

## **Stichting Audicienregister – StAr**

Reitseplein 1  
Postbus 90154  
5000 LG TILBURG

telefoon: 013 – 59 44 768

e-mail: [info@audicienregister.nl](mailto:info@audicienregister.nl)

---

### **Handboek Stichting Audicienregister**

versie 0.4.1 – december 2009



---

documentnummer: star.hndbk.20060704

versienummer : 0.4.1

opgesteld door : Paul Valk

datum : juli 2006

definitieve versie: vastgesteld door: Begeleidingscommissie, resp. NVAB-bestuur.

goedgekeurd door StAr-bestuur

pagina 1 (van 103)

---

## Inhoud

Deel I	Algemeen	
1	Inleiding	3
2	Werkterrein.....	4
3	Organisatie van DE STICHTNG AUDICIENREGISTER ....	5
4	Kwaliteitsverklaringen .....	7
1	Registratie-eisen voor audiciens.....	9
	Toelichting .....	9
	Registratie-eisen.....	9
2	Kwaliteitseisen aan de vakuitoefening.....	12
	Toelichting .....	12
	Processchema audicienwerkzaamheden.....	14
	Kwaliteitseisen .....	14
	Kwaliteitseisen .....	15
3	Kwaliteitseisen aan de bedrijfsvoering.....	19
	Toelichting .....	19
	Kwaliteitseisen .....	20
1	Richtlijnen ter uitvoering van de Kwaliteitseisen aan de vakuitoefening.....	34
	Toelichting .....	34
2	Richtlijnen ter uitvoering van de kwaliteitseisen aan de bedrijfsvoering .....	59
	2.1 Toelichting .....	59
	2.2 Richtlijnen .....	59
1	inleiding	60
2	Beoordelingsschema's .....	61
	2.1 Beoordelingsschema Keurmerk 'De Audicien' (eisen aan de beroepsuitoefening).....	61
	Cliëntdossier (status) opbouw .....	62
	Eisen beroep	63
	Infrastructuur	64
	2.2 Beoordelingsschema Certificaat voor filiaalbedrijven (eisen aan de bedrijfsvoering).....	65
	Ontwikkelingen.....	66
	Dossier (status) opbouw.....	66
	Conformiteit protocollen .....	67
	2.3 Transponeringstabel naar ISO 9001-2000.....	73
	statuten stichting audicienregister (STAR).....	77
	REGLEMENT KWALITEITSEISEN.....	89
	REGLEMENT KWALITEITSVERKLARINGEN. ....	92

---

## Deel 1 Algemeen

---

### **1 INLEIDING**

De Stichting Audicienregister, StAr, is opgericht in februari 2005.

De Stichting Audicienregister wil de kwaliteit en doelmatigheid bevorderen van de revalidatie van slechthorenden, in het bijzonder de revalidatie met behulp van audiologische hulpmiddelen. Door te voorzien in kwaliteitsnormen en opleidings- en bij- en nascholingsmogelijkheden levert de Stichting Audicienregister een wezenlijke bijdrage aan de professionaliteit en maatschappelijke erkenning van het beroep van audicien. Vooralsnog zijn de activiteiten van de stichting beperkt tot de Nederlandse markt.

Binnen de stichting werken slechthorenden, vóórschrijvers, zorgverzekeraars, fabrikanten en importeurs van audiologische hulpmiddelen en audiciens samen.

De Stichting Audicienregister werkt samen met de opleidingsinstituten die voor het audicienvak relevant zijn en met toezicht- en adviesorganen en wet- en regelgevende instanties.

## 2 WERKTERREIN

De Stichting Audicienregister houdt zich bezig met de verdere professionalisering van het audicienbedrijf én met de bewaking daarvan. Het gaat om opleiding, bij- en nascholing en kwaliteitsnormering en -beoordeling.

De Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven, NVAB, heeft in 2000 een 'Begeleidingscommissie' geformeerd die protocollen heeft ontwikkeld voor de hoortoestelaanpassing en kwaliteitsnormen voor de bedrijfsvoering in audicienbedrijven. Bovendien is een systeem ontwikkeld dat de objectieve en onafhankelijke beoordeling en controle mogelijk maakt van de manier waarop bedrijven uitvoering geven aan de geformuleerde kwaliteitsnormen. Het aldus beschreven systeem vormt een 'erkenningenschema' die ISO 9001-2000 omvat en die daaraan kwaliteitsniveaueisen toevoegt die op de bedrijfstak zijn toegesneden. Dit erkenningenschema wordt nu uitgevoerd en actueel gehouden door de Stichting Audicienregister.

NVAB werkt in verschillende gremia samen met SVGB en SBBO ter instandhouding en verbetering van de beroepsopleiding voor audiciens. Naast deze beroepsopleiding op MBO-niveau bestaat er een bredere HBO-opleiding operationeel. Die opleiding is voorbereid in de Stichting Beroepsopleidingen Audiologie (SBA). In deze laatste stichting werkt de audicienbranche samen met fabrikanten en importeurs en met voorschrijvers.

De bij- en nascholing van audiciens is tot 2005 verzorgd door middel van seminars die werden georganiseerd door Fida en door het cursus- en seminaraanbod van de kant van fabrikanten en importeurs van hoortoestellen. De opleiding en bij- en nascholing van audiciens zijn aan modernisering toe. Er moet een directe relatie worden gelegd tussen voor het vak relevante maatschappelijke en technische ontwikkelingen, de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, de vakopleiding én bij- en nascholing. Wat vandaag nog bij- en nascholing is, moet morgen onderdeel zijn van de vakopleiding. Wat geleerd wordt bij de kwaliteitsbeoordelingen, moet doorwerken in bij- en nascholing. 'Kwaliteit en opleidingen' zijn voor het audicienvak nu dan ook samengebracht in één stichting, de Stichting Audicienregister, die Fida vervangt. Daarnaast blijft de Stichting Beroepsopleidingen Audiologie (SBA) voortbestaan als initiator en begeleider van HBO-opleidingen op het bredere werkterrein van de audiologie.

### 3 ORGANISATIE VAN DE STICHTNG AUDICIENREGISTER

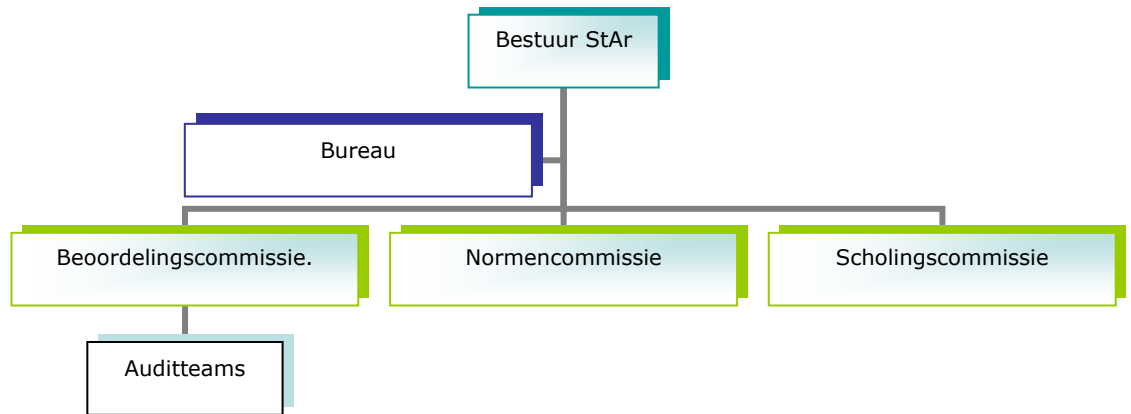
Voor opleidingen en bij- en nascholing wordt een 'Scholingscommissie' verantwoordelijk. Deze Scholingscommissie onderhoudt het contact met mbo- en hbo-opleiding en stelt jaarlijks de bij- en nascholingsdoelen vast. Oók de 'accreditatie' van door derden (bijvoorbeeld leveranciers) verzorgde cursussen vindt plaats in de Scholingscommissie. In de Scholingscommissie hebben naast audicienbedrijven, ook slechthorenden, voorschrijvers en leveranciers zitting. Een vertegenwoordiger van de vakopleiding neemt als 'waarnemer' deel aan de werkzaamheden van de Scholingscommissie.

Voor het bijhouden en actualiseren van de kwaliteitsnormen wordt een 'Normencommissie' verantwoordelijk. Deze commissie kent evenals de Scholingscommissie een brede samenstelling waarin alle belanghebbende groeperingen deelnemen.

Naast de Normencommissie fungeert een bestuurscommissie, de 'Beoordelingscommissie', als het instituut dat beslist over registratie van audiciens, keurmerkverlening aan bedrijfsvestigingen en certificering van (keten)bedrijven. De beoordelingen en controles zijn uitbesteed aan een bij de Raad voor Accreditatie geaccrediteerde certificatie-instelling. StAr is zélf overigens eveneens ingericht conform de Europese Norm, EN 4512, die geldt als de norm waaraan door de Raad voor Accreditatie geaccrediteerde certificatie-instellingen moeten voldoen.

Naast de al genoemde gremia kent de Stichting Audicienregister een Bestuur en een stichtingsbureau. Dat bureau houdt zich bezig met de secretariële ondersteuning van de Stichting, de uitvoering van de erkenningenregeling, en de opzet en organisatie van door de Scholingscommissie gewenste bij- en nascholingsmogelijkheden.

Het organogram van de stichting is als volgt:



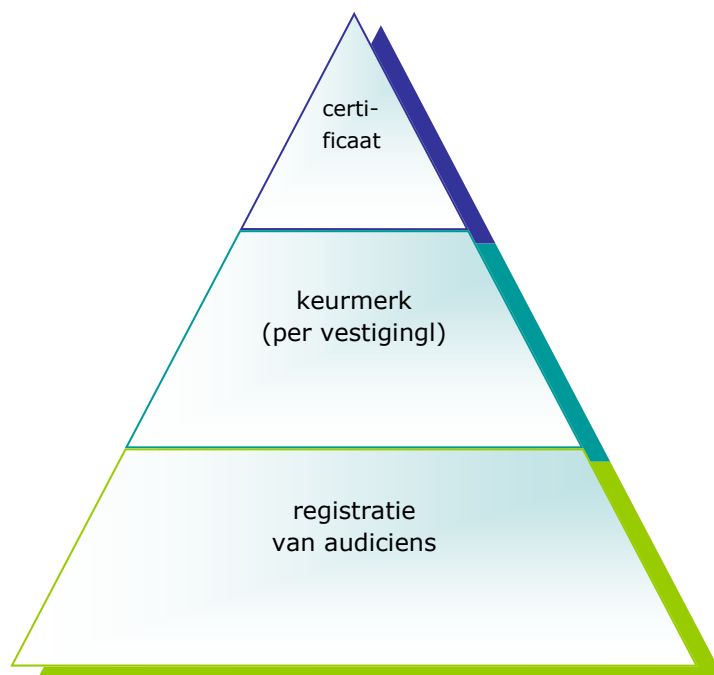
#### 4 KWALITEITSVERKLARINGEN

De Stichting Audicienregister kent de volgende kwaliteitsverklaringen:

- a. Een 'Registratiebewijs' voor beroepsbeoefenaren (audiciens) die voldoen aan de door de Stichting Audicienregister vastgestelde competentie-eisen en die zich hebben gecommitteerd hun werkzaamheden te verrichten conform de kwaliteitseisen die de Stichting Audicienregister stelt aan de beroepsuitoefening.
- b. Een 'Keurmerk' voor individuele bedrijfsvestigingen conform de kwaliteitseisen die de Stichting Audicienregister stelt aan de beroepsuitoefening.
- c. Een 'Certificaat' voor organisaties die meer filialen omvatten en die een kwaliteitszorgsysteem uitvoeren dat voldoet aan de daaraan door de Stichting Audicienregister gestelde eisen. Dat kwaliteitszorgsysteem omvat waarborgen die verzekeren dat de filialen die behoren tot de te certificeren organisatie werken conform de kwaliteitseisen die de Stichting Audicienregister stelt aan de beroepsuitoefening. Het certificaat voor een organisatie omvat dan ook het Keurmerk voor haar filialen.

