09-2018) met professionele bekwaamheden AC team gehoor => Nog geen vervaldatum van bekwaamheden Voor overige disciplines (psycholoog, orthopedagoog, logopedist, etc.) nog niet inzichtelijk. Niet inzichtelijk gekregen dat de 'J' in het overzicht ook daadwerkelijk is gebaseerd op bv. diploma, etc. |
| Daarnaast is vanuit elk AC minimaal 1 medewerker per discipline vertegenwoordigd in een werkverband en/of vakgroep, zodat ervaringen gedeeld worden. | | X | | Audiologie-assistent, logopedist en orthopedagoog krijgen niet bewust mee wat dit werkverband oplevert en zijn niet zeker of er een vertegenwoordiging is. Wel voor MaWe |
| c. eindverantwoordelijkheid voor de zorg | | | | |
| De Klinisch Fysicus Audioloog (KFA) is de hoofdbehandelaar op het AC en daarmee eindverantwoordelijk voor de zorg op patiëntniveau. <i>Toelichting</i> <i>De hoofdbehandelaar moet zich ervan vergewissen dat de overige betrokken medewerkers voldoende bevoegd en bekwaam zijn en handelen conform de gemaakte afspraken.</i> <i>De rol van de KFA is zichtbaar in het cliëntdossier.</i> <i>Het auditteam haalt hierover 'best practice' op.</i> | X | | | Duidelijk dat discussie over hoofdbehandelaarschap heeft geleid tot aanpassing van de (multidisciplinaire) werkwijze |
| De eigen organisatie faciliteert de KFA in het uitvoeren van deze eindverantwoordelijkheid. <i>Toelichting</i> <i>De KFA kan benoemen hoe hij in zijn rol al eindverantwoordelijke wordt ondersteund.</i> <i>Het auditteam haalt hierover 'best practice' op.</i> | X | | | |
| d. multidisciplinair werken | | | | |
| Werken multidisciplinair, zie ook 2.3 | X | | | |
| Het AC is ingebed in een extern netwerk van | X | | | Via UMC Maastricht |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>(medisch) specialisten. Waaronder bijvoorbeeld een KNO-arts.</p> <p><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 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.</p> | | | | |
| <p>3.3 Kwaliteit op organisatieniveau (pijler 3)</p> | | | | |
| <p>a. structuur en proces</p> | | | | |
| <p>Eisen 1 t/m 5 zijn al eerder benoemd en uitgewerkt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zie toelichting bij H2 2. Zie 1.4 3. Zie 3.1b 4. Zie 1.2 (minimaal jaarlijkse publiceren) + zie hieronder <p>Zie 3.2a</p> | | | | |
| <p>Het AC heeft de afgesproken prestatie-indicatoren geïmplementeerd.</p> <p><i>Toelichting</i> Benoemde prestatie-indicatoren: toegangstijd, doorlooptijd en multidisciplinair werken</p> | | X | | <p>Open AC Wachttijden op de site worden iedere 1e maandag van de maand geüpdatet</p> |
| <p>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.</p> <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> | | | | <p>Niet gezien</p> |
| <p>b. samenwerking en ketenzorg</p> | | | | |
| <p>AC's delen best practice en leren van elkaar.</p> <p><i>Toelichting</i> Iedere AC heeft haar best practice op gebied van zorgpaden inzichtelijk en deelt de uitkomsten er van actief met Fenac leden.</p> | | X | | <p>Er zijn vakgroepspecialisten die meedoen aan kennisontwikkeling en uitwisseling. Echter, audiologie-assistent, logopedist en orthopedagoog krijgen niet bewust mee wat dit werkverband oplevert en zijn niet zeker of er een vertegenwoordiging is.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">– Vakgroepspecialisten– Werkverbanden binnen Fenac |
|--|--|--|--|---|

Bijlage 2 Auditprogramma

| Tijd | Onderwerp(en) | Onderwerpen / Onderzoeksvragen | Rol/functie | Naam |
|-------|---|---|---|--|
| 9.00 | Ontvangst, voorstellen, toelichting bedoeling | Tevens: Aanbod dienstverlening Locatievoorzieningen Basiseisen auditief | (locatie)management Kwaliteitsfunctionaris Auditees van de dag (voor zover beschikbaar qua tijd en belangstelling, niet verplicht) | Esther / Martin / Marc / ED |
| 9.30 | Rondgang locatie | Beeldvorming locatie Locatievoorzieningen Basiseisen auditief Eisen apparatuur/KKAU, rol technicus (indien relevant) | Naar wens organisatie HIT/cabines speelhoek | Brenda Marijke |
| 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 | >Klachten behandeling >Verbetermaatregelen op basis CQ index, rapport RVB plan van aanpak > kwaliteit vast item agenda Team overleg en BVO (zie laatste teamoverleg en notulen BVO) >trial > VMS organisatie handboek /interne externe audits audits /1/2 jaarlijksveiligheidsrondes >LMS Uitkomsten behandeling COMT evaluatie /Bergop | Marc |
| 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 | KFA | Donné Pans |
| 12.00 | Lunch | | Oase | Marc |
| 12.30 | Overleg auditteam en rapportage | | | |
| 13.00 | Basiseisen auditief | Inzet Psychosociale diagnostiek en psychosociale hulp Methodisch en Multidisciplinair werken Verwijzing en controle Hoortoestelcontrole Hoorrevalidatie auditief Statussen inzien Uitkomsten van behandeling Verbetercyclus | Medewerker die hoorrevalidatie doet (indien mogelijk niet functie KFA) Maatschappelijk werker en/of iemand die psychosociale diagnostiek doet | Roel Käller, audiologie-assistent Math Roex, Maatschappelijk werker |
| 14.00 | Basiseisen communicatief | Inzet van 2 inhoudelijke disciplines Methodisch en Multidisciplinair werken Implementatie KITS2 Vakbekwaamheid | 2 inhoudelijke disciplines | Nicolle Tissen, orthopedagoog Mildred Gielen, logopedie |

| | | | | |
|-------|---------------------------------|---|--|----------------------------|
| | | Ondersteuning Statussen inzien Uitkomsten van behandeling Verbetercyclus | | |
| 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 | Kwaliteitsfunctionaris Fijn indien technicus beschikbaar kan zijn | Ed Hermans |
| 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) | Esther/Martin/ Marc /Ed |