De ontwikkelde erkenningenregeling werkt als een 'drietrapssysteem'. Fundament vormt de registratie van audiciens die voldoen aan eisen van vakbekwaamheid. Bedrijfsvestigingen die beschikken over één of meer geregistreerde audiciens kunnen het 'Keurmerk, de Audicien' behalen, indien uit een beoordeling blijkt dat het primaire proces, het aanpassen van hoortoestellen, voldoet aan de daarvoor opgestelde kwaliteitsregels. Ondernemingen die over meer filialen beschikken kunnen ervoor kiezen om als geheel te worden gecertificeerd. In dat geval wordt het kwaliteitssysteem van de onderneming beoordeeld en wordt de uitvoering van het primaire proces beoordeeld door middel van een representatieve steekproef uit de filialen. Ook in dit geval geldt dat ieder filiaal over één of meer geregistreerde audiciens moet beschikken.

Het bovenstaande wordt in onderstaand schema verduidelijkt:



---

## Deel 2      Kwaliteitseisen

### 1    REGISTRATIE-EISEN VOOR AUDICIENS

#### Toelichting

De registratie van in de onderneming werkzame audiciens vormt de basis voor de erkenning van een bedrijfsvestiging en voor de certificatie van een audicienbedrijf. De registratie bestaat uit een formele, schriftelijke beoordeling van:

- a. de competenties van de audicien;
- b. de noodzakelijke randvoorwaarden waaronder hij of zij werkzaam is;
- c. de met de stichting aangegane contractuele verplichting van de audicien en van diens (eventuele) werkgever om te handelen conform de kwaliteitseisen die worden gesteld aan de vakuitoefening.

Het resultaat van de schriftelijke beoordeling wordt geverifieerd tijdens een bedrijfsbezoek dat minimaal één per jaar plaatsvindt.

#### Registratie-eisen

##### 1. Competenties

- 1.1. De audicien is in het bezit van authentieke documenten waaruit blijkt dat hij de vereiste beroepsopleiding heeft voltooid:
  - a. de in Nederland opgeleide audicien
    - beschikt over het einddiploma van de audicienopleiding gegeven door de SVGB<sup>1</sup>, of door SBBO<sup>2</sup>;
    - óf beschikt over een verklaring van de Stichting Audicienregister waaruit blijkt, dat ten genoegen van het stichtingsbestuur is aangetoond dat betrokkene anderszins beschikt over voldoende opleiding én ervaring in het audicienvak;
  - b. de in het buitenland opgeleide audicien beschikt over het einddiploma van een beroepsopleiding tot audicien die als evenwaardig aan de audicienopleiding in Nederland is of wordt erkend,
    - hetzij op basis van Europese regels tot harmonisatie en wederzijdse erkenning van die beroepsopleiding,
    - hetzij op basis van een besluit van een daartoe door de Nederlandse overheid aangewezen instituut,

---

<sup>1</sup> de SVGB profileert zich als 'intermediair' tussen branche en onderwijs voor de gespecialiseerde beroepsgroepen' en verzorgde tot september 2000 de beroepsopleiding voor audiciens in Nederland; voor méér informatie: [www.svgb.nl](http://www.svgb.nl)

<sup>2</sup> het Regionaal Opleidingcentrum Amsterdam – 't Sticht – Amersfoort (ROC ASA) verzorgt sinds september 2000 in haar Amersfoortse vestiging, SBBO, de beroepsopleiding voor audiciens in Nederland; voor meer informatie: [www.sbbo.nl](http://www.sbbo.nl)

- hetzij op basis van een besluit door of namens het bestuur van de Stichting Audicienregister.
- 1.2. De audicien documenteert te beschikken over de noodzakelijke bij- en nascholing:
  - a. de in Nederland vóór 1998 gediplomeerde audicien beschikt over het certificaat van de onder auspiciën van SVGB gegeven 'conversie cursus';
  - b. de in Nederland vóór 2003 gediplomeerde audicien beschikt over het certificaat van de onder auspiciën van SBA gegeven 'deregulerings cursus'.
- 1.3. De audicien verklaart naar waarheid het audicienvak uit te oefenen:
  - a. betrokkene kan desgewenst aantonen in een aaneengesloten periode van twee jaar of korter bij minimaal 50 hoortoestelgebruikers een hoortoestelaanpassing te hebben verricht;
  - b. waarbij de periode waarin dit aantal is bereikt niet langer dan twee jaar in het verleden ligt.

## **2. Handelen conform kwaliteitseisen**

- 2.1. De audicien verklaart:
  - a. te zullen handelen conform de kwaliteitseisen die aan de vakuitoefening zijn gesteld (opgenomen in hoofdstuk 2.2 van dit handboek);
  - b. voor iedere behandelde cliënt een cliëntdossier te zullen bijhouden;
  - c. te zullen meewerken aan door of namens de Stichting Audicienregister uit te voeren beoordelingen;
  - d. zich te onderwerpen aan een door de Stichting Audicienregister opgestelde of aangewezen klachtenprocedure.
- 2.2. De werkgever, of bij het ontbreken daarvan de audicien-zélf, verklaart:
  - a. de werkzaamheden die aan de audicien zijn voorbehouden volgens de kwaliteitseisen die worden gesteld aan de vakuitoefening door audiciens uitsluitend te laten verrichten door een geregistreerde audicien;
  - b. aan de audicien de beschikking te geven over adequate ruimtes en instrumenten voor een betrouwbare vakuitoefening;
  - c. een zodanige functionele onafhankelijkheid van de audicien te erkennen, dat deze in staat is om de voor een adequate vakuitoefening noodzakelijke keuzes te maken;
  - d. te zullen meewerken aan door of namens de Stichting Audicienregister uit te voeren beoordelingen;
  - e. zich te zullen onderwerpen aan een door de Stichting Audicienregister opgestelde of aangewezen klachtenprocedure.

**3. Redelijkheid en billijkheid**

- 3.1. De audicien en diens eventuele werkgever gaan ermee akkoord, dat de registratie van de audicien voor een periode van twee jaar wordt geschorst, indien en zodra onomstotelijk is komen vast te staan, dat één van hen bij het doen van de hierboven genoemde verklaringen heeft gehandeld in strijd met de goede trouw en / of de maatschappelijke betamelijkheid.
- 3.2. De audicien en diens eventuele werkgever zijn ermee bekend dat de Stichting Audicienregister redelijkheid en billijkheid zal betrachten bij de interpretatie en toepassing van haar reglementen en kwaliteitseisen en dat voor belanghebbenden beroep openstaat tegen ieder besluit van de Stichting Audicienregister.

## 2 KWALITEITSEISEN AAN DE VAKUITOEFENING

### Toelichting

De dagelijkse vakuitoefening door de audicien vormt het 'primaire proces' in het audicienbedrijf. Dat primaire proces is aan kwaliteitseisen gebonden. Deze kwaliteitseisen worden in de wandeling ook wel de 'professionele beroepsstandaard' genoemd. Beroepsstandaarden worden doorgaans nader uitgewerkt in beschrijvingen van (deel)processen, 'protocollen' genaamd en instructies voor afzonderlijke handelingen, 'werkinstructies' genaamd.

De nu door de Stichting Audicienregister vastgestelde kwaliteitseisen houden nog geen rekening met het verrichten van 'triage' door de audicien. De beschikbaarheid van een 'voorschrift' (het 'recept') vormt nog het uitgangspunt. Na de afronding van het 'AZOS-project' (Alternatief Zorgtraject Slechthorenden) zullen de nu op schrift gestelde eisen worden aangevuld met eisen die betrekking hebben op de triage door audiciens.

De beoordeling, of conform de kwaliteitseisen wordt gehandeld, vindt in beginsel driejaarlijks plaats. In jaren waarin geen (her)beoordeling plaatsvindt wordt een (kortere) controle uitgevoerd.

De (her)beoordeling en de controles houden een beoordeling van documenten in én een onderzoek in het bedrijf. Wanneer uit de beoordeling blijkt, dat systematisch conform deze eisen wordt gehandeld, wordt de registratie van de betrokken audicien(s) gehandhaafd en verkrijgt het beoordeelde audicienfiliaal het Keurmerk, 'de Audicien'.

Aangetroffen 'afwijkingen' moeten leiden tot corrigerende maatregelen binnen een bij de beoordeling of controle opgedragen termijn. Die termijn bedraagt zes maanden voor afwijkingen met een (potentieel) afbreukrisico voor cliënten en een jaar voor andere afwijkingen. De uitvoering en het effect van de corrigerende maatregelen worden gecontroleerd.

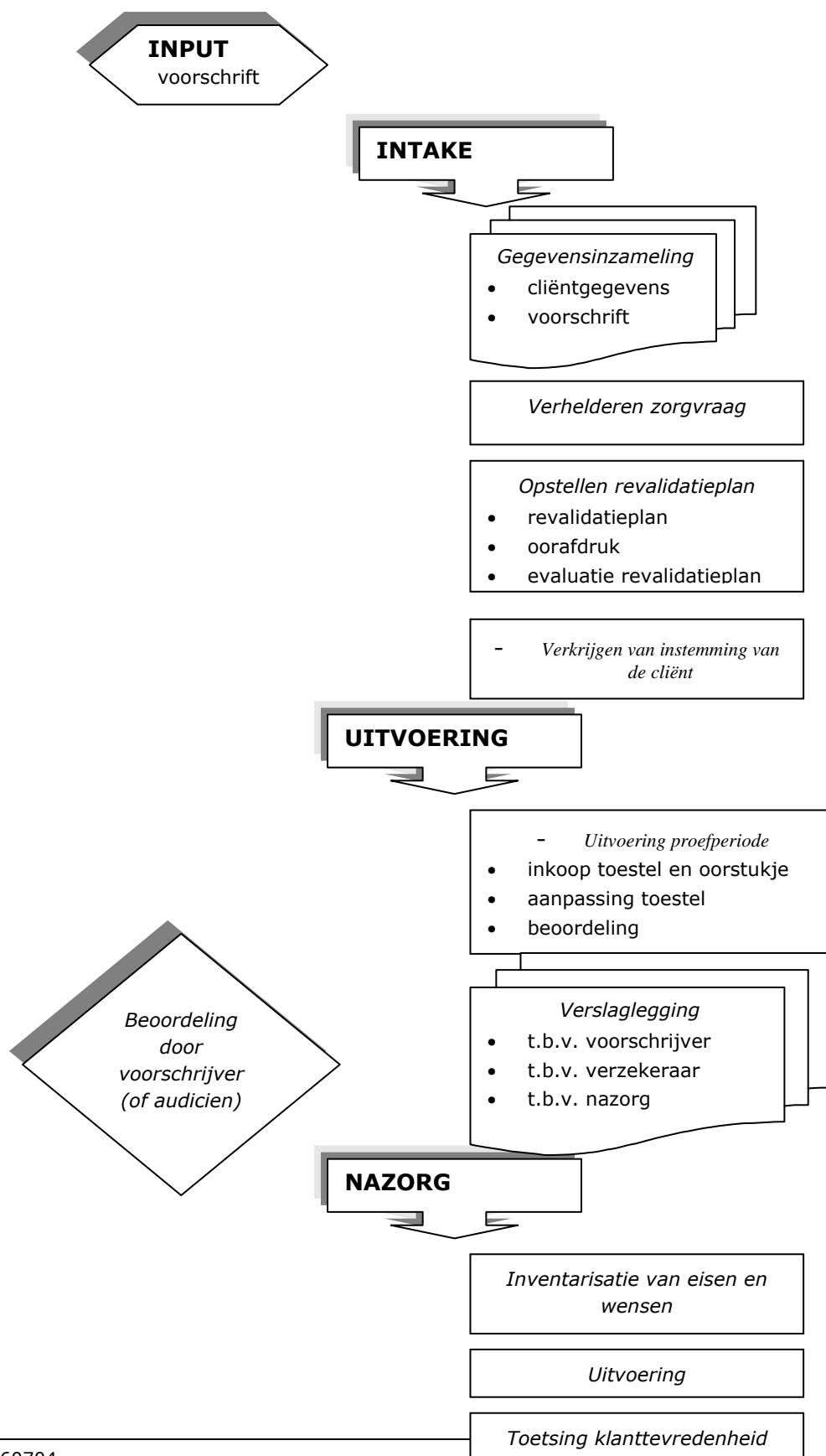
Afwijkingen die 'systematisch' zijn en leiden tot een zeer direct afbreukrisico (zogenaamde 'kritieke afwijkingen') kunnen, net zoals het nalaten van noodzakelijke corrigerende maatregelen, leiden tot weigering of intrekking van de erkenning én tot schorsing van de registratie van de betrokken audicien. Dit laatste is het geval, wanneer een kritieke afwijking aan de betrokken audicien moet worden toegerekend.

Het audicienfiliaal en / of de betrokken audicien kan aan de Stichting Audicienregister op ieder moment verzoeken om getroffen

corrigerende maatregelen te beoordelen en om sancties die eventueel zijn opgelegd in te trekken op basis van die beoordeling.

Op de volgende pagina is het processchema weergegeven van de audicienwerkzaamheden. De daarna geformuleerde kwaliteitseisen volgen dit processchema.

### Processchema audicienwerkzaamheden



## Kwaliteitseisen

### 1. Intake en indicatie

*Bij deze processtap gaat het erom de vraag van de cliënt te begrijpen, verifiëren en definiëren en die vraag te vertalen in een aanbod. Hiervoor moeten schriftelijk of elektronisch vastgelegde procedures worden gehanteerd. Het is onder meer van belang om te kunnen waarborgen dat geen opdrachten worden aanvaard of uitgevoerd waaraan de organisatie niet kan of niet mag voldoen.*

- 1.1. Een zorgdossier of cliëntkaart is in overleg met de cliënt aangemaakt en volledig ingevuld met de juiste cliëntgegevens.
- 1.2. Nagegaan is of een voorschrift noodzakelijk is, of een voorschrift aanwezig is en of het voorschrift volledig is.
- 1.3. De audicien<sup>3</sup>:
  - a. gaat na of er tussentijds wijzigingen zijn die dienen te leiden tot een ander voorschrift;
  - b. voert eventueel noodzakelijke aanvullende metingen en screenings uit;
  - c. stelt aan de hand van het voorschrift, de resultaten van eventueel uitgevoerde aanvullende tests en in overleg met de cliënt de zorgvraag vast.
- 1.4. De audicien (of een audicienassistent die handelt onder verantwoordelijkheid van de audicien) stelt in overleg met de cliënt, gebruikmakend van gangbare cliëntgeoriënteerde interactieve vragenlijsten, een revalidatieplan op waaruit blijkt welke eisen aan de gehoorverbetering worden gesteld en hoe deze doelen bereikt gaan worden.
- 1.5. De audicien (of een daartoe opgeleide medewerker die handelt onder verantwoordelijkheid van de audicien) maakt een exacte kopie van de uitwendige gehoorgang en de conchaholte op basis waarvan een passend oorstukje gemaakt kan worden.
- 1.6. De audicien stelt een definitief revalidatieplan vast en een voorlopige hoortoestelkeuze (met eventuele hulpmiddelen), zodat een en ander met de cliënt overlegd kan worden.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Waar in deze eisen gesproken wordt over 'audicien' wordt steeds bedoeld de 'geregistreerde audicien'. Daar waar in dit handboek expliciet 'de audicien' als actor wordt gemeld is de beschreven handeling voorbehouden aan de audicien en kan de audicien de handeling niet op afstand, maar slechts ter plaatse in direct contact met de cliënt uitvoeren.

<sup>4</sup> De normen 1.3 en 1.6 schrijven in hun samenhang voor dat de audicien in rechtstreeks contact met de cliënt met hem of haar overlegt over het zorgplan en dat de (voorlopige) toestelkeuze deel uitmaakt van de overleg en van dat plan.

- 1.7. De audicien (of een audicienassistent die handelt onder verantwoordelijkheid van de audicien) legt het revalidatieplan en de voorlopige toestelkeuze voor aan de cliënt en vergewist zich van diens instemming.

## 2. Uitvoering van de aanpassing

*Bij deze processtap is de daadwerkelijke dienstverlening, het aanmeten van één of twee hoortoestellen, aan de orde. De dienstverlening moet plaatsvinden in samenspraak met de cliënt. De dienstverlening vindt plaats volgens een vast patroon. Hierbij zijn van belang de planning en de 'beheersing' van de werkzaamheden, het gebruik van adequate methodes, het verloop van de communicatie met de cliënt en duidelijkheid over de inzet van personeel en de toedeling van eindverantwoordelijkheid voor de uitgevoerde werkzaamheden. De werkzaamheden worden zodanig gedocumenteerd dat achteraf traceerbaar is, welke werkzaamheden ten behoeve van welke cliënt zijn uitgevoerd en door wie die werkzaamheden zijn uitgevoerd en welk(e) toestel(len).bij de cliënt zijn aangemeten.*

- 2.1. Een audicienassistent of een medewerker onder diens verantwoordelijkheid bereidt de proefperiode voor. Hiertoe worden de noodzakelijke bestellingen en administratieve handelingen gedaan.
- 2.2. De audicien of een audicienassistent onder diens verantwoordelijkheid past het (proef)hoortoestel aan bij de cliënt:
  - a. hij stelt het toestel zoveel mogelijk in op de persoonlijke situatie van de cliënt;
  - b. hij geeft aan cliënt adequate instructies voor het gebruik van het toestel,
  - c. voor een goede afstelling worden controles afgesproken, die zo nodig worden herhaald;
  - d. het oorstukje wordt optimaal passend gemaakt (qua vorm en ventilatie).
- 2.3. De audicien vergewist zich in direct contact met de cliënt van de juistheid van de toestelkeuze en van de instellingen:
  - a. eventuele restproblematiek wordt getraceerd en besproken;
  - b. nazorgelementen worden geïnventariseerd;
  - c. de audicien stelt vast of een eindcontrole op de aanpassing dient te worden uitgevoerd door de voorschrijver;
  - d. indien en voorzover een eindcontrole niet door de voorschrijver wordt verricht, wordt deze uitgevoerd

door de audicien volgens daartoe geëigende methoden<sup>5</sup>.

- 2.4. De audicien of een audicienassistent onder diens verantwoordelijkheid stelt de noodzakelijke documenten op ten behoeve van:
  - a. de voorschrijver, indien een eindcontrole door hem of haar dient plaats te vinden;
  - b. de zorgverzekeraar met het oog op machtiging en betaling;
  - c. de audicien-zelf met het oog op nazorg én traceerbaarheid van cliëntgegevens, verrichte handelingen, gebleken bijzondere aandachtspunten, het verstrekte toestel en de instellingen ervan.Deze documenten (samen met de cliëntkaart vormend het 'zorgdossier') worden adequaat gecontroleerd en beheerd.
- 2.5. Een audicienassistent draagt zorg voor een correcte afhandeling die plaatsvindt na de eindcontrole:
  - a. garantie- en serviceafspraken worden gemaakt en vastgelegd;
  - b. eventuele overige nazorgaspecten worden geïnventariseerd en vastgelegd;
  - c. een adequate administratieve afwikkeling vindt plaats.

---

<sup>5</sup> Die methoden zullen worden beschreven in het eindrapport van het AZOS-project. In afwachting daarvan wordt aan de audicien de keuze gelaten tussen aanvullende audiometrie, meting van het spraakverstaan in ruis, insertion gain, of combinaties hiervan.

### 3. Nazorg

*Na de feitelijke zorgverlening en de eindcontrole daarop volgt de evaluatie van de dienstverlening door middel van een klanttevredenheidsonderzoek. De resultaten ervan kunnen aanleiding zijn tot verbetering van het aanbod en / of van de dienstverlening. Ook 'after sales service' én, indien noodzakelijk, de uitvoering van een 'recall-actie' vallen onder de nazorg.*

- 3.1. De audicien of een audicienassistent onder diens verantwoordelijkheid draagt zorg voor een correcte uitvoering van afgesproken nazorg.
- 3.2. De audicien of een audicienassistent onder diens verantwoordelijkheid draagt zorg voor het tijdig en zorgvuldig terughalen van hoortoestellen en eventuele accessoires, indien en zodra productie- of afleverfouten worden geconstateerd, of anderszins is gebleken dat het geleverde kan leiden tot ernstige klachten of (huid)irritaties.
- 3.3. De audicien of een audicienassistent onder diens verantwoordelijkheid draagt zorg voor een adequaat klanttevredenheidsonderzoek.

### 4. Infrastructuur

Naast bovenstaande eisen die worden gesteld aan de uitvoering van het primaire proces, gelden uit het hoofdstuk 'eisen die worden gesteld aan de bedrijfsorganisatie' de volgende eisen:

- 4.1. Privacy (eis 2.6.)
- 4.2. Gebouw en ruimte (7.1.)
- 4.3. Apparatuur (7.3.)
- 4.4. Onderhoud (7.4.)
- 4.5. Calamiteiten (7.5)

### 3 KWALITEITSEISEN AAN DE BEDRIJFSVOERING

#### Toelichting

Om als onderneming met inbegrip van haar filialen te worden gecertificeerd moet worden voldaan aan eisen die worden gesteld aan de bedrijfsvoering. Het voldoen aan onderstaande eisen leidt ertoe dat het bedrijf beschikt over een certificeerbaar kwaliteitszorgsysteem.

Onderstaand eisenpakket loopt qua opbouw nagenoeg parallel aan de kwaliteitseisen die in het vorige hoofdstuk staan beschreven voor het primaire proces, de vakuitoefening door audiciens. De eisen aan de bedrijfsvoering omvatten de borging van en de bewaking van de randvoorwaarden voor een adequate uitvoering van het primaire proces.

De kwaliteitseisen en beoordelingen van het primaire proces maken deel uit van de eisen gesteld aan de bedrijfsvoering. Een afzonderlijk filiaal kan worden erkend en daarmee het Keurmerk, de Audicien, behalen uitsluitend op basis van conformiteit aan de kwaliteitseisen voor het primaire proces. Een onderneming kan pas worden gecertificeerd wanneer wordt voldaan aan de eisen aan de bedrijfsvoering. Dit houdt onder meer in dat de onderneming zélf kan waarborgen dat haar filialen handelen conform de kwaliteitseisen gesteld aan het primaire proces, zodat zij gerechtigd zijn het keurmerk te voeren. Certificatie vindt plaats op basis van een beoordeling van de onderneming, waarbij eveneens een steekproefsgewijze beoordeling van haar filialen plaatsvindt.

Het pakket kwaliteitseisen aan de bedrijfsvoering is specifiek voor de audicienbranche en is opgesteld conform de door de Raad voor Accreditatie erkende bewerking van ISO 9001-2000 door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsborging in de Zorgsector, HKZ.

## **Kwaliteitseisen**

*(nummering volgens HKZ-model)*

### **1 Intake / indicatie**

*In deze paragraaf worden eisen gesteld die ertoe leiden dat de vraag van de cliënt helder wordt en op juiste wijze wordt vertaald in een aanbod van de kant van het audicienbedrijf. Het bedrijf moet hiertoe schriftelijk vastgelegde procedures en werkinstructies hanteren. De audicien voert deze uit in overeenstemming met de professionele standaarden van het audicienvak (zie eis 4.5.2). Die professionele standaarden zijn beschreven in de Kwaliteitseisen gesteld aan de vakuitoefening. De werkinstructies van het bedrijf zijn ondermeer van belang om de audicien te laten voorkómen dat prestaties worden opgedrongen of dat opdrachten worden aanvaard waaraan het bedrijf niet kan of mag voldoen.*

#### **1.1 Inschrijving**

Het bedrijf voorziet in een procesinrichting die de systematische naleving van onderstaande eisen waarborgt:

- 1.1.1 De cliënt die zich aandient voor gehoorrevalidatie wordt ingeschreven.
- 1.1.2 Inschrijving geschiedt in overleg met de cliënt. Voor de inschrijving en de vastlegging ervan hanteert het bedrijf een werkinstructie die onder meer een binnen het bedrijf als standaard geldend 'zorgdossier' omvat.
- 1.1.3 Nagegaan wordt of de cliënt over een voorschrift dient te beschikken, of een voorschrift aanwezig is en of het voorschrift volledig is:
  - a. de audicien beoordeelt of het voorschrift dat wordt overhandigd voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
  - b. de audicien gaat na of er tussentijdse wijzigingen zijn die dienen te leiden tot een ander voorschrift;
  - c. de audicien voert eventueel noodzakelijke aanvullende metingen en screenings uit;
  - d. de audicien stelt aan de hand van het voorschrift, eventueel uitgevoerde aanvullende metingen of screenings en in overleg met de cliënt diens zorgvraag vast.

#### **1.2 Zorgvraag**

Het bedrijf voorziet in een procesinrichting die de systematische naleving van onderstaande eisen waarborgt:

- 1.2.1 In overleg met de cliënt wordt de zorgvraag vastgesteld. Het voorschrift met eventuele bijlagen levert de basis voor de beoordeling van de zorgvraag.

- 1.2.2 Bij de beoordeling van de zorgvraag staat het belang van de cliënt centraal.
- 1.2.3 De beoordeling wordt door de audicien uitgevoerd conform professionele standaarden.
- 1.2.4 De beoordeling dient volledig te zijn: gehoorverbeterdoelen zijn vastgesteld en acties zijn bepaald om een revalidatieplan op te stellen.

### **1.3 Revalidatieplan**

Het bedrijf voorziet in een procesinrichting die de systematische naleving van onderstaande eisen waarborgt:

- 1.3.1 Een revalidatieplan wordt conform gemaakte afspraken vastgelegd. Inzicht wordt gegeven in de wijze waarop, met welke middelen, de doelen van de gehoorverbetering bereikt worden
- 1.3.2 De prijs voor toestel en dienstverlening en de consequenties daarvan voor de cliënt maken deel uit van het overleg met de cliënt.
- 1.3.3 Het maken van een oorafdruk maakt onderdeel uit van het plan. De uitvoering hiervan geschiedt door gekwalificeerd personeel conform vastgelegd protocol.
- 1.3.4 De audicien toetst het plan op alle beschikbare informatie (voorschrift, gespreksinformatie, mogelijke beperkingen) van cliënt, arts, leveranciers, zorgverzekeraar en stelt het plan vast.
- 1.3.5 In overleg met de cliënt worden de stappen in het revalidatieplan besproken. Alle informatie is beschikbaar om de cliënt te ondersteunen bij het nemen van een weloverwogen besluit.
- 1.3.6 De cliënt wordt om instemming gevraagd met het besproken revalidatieplan. Deze instemming en de overige gemaakte afspraken worden schriftelijk in een overeenkomst vastgelegd. Gemaakte afspraken worden geregistreerd.

## **2 Uitvoering**

*De voor het aanmeten van een hoortoestel noodzakelijke handelingen zijn beschreven in de professionele standaarden van het audicienvak. In deze paragraaf worden de noodzakelijke randvoorwaarden gesteld waarbinnen audiciens kunnen voldoen aan hun professionele standaarden. Hierbij gaat het om zaken zoals bereikbaarheid, beschikbaarheid, informatievoorziening en privacy.*

### **2.1 Proefperiode**

- 2.1.1 Het bedrijf voorziet erin dat bij het aanmeten van een hoortoestel de cliënt altijd gedurende zekere tijd het toestel op proef kan gebruiken.

- 2.1.2 Het bedrijf kan eisen stellen aan de maximale duur van de proefperiode.
- 2.1.3 De proefperiode is gebaseerd op het revalidatieplan en wordt in samenspraak met de cliënt uitgevoerd
- 2.1.4 Voordat de proefperiode begint vinden administratieve en inkoophandelingen plaats die erop gericht zijn de proefperiode conform de afspraken uit te voeren. De werkwijze is in een protocol vastgelegd.
- 2.1.5 De aanpassing van het hoortoestel vindt in het bedrijf plaats volgens vastgelegde werkwijze.
- 2.1.6 Bij een aanpassing die buiten het bedrijf plaatsvindt zijn aanvullende maatregelen getroffen om ervoor te zorgen dat de vastgestelde doelstelling bereikt wordt.
- 2.1.7 Informatie en resultaten worden tijdens de proefperiode in het zorgdossier van de klant vastgelegd.
- 2.1.8 Tussentijdse wijzigingen worden getoetst aan het revalidatieplan en vastgelegd; zonodig wordt overlegd met voorschrijver, zorgverzekeraar en leverancier.
- 2.1.9 Tussentijdse wijzigingen vinden plaats in samenspraak met de cliënt

## **2.2 Geprotocolleerd handelen**

- 2.2.1 Het bedrijf ziet er op toe dat de audicien handelt in overeenstemming met professionele standaarden en het bedrijf stelt de audicien hiertoe in staat.
- 2.2.2 Het bedrijf kan in aanvulling op de professionele standaarden bedrijfsspecifieke normen en handelwijzen vaststellen.

## **2.3 Ketenafstemming**

- 2.3.1 Het bedrijf draagt zorg voor afdoende maatregelen om onderlinge afstemming te verzekeren van afspraken die door verschillende medewerkers met dezelfde cliënt zijn gemaakt.
- 2.3.2 Het bedrijf draagt zorg voor een adequate afstemming van de eigen dienstverlening aan de cliënt met de afspraken of voorschriften met betrekking tot deze dienstverlening afkomstig van voorschrijvers, zorgverzekeraars en eventuele andere betrokken externe partijen.

## **2.4 Bereikbaarheid/beschikbaarheid**

Cliënten worden over de openingstijden of over andere vormen van bereikbaarheid en beschikbaarheid geïnformeerd.

## **2.5 Bejegening**

Het bedrijf hanteert voor al zijn medewerkers een werkinstructie met betrekking tot de wijze waarop de

cliënten worden bejegend. Het bedrijf ziet toe op de naleving van deze instructie.

## **2.6 Privacy**

- 2.6.1 Het bedrijf neemt afdoende maatregelen om te waarborgen dat gegevens van cliënten vertrouwelijk en in overeenstemming met het doel waarvoor ze zijn verzameld worden behandeld:
- a. gewaarborgd is dat inzage in het zorgdossier van de klant slechts wordt verstrekt aan:
    - de klant zelf, op diens verzoek;
    - de behandelend audicien;
    - de audicien-assistent voor wie inzage noodzakelijk is ter medewerking aan de zorgverlening aan de klant en / of ter aanvulling of correctie van gegevens in het dossier;
    - bij de zorgverlening betrokken leveranciers of voorschrijvers, voorzover het gaat om gegevens die noodzakelijk zijn voor hun zorgverlening;
    - bij de zorgverlening betrokken verzekeraar(s), voorzover het gaat om gegevens die noodzakelijk zijn om het verzekerd-zijn of om de juistheid van een beroep op de verzekering te staven én voorzover het gaat om gegevens die noodzakelijk zijn bij het indienen van declaraties;
  - b. gewaarborgd is dat gegevens uit het zorgdossier niet worden gebruikt voor commerciële doeleinden:
    - gegevens die noodzakelijk zijn ter uitvoering van afgesproken nazorg of van een noodzakelijke terugroepactie kunnen aan het dossier worden ontleend, doch uitsluitend door één van de personen die toegang mogen hebben tot dat dossier;
    - klantgegevens die worden gebruikt voor commerciële doelen, zoals het sturen van informatie of uitnodigingen, worden slechts met toestemming van de klant verzameld en worden vastgelegd buiten het zorgdossier van de klant.
- 2.6.2 Het bedrijf draagt ervoor zorg dat met cliënten op zodanige wijze overlegd kan worden dat de privacy van de cliënt gewaarborgd is.

## **3 Nazorg**

*Nadat de diensten zijn verricht en een eindcontrole heeft plaatsgevonden start de periode van 'after sales service'. Daaronder vallen de uitvoering van verstrekte garanties,*

*uitvoering van afgesproken controles en eventuele 'bijstellingen', de uitvoering van reparaties, het treffen van maatregelen die een 'terugroepactie' mogelijk maken én de periodieke uitvoering van klanttevredenheidsonderzoek en de evaluatie en het vervolg van de resultaten van dat onderzoek.*

- 3.1 Het bedrijf informeert cliënten over de wijze waarop door het bedrijf nazorg wordt verleend. Het bedrijf registreert de in dit kader met de cliënt gemaakte afspraken.
- 3.2 In het kader van de te verlenen nazorg hanteert het bedrijf interne procedures en werkinstructies die ten minste betrekking hebben op:
  - a. de wijze waarop op verzoek van de cliënt nadere informatie wordt geboden of nadere instructies over de werking van het hoortoestel;
  - b. de wijze waarop de cliënt een beroep kan doen op garantiebepalingen;
  - c. de manier waarop het bedrijf reparatie en onderhoud van het hoortoestel uitvoert;
  - d. de wijze waarop het bedrijf de cliëntgegevens registreert en bewaart om mogelijk noodzakelijke recall acties mogelijk te maken.
- 3.3 Het bedrijf evalueert zijn dienstverlening en maakt daartoe minimaal gebruik van de resultaten van periodiek uit te voeren klanttevredenheidsonderzoek

#### **4 Beleid en organisatie**

*Onder beleid en organisatie vallen alle activiteiten die sturing en richting geven aan de organisatie. Een geformaliseerd kwaliteitsbeleid met vastgelegde kwaliteitsdoelstellingen maakt hiervan deel uit. Van groot belang hierbij is de verantwoordelijkheid voor dat beleid en vvoor de uitvoering ervan van het management en de toewijzing van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen aan de medewerkers.*

##### **4.1 Algemeen beleid**

- 4.1.1 Het audicienbedrijf heeft een ondernemingsplan, waarin ten minste beschreven staan:
  - a. aard en omvang van de dienstverlening;
  - b. aard en omvang van de klantenkring;
  - c. op de dienstverlening van toepassing zijnde wet- en regelgeving en relevante ontwikkelingen daarin.
- 4.1.2 Het ondernemingsplan is actueel.
- 4.1.3 Als het ondernemingsplan betrekking heeft op een audicienbedrijf dat onderdeel uitmaakt van een groter organisatorisch of juridisch verband, dan dient het

ondernemingsplan gerelateerd te zijn aan het beleids- of ondernemingsplan van dat grotere verband.

#### **4.2 Kwaliteitsbeleid**

- 4.2.1 Het bedrijf heeft zijn kwaliteitsbeleid vastgesteld en vastgelegd.
- 4.2.2 Het kwaliteitsbeleid is gerelateerd aan het algemene beleid.
- 4.2.3 Het kwaliteitsbeleid omvat ten minste:
  - a. een visie op de wijze van dienstverlening en de eisen die daaraan worden gesteld;
  - b. de daaruit voortvloeiende kwaliteitsdoelstellingen;
  - c. een systematiek en planning van evaluatieactiviteiten;
  - d. een planning van verbeteracties.

#### **4.3 Organisatiestructuur**

- 4.3.1 De bedrijfsorganisatie is omschreven.
- 4.3.2 De omschrijving van de bedrijfsorganisatie omvat ten minste:
  - a. de organisatiestructuur (het organogram);
  - b. een overzicht van verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
  - c. de (eind)verantwoordelijkheden en bevoegdheden met betrekking tot kwaliteitssysteem en -beleid;
  - d. de aanwijzing van een directielid als eindverantwoordelijke voor het kwaliteitsbeleid en -systeem;
  - e. een opsomming en exacte identificatie van de filialen waarin en eventuele andere locaties waar door het bedrijf hoortesten en / of hoortoestelaanpassingen worden verricht;
  - f. een overzicht van in- en externe overlegvormen;
- 4.3.3 De bedrijfsorganisatie voorziet ten minste in:
  - a. de beschikbaarheid van geregistreerde beroepsbeoefena(a)r(en);
  - b. waarborgen voor hun functionele onafhankelijkheid;
  - c. waarborgen ten aanzien van de beheerste delegatie van professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
  - d. adequate voorwaardenscheppende voorzieningen en middelen.

#### **4.4 In- en extern overleg**

- 4.4.1 Reguliere in- en externe overlegvormen zijn beschreven en gedocumenteerd.
- 4.4.2 Het bedrijf voorziet ten minste in:
  - a. de op het bedrijf van toepassing zijnde wettelijk vereiste overlegstructuren;

- b. de noodzakelijke vormen van interne afstemming (werkoverleg);
- c. gestructureerd en regelmatig overleg met
  - voorschrijvers
  - leveranciers van hulpmiddelen en accessoires
  - zorgverzekeraars
- d. systematisch onderzoek naar klanttevredenheid.

#### **4.5 Kwaliteitssysteem**

- 4.5.1 Het kwaliteitssysteem is beschreven en gedocumenteerd.
- 4.5.2 Het kwaliteitssysteem omvat ten minste:
  - a. de vastlegging van handelingen in protocollen, procedures en / of werkinstructies; deze dienen te voldoen aan de professionele standaard voor audiciens, zoals beschreven in de 'kwaliteitseisen aan de vakuitoefening';
  - b. de vastlegging van monitoring en/of regelmatige procescontroles;
  - c. de registratie van afwijkingen en tekortkomingen;
  - d. de vastlegging van corrigerende maatregelen;
  - e. de vastlegging van preventieve maatregelen;
  - f. de verificatie van de effectiviteit van deze maatregelen;
  - g. de vastlegging van periodieke beoordelingen van het functioneren van het kwaliteitssysteem (interne audits);
  - h. de vastlegging van periodieke beoordelingen van het ondernemings- en kwaliteitsbeleid door het management (beoordeling door het management).
- 4.5.3 In de gevallen waarin voorzienbare eenmalige gebeurtenissen, zoals een verbouwing, de uitvoering van het kwaliteitssysteem beïnvloeden hanteert het bedrijf een specifieke kwaliteitsplanning.
- 4.5.4 Wijzigingen in de bedrijfsorganisatie en / of in processen worden uitgevoerd op basis van een specifieke kwaliteitsplanning en worden tijdig in het kwaliteitssysteem doorgevoerd.
- 4.5.5 Waar van toepassing worden statistische technieken en methoden gehanteerd. Beschreven is welke methoden en technieken in welke omstandigheid worden gehanteerd.
- 4.5.6 Periodieke interne audits worden uitgevoerd:
  - a. volgens planning, doch ten minste eenmaal per jaar;
  - b. door een daartoe aangewezen persoon die
    - onafhankelijk staat ten opzichte van de te beoordelen activiteiten;

- kennis heeft van het kwaliteitssysteem en de werking hiervan;
  - c. op basis van een vastgelegd auditplan.  
De resultaten van de interne audit worden vastgelegd en gerapporteerd aan het management.
- 4.5.7 Bij periodieke beoordelingen door het management worden ten minste betrokken:
- a. de resultaten van uitgevoerde interne audits en verbeterplannen;
  - b. in- en externe ontwikkelingen die relevant zijn voor het ondernemings- en het kwaliteitsbeleid (bijvoorbeeld in de wensen van klanten, de ontwikkeling van de markt, wet- en regelgeving, technologie);
  - c. de gevolgen van een en ander voor ondernemings- en kwaliteitsbeleid.
- Deze beoordelingen worden uitgevoerd volgens planning, maar ten minste eenmaal per jaar. De resultaten ervan worden bekendgemaakt aan alle medewerkers.

#### **4.6 Privacy**

- 4.6.1 Het bedrijf hanteert een privacyreglement dat in overeenstemming is met de Wet Persoonsregistraties.
- 4.6.2 Het bedrijf hanteert een richtlijn ten aanzien van de geheimhouding van persoonlijke gegevens door beroepsbeoefenaren en andere medewerkers.

#### **4.7 Klachten**

Het kwaliteitssysteem voorziet in een klachtenprocedure die ten minste omvat:

- a. de registratie van klachten;
- b. de afwikkeling van iedere klacht, bestaande uit:
  - een onderzoek naar de inhoud en de oorzaken van de klacht;
  - een antwoord aan de klager én bij gebleken afwijkingen:
    - het herstellen van de klacht;
    - het verstrekken van een passende genoegdoening aan de klager;
- c. de analyse van klachten;
- d. geplande en uitgevoerde verbeteractiviteiten.

#### **4.8 Hygiëne**

Het kwaliteitssysteem voorziet in middelen, richtlijnen en werkinstructies die leiden tot een schone en hygiënische werkomgeving en die infecties voorkomen.

#### **4.9 Veiligheid**

Het kwaliteitssysteem voorziet in middelen, richtlijnen en werkinstructies ten aanzien van de veiligheid van klanten en medewerkers.

- a. een en ander is gebaseerd op een inventarisatie en analyse van risico's en een periodieke toetsing hiervan;
- b. een en ander omvat mede:
  - een registratie van ongevallen en bijna-ongevallen;
  - een calamiteitenregeling die onder meer voorziet in de onmiddellijke signalering van onraad en de tijdige ontruiming van ruimtes.

## **5 Personeel**

*Een goed personeelsbeleid is onontbeerlijk, omdat het begeleiden van slechthorenden bij uitstek mensenwerk is. Naast een adequate bezetting zijn een adequate personeelsselectie en voldoende opleiding, begeleiding en ervaring van belang. Bijzondere aandacht is in deze paragraaf besteed aan een zorgvuldige en verantwoorde delegatie van werkzaamheden, waarbij specifieke handelingen worden voorbehouden aan 'vaklieden'.*

### **5.1 Personeelsmanagement**

- 5.1.1 Het audicienbedrijf draagt er voor zorg, dat duidelijk is wie binnen de organisatie belast zijn met het aannamebeleid van nieuwe medewerkers en wanneer dit van toepassing is.
- 5.1.2 De aannamecriteria zijn opgesteld aan de hand van een functieprofiel.
- 5.1.3 Het bedrijf beschikt over een gestructureerd inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers, waarin de te behandelen onderwerpen, de evaluatiemomenten en de toetsingscriteria geregeld zijn.
- 5.1.4 Het bedrijf houdt in een vooraf afgesproken frequentie functioneringsgesprekken en/of beoordelingsgesprekken op een systematische wijze.
- 5.1.5 Het bedrijf heeft inspraak voor medewerkers doeltreffend geregeld.
- 5.1.6 Het bedrijf heeft beleid vastgelegd op het gebied van arbeidsomstandigheden van het personeel, draagt zorg voor een bij belangrijke wijzigingen uitgevoerde risico-inventarisatie en -evaluatie (RIE) en voor operationalisering van de uitkomsten.
- 5.1.7 Het bedrijf heeft een contract met een gecertificeerde Arbo-dienst.

### **5.2 Deskundigheidsbevordering**

- 5.2.1 Het bedrijf beschikt over gekwalificeerd personeel met de voor de betreffende functie vereiste diploma's en certificaten.
- 5.2.2 Het bedrijf beschikt over een regeling voor bij- en nascholing van medewerkers.
- 5.2.3 Het bedrijf heeft een opleidingsplan waarin de opleidings- en (na)scholingsactiviteiten zijn vastgelegd.
- 5.2.4 Gevolgde opleidingen en scholing worden geregistreerd en geanalyseerd in relatie tot het opleidingsplan.

### **5.3 Delegatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden**

- 5.3.1 Het bedrijf draagt zorg voor adequate begeleiding van eventueel aanwezige leerlingen en stagiaires.
- 5.3.2 Het bedrijf ziet er op toe dat bij het delegeren van bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan minder gekwalificeerde medewerkers afgewogen wordt of de betrokken medewerker over voldoende ervaring beschikt om de aan hem of haar opgedragen handeling onder toezicht te kunnen verrichten.
- 5.3.3 Delegatie van werkzaamheden die behoren tot het werkdomein van de audicien kan uitsluitend plaatsvinden aan daartoe opgeleide audicienassistenten en dan nog uitsluitend indien de audicien zich ervan heeft vergewist dat specifieke kenmerken van de betrokken cliënt geen belemmering vormen voor de delegatie van de werkzaamheden.
- 5.3.4 Delegatie van werkzaamheden vindt slechts plaats, indien afdoende maatregelen getroffen zijn ter begeleiding van de medewerker aan wie werkzaamheden worden gedelegeerd en indien tevens is voorzien in een controle en evaluatie van de uitvoering van deze werkzaamheden.

## **6 Onderzoek en ontwikkeling**

*In het audicienbedrijf betekent 'onderzoek en ontwikkeling' vooral het totstandbrengen van een gestructureerde verbetercyclus, waarbij veranderingen in het consumentenprofiel ('de vraag'), in productmogelijkheden, in wet- en regelgeving en in gemaakte afspraken met voorschrijvers en zorgverzekeraars leiden tot actualisering van de dienstverlening.*

### **6.1 Bijhouden van nieuwe ontwikkelingen**

Het audicienbedrijf stelt zich actief op ten aanzien van het bijhouden van en inspelen op ontwikkelingen op het gebied van:

- a. relevante wet- en regelgeving;
- b. relevante producten;
- c. relevante werkmethodes en hulpmiddelen;
- d. relevante vakkennis.

## **6.2 Bevordering kwaliteit van te leveren producten en diensten**

Het audicienbedrijf neemt deel aan activiteiten en projecten die geschikt zijn om de kwaliteit van te leveren producten en diensten te verhogen.

## **6.3 Ontwikkeling nieuwe protocollen**

Het audicienbedrijf neemt deel aan activiteiten en projecten ten behoeve van de ontwikkeling van protocollen

## **6.4 Ontwikkeling nieuwe producten/diensten**

*Het audicienbedrijf 'vertaalt' de relevante omgevingsfactoren en nieuwe inzichten in een beheerste actualisering en / of vernieuwing van zijn assortiment en / of dienstverlening.*

## **7 Fysieke omgeving en materiaal**

*Gebouw, ruimte en inrichting en beschikbare apparatuur en instrumenten dienen geschikt te zijn en te blijven om het audicienvak op professionele wijze te kunnen uitoefenen. Ook is rekening gehouden met het voorkómen en opvangen van storingen en calamiteiten.*

### **7.1 Gebouw en ruimte**

- 7.1.1 Het audicienbedrijf heeft een dusdanige inrichting van ruimtes dat de privacy van cliënten is gewaarborgd.
- 7.1.2 Het audicienbedrijf is wat betreft entree en inrichting goed toegankelijk voor cliënten.
- 7.1.3 De indeling en inrichting van het bedrijf voldoen aan daarvoor in de branche gebruikelijke eisen.
- 7.1.4 Voor de aanpasruimte is een rustige (niet stille) ruimte beschikbaar. Daarbij is rekening gehouden met de mate van achtergrondgeluid.
- 7.1.5 In een van de voor de cliënt toegankelijke ruimtes is ten minste één telefoontoestel aanwezig voorzien van extra akoestische versterking.

### **7.2 Apparatuur**

Het bedrijf beschikt over de apparatuur en instrumenten die nodig zijn om op vakkundige wijze audicienzorg te verlenen.

### **7.3 Voorraad- en middelenbeheer**

- 7.3.1 Het bedrijf beschikt over geschikte opslagfaciliteiten en methoden van opslag, behandeling en schoonmaak voor de bewaring van artikelen (zoals hoortoestellen, hulpmiddelen en oorstukjes) zodat beschadiging en kwaliteitsverlies worden voorkomen.
- 7.3.2 Het bedrijf beschikt over een regeling waardoor de vereiste hoortoestellen en hulpmiddelen tijdig, in relatie tot gemaakte afspraken met de cliënt, beschikbaar zijn voor de cliënt.
- 7.3.3 Het bedrijf beschikt over een regeling waardoor de voor de cliënt benodigde middelen en materialen worden geregistreerd en verantwoord.
- 7.3.4 Logistiek en opslag zijn zodanig, dat verwisseling wordt voorkomen.

### **7.4 Onderhoud**

- 7.4.1 Het bedrijf beschikt over een onderhoudsplan voor ruimtes, relevante installaties (bijvoorbeeld verlichting, verwarming) en apparatuur.
- 7.4.2 Het bedrijf treft maatregelen ter voorkoming van storingen en defecten in de apparatuur en tot herstel van mogelijke storingen en defecten; storingen aan apparatuur worden per apparaat vastgelegd.
- 7.4.3 Het bedrijf draagt zorg voor een periodieke en systematische controle en kalibratie van meetapparatuur op basis van vereiste nauwkeurigheden en toleranties volgens leveranciersspecificaties en in relatie tot de gebruiksdoelstelling.
- 7.4.4 Afspraken met leveranciers en/of derden voor de uitvoering van onderhoud, reparaties en kalibraties zijn schriftelijk vastgelegd.

### **7.5 Calamiteiten**

- 7.5.1 Het bedrijf beschikt over een actueel calamiteitenplan waarin maatregelen zijn vastgelegd ter voorkoming van brand en inbraak én maatregelen die worden getroffen in geval van brand of inbraak.
- 7.5.2 Het bedrijf beschikt over een adequate back up procedure voor geautomatiseerde systemen ter voorkoming van schade aan en verlies van informatiebestanden.

## **8 Diensten door derden**

*Vanuit het ondernemingsbeleid en (als onderdeel daarvan) het kwaliteitssysteem worden eisen gesteld aan leveranciers en aan de van hun betrokken producten en diensten. Bewaakt wordt of aan die eisen wordt voldaan en zo nodig worden corrigerende maatregelen getroffen.*

### **8.1 Leveranciersbeoordeling**

- 8.1.1 Het bedrijf waarborgt dat goederen en diensten worden betrokken van betrouwbare leveranciers. Hiervoor worden criteria gehanteerd.
- 8.1.2 Het bedrijf beoordeelt periodiek de leveranciers op basis van de vastgelegde criteria.

### **8.2 Inkoopspecificaties**

In te kopen diensten en producten die de kwaliteit van de uit te voeren werkzaamheden rechtstreeks beïnvloeden worden ingekocht in overeenstemming met tevoren voor die diensten en producten vastgelegde specificaties.

### **8.3 Ingangscontrolle**

Het bedrijf houdt toezicht op de juistheid en hoeveelheid van door derden geleverde goederen en diensten. Geregistreerd wordt in wiens opdracht en ten behoeve van wie goederen en diensten worden besteld.

## **9 Documenten**

*De term 'documenten' wordt ook gehanteerd voor elektronische bestanden. Voor alle relevante documenten dient een beheersysteem te worden gehanteerd dat duidelijkheid schept over het ontstaan en de autorisatie van die documenten, het aanbrengen van wijzigingen erin, het bewaren en vervallen verklaren ervan én de verspreiding, of het verstrekken van inzage. Tot de relevante documenten behoren de beschrijving van procedures en werkinstructies en de vastlegging van uitgevoerde acties. Deze vastlegging, de 'kwaliteitsregistraties' omvatten, controles, correcties en corrigerende maatregelen, klachten, toetsingen, beoordelingen, alsook audits en beoordelingen door het management. De cliëntstatus (het klantendossier of zorgdossier) hoort hieronder eveneens: extra zorgvuldigheid is hierbij geboden vanuit een oogpunt van privacy: aan de cliënt gekoppelde gegevens zijn altijd voor de cliënt-zelf, indien hij of zij daarom vraagt, toegankelijk én de inhoud ervan wordt slechts ingezien door degenen die de dienstverlening voor de betrokken cliënt daadwerkelijk uitvoert of uitvoeren. Gegevens uit het dossier worden niet zonder uitdrukkelijke toestemming van de cliënt gebruikt*

*voor andere doelen dan voor de directe dienstverlening. Deze 'privacygaranties' zijn nader beschreven in eis 2.6.1. en 4.6.*

### **9.1 Beheer van documenten**

- 9.1.1 Het bedrijf draagt zorg voor een adequaat beheer van documenten die deel uitmaken van het kwaliteitssysteem (zoals protocollen, procedures, instructies en cliëntgebonden documenten).
- 9.1.2 Voor de beheersing van documenten is vastgelegd:
  - a. de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor het aanmaken en wijzigen van documenten;
  - b. het omgaan met vervallen documenten (intrekking, bewaartermijn en vernietiging);
  - c. het omgaan met kopieën en externe documenten.

### **9.2 Beschikbaarheid van documenten**

De voor het kwaliteitssysteem essentiële documenten dienen toegankelijk en beschikbaar te zijn voor de medewerker die ervan gebruik dient te maken (het juiste document en de juiste versie hiervan)

### **9.3 Kwaliteitsregistraties**

- 9.3.1 Het bedrijf draagt zorg voor een adequaat beheer van registraties om aan te tonen dat het kwaliteitssysteem doeltreffend werkt. Hierop is de beheerprocedure van toepassing.
- 9.3.2 Vastgelegd is voor wie de gegevens wel en niet toegankelijk zijn, conform wettelijke voorschriften m.b.t. privacy, inzagerecht en persoonsregistratie.

---

## Deel 3. Richtlijnen en voorbeelden

### **1 RICHTLIJNEN TER UITVOERING VAN DE KWALITEITSEISEN AAN DE VAKUITOEFENING**

#### **Toelichting**

De in dit hoofdstuk opgenomen richtlijnen en voorbeelden beschrijven een adequate methode om conform de kwaliteitseisen aan de vakuitoefening te handelen. Afwijken van deze richtlijnen is toegestaan, mits aantoonbaar is dat de gevolgde afwijkende methode eveneens een adequate uitvoering van de gestelde kwaliteitseis oplevert.

De op de volgende pagina's opgenomen richtlijnen volgen de nummering van de kwaliteitseisen.

Intake indicatie						Uitvoering	Nazorg
Cliëntgegevens	voorschrift	zorgvraag	revalidatieplan	evaluatie	toestemming		
Verantwoordelijkheid		Uitvoering				AM	
		Eindverantwoordelijkheid				AM	
Beoogd resultaat		Het zorgdossier (in de branche ook wel de 'cliëntkaart' genoemd) is in overleg met de cliënt aangemaakt en volledig ingevuld met de juiste cliëntgegevens					
Procesbeschrijving		Algemeen: De cliënt betrekken bij het opnemen van de cliëntgegevens. Zijn de juiste gegevens niet beschikbaar dan wordt er afgesproken wie wat uitzoekt en wanneer de gegevens aangeleverd worden. Wanneer een cliënt onverhoopt de afspraak niet nakomt dan signaleert de AM dit. AM draagt zorg voor volledigheid					
Deelhandelingen		<p>Kennismaking met de cliënt</p> <p>In overleg met de cliënt de volgende gegevens invullen:                      Naam, voorletters, adres, postcode, geslacht, geboortedatum                      Naam voorschrijvend arts, datum voorschrift                      Naam zorgverzekeraar, inschrijfnummer, ziekenfonds/ particulier en mogelijke aanvullende verzekering (bij voorkeur vanaf de zorgpas)</p> <p>In overleg met de cliënt bepalen of deze al dan niet geïndiceerd aan huis bezocht wordt of in de audicienvestiging komt</p> <p>Laat de cliënt de gegevens bevestigen</p> <p>Maak afspraken over de ontbrekende gegevens</p> <p>Controleer of de gegevens die de cliënt zou aanleveren binnen zijn</p> <p>Zo niet: vraag de gegevens bij de cliënt op, met uitleg over noodzaak</p> <p>Het zorgdossier of de cliëntkaart is compleet m.b.t. bovenstaande gegevens</p> <p>Informeert de cliënt over de vervolgstappen. Direct of nieuwe afspraak</p>					
Methoden		<p>Voorgedrukt of voorgeprogrammeerd dossier of 'cliëntkaart' als checklist</p> <p>Takenlijst AM</p> <p>Gerichte cliëntopvolging via (elektronisch) dossier</p>					
Materiaal/apparatuur		<p>Dossier of 'cliëntkaart'</p> <p>Elektronisch dossier</p>					
Kennis/vaardigheden		<p>Kennis van de procedure</p> <p>Kunnen omgaan met het elektronische dossier</p> <p>Bejegening</p>					
Controle		<p>Controle op volledigheid via taaklijst of signaallijst computer</p> <p>Via % niet gerechtigde declaraties of andere misverstanden die voortkomen uit een onjuiste of incomplete opname van cliëntgegevens</p>					
Bijzondere aandachtspunten		<p>Bejegening cliënt: respect/beleefdheid/vertrouwen/begrip (zie instructie)</p> <p>Werkwijze vastleggen in een handleiding die van commentaar kan worden voorzien</p> <p>Informeren naar reden van bezoek</p>					

Intake indicatie						Uitvoering	Nazorg
Cliënt-gegevens	Voorschrift	zorg- vraag	revalidatie plan	evaluatie	toestem- ming		
Verantwoordelijkheid		Uitvoering				AM	
		Eindverantwoordelijkheid				A	
Beoogd resultaat		Nagaan of het voorschrift volledig is					
Algemene procesbeschrijving		Het voorschrift vormt de basis voor het opstarten van de behandeling					
Deelhandelingen		<p>Controleer of het voorschrift aan de volgende eisen voldoet:  het voorschrift bevat de gebruikelijke audiometrische gegevens en/of bijlagen  de minimale gegevens betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicatie tot het hoortoestel en zijde van aanpassing (mono/bi)</li> </ul> <p>audiometrie: toonaudiogram (lucht- en beengeleiding), ucl-meting, spraakaudiogram  voor de aanpassing van belang zijnde medische gegevens  Wanneer het voorschrift niet aan de eisen voldoet overleg dan met de A of AA over eventueel te ondernemen acties  Lever het complete voorschrift af aan de A of AA</p>					
Methoden		Cliëntkaart of EPD als checklist					
Materiaal/apparatuur		Computer					
Kennis/vaardigheden		Kennis van de gebruikelijke receptuur Kunnen omgaan met het elektronisch dossier					
Controle		Controle op volledigheid Indirect: via % niet gerechtigde declaraties					
Bijzondere aandachtspunten		Let op: Een onvolledig voorschrift kan leiden tot onnodige vertragingen bij intake, declareren etc. Loop daarom het voorschrift zorgvuldig na Let op lokale en/of regionale afspraken tussen voorschrijvers en audiciens					

Intake indicatie						Uitvoering	Nazorg
Cliëntgegevens	voorschrift	Zorgvraag	revalidatie plan	evaluatie	toestemming		
Verantwoordelijkheid		Uitvoering				A	
		Eindverantwoordelijkheid				A	
Beoogd resultaat		Kennismaking van cliënt en audicien. Nagaan of er tussentijds wijzigingen zijn die dienen te leiden tot een ander voorschrift. Adequate vaststelling van de zorgvraag aan de hand van het voorschrift in overleg met cliënt. Alle informatie is beschikbaar, gehoorverbeterdoelen zijn vastgesteld en acties zijn bepaald om het revalidatieplan op te stellen. De cliënt voelt zich geholpen en heeft vertrouwen in de audicien en weet wat de vervolgstap is					
Algemene procesbeschrijving		Interpreteren advies voorschrijver, verifiëren (on)mogelijkheden en toepasbaarheidsverschillen en controleren mogelijk tussentijdse wijzigingen. De cliëntwensen meenemen binnen de reikwijdte van het voorschrift en de technische mogelijkheden. De gehoorverbeterdoelen vaststellen en de behandelacties bepalen. De cliënt is globaal geïnformeerd over de vervolgstappen					
Deelhandelingen		<p>Kennismaken met cliënt</p> <p>Beoordeling voorschrift, audiometrische gegevens, (contra-) indicaties en toetsing aan wettelijke- of andere bepalingen</p> <p>Voor zover nodig in aanvulling op de door de voorschrijver verstrekte gegevens:</p> <p>Inventariseren van audiologische aspecten , zoals:</p> <p>Aanleiding voor komst: eigen initiatief/omgeving?</p> <p>Hoe lang al slechthorend?</p> <p>Eerdere acties en ervaringen?</p> <p>Mogelijke oorzaak slechthorendheid volgens cliënt</p> <p>Is er sprake van oorsuizen en in welke mate?</p> <p>Allergieën, gebruik oorzalven</p> <p>Aanduiding specifieke problemen: thuis/werk</p> <p>Het voorschrift heeft door de duur tussen de afgifte en het eerste bezoek aan de audicien aan waarheidsgehalte niet verloren</p> <p>Wat weet cliënt reeds van gehoortoestellen?</p> <p>Ziet hij op tegen het gebruik ervan?</p> <p>Inventarisatie wensen cliënt: cosmetisch, bediening, vergoeding en mogelijke eigen bijdrage in relatie tot prijs en kwaliteit</p> <p>Bespreekbaar maken van conflicten tussen door de cliënt gewenste uitvoering en de uitvoering die om audiologische, pathologische en/of anatomische redenen wenselijk/mogelijk is en consequenties van vooraf waarschijnlijke misaanpassingen bespreken</p> <p>Gehoortverbeterdoelen vaststellen en bepalen onder welke omstandigheden het resultaat haalbaar is, rekening houdend met de mogelijkheid oorsuizen te maskeren door middel van een hoortoestel. (Hierbij relatie leggen tussen type apparaat en type cliënt)</p> <p>Houd bij de planning rekening met de aanschaf van apparatuur (levertijden), hulpmiddelen en doorlooptijd bij laboratoria</p> <p>Bepaal welke acties uitgevoerd moeten worden voorafgaand en tijdens</p>					

	<p>de proefperiode. (Denk aan instructie, bediening en ondersteuning)                  Ga na in hoeverre hier derden bij betrokken worden                  Noteren van aanvullende gegevens op cliëntkaart of EPD                  Cliënt informeren/voorlichten over:                  Globale gang van zaken vervolg + afspraken                  Samenvatten en cliënt erop attenderen dat hij bij vragen altijd contact kan opnemen</p>
Methoden	<p>Standaarden van cliëntgeoriënteerde interactieve methoden, waaronder bijvoorbeeld Cosi (Cliënt Oriented Scale of Improvement)</p>
Materiaal/apparatuur	<p>Goede ruimtelijke voorzieningen (privacy, persoonlijk consult)                  Toereikende en adequate apparatuur<sup>6</sup></p>
Kennis/vaardigheden	<p>Gespreksvoering: kennismaken, diagnose, luisteren, adviseren, voorlichten. Aandacht voor keuzeprocessen en zelfverantwoordelijkheid                  Het vermogen om de zorgvraag te operationaliseren in technische specificaties en behandelacties te bepalen</p>
Controle	<p>Check op consistentie: uitkomsten onderzoek in relatie tot voorschrift                  Volledigheid intake: afvinken op cliëntkaart</p>
Bijzondere aandachtspunten	<p>Een goede inventarisatie is wezenlijk. Bij verschillen tussen inventarisatie en voorschrift feiten verzamelen voor overleg met voorschrijver                  Methoden: denk ook aan eigen (afgeleide) methode van cliëntgeoriënteerde interactie                  Voorkom onnodige herhaling van verrichtingen die al door de voorschrijver zijn gedaan:                  Maak hierover afspraken in het lokale overleg tussen voorschrijvers en audiciens                  Streef ernaar dat cliëntgeoriënteerde interactieve methoden van onderzoek in een zo vroeg mogelijk stadium van de behandeling worden verricht, zo mogelijk al door de voorschrijver.</p>

<sup>6</sup> Een omschrijving van de noodzakelijke ruimtelijke voorzieningen en van de noodzakelijke apparatuur wordt opgenomen in de nog te schrijven normen voor het audiciensbedrijf (rubriek 7, norm 7.1 – gebouw en ruimten en norm 7.2 – beschikbaarheid van apparatuur). Op één onderdeel kwam de Begeleidingscommissie al tot een uitspraak: hoewel de audiciens zich van een audiometer kan bedienen als hulpmiddel voor de evaluatie van een aanpassing, heeft een audiometer niet te worden gerekend tot de standaarduitrusting van de audiciens; bij de huidige opleiding en taakbeschrijving van de audiciens past in elk geval geen functionele diagnostiek, al dan niet met gebruikmaking van een audiometer.

Intake indicatie						Uitvoering	Na-zorg
Cliënt-gegevens	Voor-schrift	Zorg-vraag	Revalidatieplan		Evaluatie		
			Algemeen	Oor-afdruk			
Verantwoordelijkheid			Uitvoering			AA	
			Eindverantwoordelijkheid			A	
Beoogd resultaat			Een revalidatieplan waaruit blijkt langs welke weg de doelen van de gehoorverbetering bereikt gaan worden				
Algemene procesbeschrijving			Op grond van het inzicht in de zorgvraag, de omstandigheden van de cliënt en het voorgeschreven of te selecteren type hoortoestel (met eventuele hulpmiddelen) komen tot een revalidatieplan/behandelplan				
Deelhandelingen			Behandelplan maken: Benoem en/of maak in overleg met cliënt een voorlopige keuze voor het aan te passen merk en type hoortoestel Bepaal de acties die nodig zijn voor het maken van aanpassingen/wijzigingen en het doen van onderhoud Houd hierbij rekening met (anatomische) beperkingen* Bepaal eventuele testmomenten Ga na of er financiële consequenties zijn en bepaal de acties die uitgevoerd moeten worden Stel planning op voor vervolgbezoeken en actualiseer de afsprakenkaart				
Methoden			Checklist revalidatieplan Verwijzing: protocol oorafdruk maken*				
Materiaal/apparatuur			Geen				
Kennnis/vaardigheden			Het vermogen om de zorgvraag te operationaliseren in technische specificaties en in een revalidatieplan afgestemd op de situatie van de cliënt				
Controle			Via evaluatiegesprek				
Bijzondere aandachtspunten			Geef het behandeltraject zo mogelijk weer en specificeer de rol die de cliënt hierin heeft Hanteer bij de selectie van het hoortoestel beginselen van proportionaliteit: overweeg eerst of de goedkoopste en/of minst gecompliceerde toestellen kunnen leiden tot een adequate aanpassing en een tevreden cliënt				

Intake indicatie						Uitvoering	Na-zorg
Cliënt-gegevens	Voor-schrift	Zorg-vraag	Revalidatieplan		Evaluatie		
			Algemeen	Oorafdruk 7			
Verantwoordelijkheid			Uitvoering			AM mits hiertoe gecertificeerd <sup>8</sup>	
			Eindverantwoordelijkheid			A	
Beoogd resultaat			Een exacte kopie van de uitwendige gehoorgang en de conchaholte op basis waarvan een passend oorstukje gemaakt kan worden				
Algemene procesbeschrijving			Het maken van eenafdruk van de uitwendige gehoorgang en de conchaholte van het oor, waarbij gelet wordt op de anatomie en de conditie van het oor.				
Deelhandelingen			Bepaal vooraf op basis van de anamnese of er kritieke aspecten zijn bij het maken van een oorafdruk Leg de cliënt uit hoe de afdruk gemaakt wordt Controleer het oor Maak de afdruk Verwijder de afdruk Controleer het oor op restanten van het afdruk materiaal Controleer opnieuw de conditie van de gehoorgang Bereid vervolgacties voor: maak afspraak met cliënt over het aanmeten van het oorstukje en geef opdracht voor het vervaardigen van het oorstukje				
Methoden			Spuitmethode met condensatie of additie siliconenmateriaal spuilmethode door middel van "kant-en-klaar-pistool" met additie siliconenmateriaal				
Materiaal/apparatuur			otoscoop of eventueel video-otoscoop lichtstaaf ooraafdruk watjes siliconenmateriaal (condensatie/additie) afdrukspuit desinfectiematerialen				
Kennis/vaardigheden			Minimaal: "certificaat ooraafdruk maken" Kennis van hygiëne en veiligheid <sup>9</sup>				
Controle			Voor het versturen ervan de afdruk of afdrukken controleren op Compleetheit van de afdruk Vormvastheid van de afdruk Eventuele oneffenheden: oneffenheden dienen te worden				

<sup>7</sup> de aanvullingen zijn ontleend aan een bijdrage van Petra Spigt

<sup>8</sup> ook de AA of de A die een ooraafdruk maakt dient hiertoe te zijn gecertificeerd: NVAB zal hiervoor een specifieke cursus laten opzetten; die cursus kan afzonderlijk worden gevolgd en zal in de toekomst eveneens onderdeel uitmaken van de opleiding tot (assistent-)audicien; weliswaar maakt dit onderdeel ook nu al deel uit van de opleiding tot audicien, maar de praktijk gebiedt te zeggen, dat op dit vlak een aanzienlijke bij- en nascholingsinspanning noodzakelijk is.

<sup>9</sup> Het onderwerp hygiëne komt nader aan de orde onder rubriek 4 van het certificatieschema voor audiciensbedrijven (norm 4,2), terwijl elders de eis zal worden geformuleerd dat instructies ten aanzien hiervan ook op de relevante werkplekken aanwezig dienen te zijn.

	vermeld!
Bijzondere aandachtspunten	Oog hebben voor mogelijke complicaties die zich op basis van de anamnese kunnen voordoen bij het maken van een oorafdruk, met name bij zogenaamde operatie-oren.

Intake indicatie						Uitvoering	Na-zorg
Cliëntgegevens	Voorschrift	zorg-vraag	Revalidatie-plan	evaluatie	Toe-stemming		
Verantwoordelijkheid		Uitvoering			A		
		Eindverantwoordelijkheid			A		
Beoogd resultaat		Het definitieve revalidatieplan is beschikbaar en een voorlopige hoortoestelkeuze (met eventuele hulpmiddelen) is gemaakt zodat dit met de cliënt overlegd kan worden					
Algemene procesbeschrijving		De audicien beschikt over alle benodigde informatie om het behandelplan op consistentie en volledigheid te kunnen toetsen. Op basis van voorschrift en informatie uit de zorgvraag wordt een voorlopige hoortoestel- en eventuele hulpmiddelenkeuze gemaakt					
Deelhandelingen		<p>Nadat het voorlopige behandelplan is opgesteld, de toetsing uitvoeren op:</p> <p>Voorschrift Gespreksinformatie Mogelijke beperkingen</p> <p>Nagaan of geplande uitvoeringshandelingen in overeenstemming zijn met het voorschrift en de wens van de cliënt</p> <p>De voorliggende informatie leidt tot een of meerdere keuzes van hoortoestellen (voorschrift afhankelijk). Vaststellen welk(e) hoortoestel(len) de beste oplossing bied(t)(en) voor het geconstateerde gehoorverlies</p> <p>Bij de bepaling van de keuze spelen een rol; de receptuur van de voorschrijver, de cliëntgebruikerswens, de contractafpraak met de zorgverzekeraar, de prijs-kwaliteitverhouding van het hoortoestel</p> <p>Indien naast het hoortoestel ook andere hulpmiddelen nodig zijn, kan dit van invloed zijn op de keuze van het (de) hoortoestel(len)</p>					
Methoden		Standaardmethode					
Materiaal/apparatuur		Hoortoestel/hulpmiddelen documentatie Prijsdocumentatie					
Kennis/vaardigheden		<p>Kennis van eigenschappen hoortoestellen en andere hulpmiddelen</p> <p>Kennis van contractvormen zorgverzekeraars</p> <p>Kunnen interpreteren van bevindingen voor de keuze van hoortoestel</p>					
Controle		<p>Checklist evaluatie revalidatie</p> <p>Juiste informatie beschikbaar voor inkoop</p>					
Bijzondere aandachtspunten		Bereid het toestemmingsgesprek op een dusdanige wijze voor,					

	dat de cliënt zicht krijgt op de gemaakte afwegingen en in kan stemmen met het voorgestelde revalidatieplan/behandelplan
--	--

Intake indicatie						Uitvoering	Na-zorg
Cliëntgegevens	Voorschrift	zorg-vraag	revalidatie-plan	evaluatie	Toe-stemming		
Verantwoordelijkheid		Uitvoering			AM		
		Eindverantwoordelijkheid			A		
Beoogd resultaat		De cliënt stemt in met het vastgestelde revalidatieplan					
Algemene procesbeschrijving		Nadat het revalidatieplan is vastgesteld worden de stappen met de cliënt doorgenomen met als doel de cliënt te helpen een weloverwogen besluit over het plan te kunnen nemen					
Deelhandelingen		<p>De vereiste documentatie is beschikbaar en een afspraak met de cliënt is gemaakt</p> <p>Toelichting geven aan de cliënt over de stappen van het revalidatieplan (in algemene termen)</p> <p>Controleren of de cliënt het plan begrepen heeft en/of op onderdelen een nadere toelichting gewenst is. Dit betreft de uitvoeringshandelingen met bijbehorend tijdsplan en de financiële consequenties (vergoedingen en eigen bijdrage)</p> <p>Opmerkingen van de cliënt vastleggen voor zover zij van invloed/aanvullend kunnen zijn op onderdelen van het plan</p> <p>In overleg met de cliënt het revalidatieplan vaststellen en vastleggen op een formulier</p> <p>Cliënt informeren dat afspraak met betrekking tot eerste bezoek proefperiode gemaakt wordt zodra het bestelde ontvangen is</p>					
Methoden		Standaardmethode voor vastlegging					
Materiaal/apparatuur		Overeenkomstformulier Afsprakenkaart Cliëntkaart					
Kennis/vaardigheden		Gespreksvoering					
Controle		Volledigheid overdracht van informatie					
Bijzondere aandachtspunten		Informeert de cliënt over het verbetertraject. Geef dit traject zo realistisch mogelijk weer en maak duidelijk welke rol de cliënt hier zelf in heeft					

Intake indicatie	Uitvoering					Nazorg
	Proefperiode			Verslag- legging	Afhandeling cliëntdossier	
	administratief/ inkoop	aanpassing	Be- oordeling			
Verantwoordelijkheid	Uitvoering		AM			
	Eindverantwoordelijk		AA			
Beoogd resultaat	Op basis van het evaluatieplan ter beschikking krijgen van gegevens en middelen voor de uitvoering van de proefperiode					
Procesbeschrijving	Voor de aanvang van de aanpassing wordt zorggedragen dat alle middelen besteld zijn en tijdig geleverd worden. Het maken van het oorstukje is uitbesteed aan het laboratorium.					
Handelingen	<p>Bestellen van het hoortoestel en eventuele accessoires. Merk en type van hulpmiddel(en) zijn in het behandelplan aangegeven.</p> <p>Bijbehorende administratieve handelingen (inkoop en cliëntdossier) uitvoeren</p> <p>Levertermijn(en) vastleggen</p> <p>Toezicht houden op gemaakte afspraken over leveringen</p> <p>Controleren volledigheid van tijdige leveringen voor cliënt in relatie tot cliëntbezoekafspraak</p> <p>Controleren van ontvangen leveranciers op juistheid en volledigheid en gereedzetten van leveranciers per cliënt</p> <p>Na ontvangst van het oorstukje controleren of dit conform bestelspecificatie is</p> <p>Afspraak maken met cliënt voor eerste bezoek in aanpassingsperiode</p>					
Methoden	Inkoopprocedure					
Materiaal/apparatuur	Beheersysteem voor ontvangen hulpmiddelen voor cliënten					
Kennis/vaardigheden	Kennis van merken, typen en optionele extra's Kennis van inkoopprocedure					
Controle	Controle op juistheid en volledigheid product voor cliënt Controle op eventuele extra faciliteiten oorstukje (bijvoorbeeld een handgreep voor inzetten en uithalen)					
Bijzondere aandachtspunten	Bestellingen zullen, in verband met specifieke elementen (denk aan miho's), bij voorkeur door de persoon uitgevoerd worden die de intake heeft gedaan					

Intake indicatie	Uitvoering					Nazorg
	Proefperiode			Verslag-legging	Afhandeling cliëntdossier	
	administratief/ inkoop	Aan-passing	beoordeling			
Verantwoordelijkheid	Uitvoering				AA	
	Eindverantwoordelijk				A	
Beoogd resultaat	Meest geëigende hoortoestel is geselecteerd, ingesteld en aan cliënt geïnstrueerd					
Procesbeschrijving	De cliënt komt (wordt bezocht) voor het aanpassen van een proefhoortoestel, dat zoveel mogelijk op de persoonlijke situatie wordt ingesteld en krijgt instructies voor het gebruik. Voor een goede afstelling worden controles afgesproken, die een aantal malen kunnen worden herhaald: het meest geschikte hoortoestel voor de cliënt wordt geselecteerd, het oorstukje optimaal passend gemaakt (qua vorm, ventilatie) en de instellingen geoptimaliseerd					
Deelhandelingen	<p>Pakken van de juiste gereserveerde artikelen (oorstukje en hoortoestel(len))</p> <p>Toelichten stappen in de proefperiode</p> <p>Passen van oorstukje</p> <p>Eventuele nabewerkingen zoals aanpassing aan parallelboring resp. venting, glaslak aanbrengen, polijsten uitvoeren</p> <p>Voor de aanpassing van krachtige toestellen extra aandacht besteden aan de afdichting</p> <p>Verrichten van metingen (screeningsaudiometrie en meten van het spraakverstaan) ter controle en verbetering van de aanpassing en/of noodzakelijk in verband met de specificaties van het toestel</p> <p>Instellen basisinstelling geselecteerd(e) hoortoestel(len)</p> <p>Hoortoestel(len) op het oor aanpassen, in werking stellen</p> <p>Toetsen werking en instellingen aanpassen aan bevindingen cliënt</p> <p>Cliënt bevragen over bevindingen, interpreteren gegevens en selecteren meest geëigende hoortoestel</p> <p>Instrueren cliënt én zich ervan vergewissen dat de client de instructies heeft begrepen: de instructies hebben betrekking op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>werking hoortoestel</li> <li>plaatsen hoortoestel</li> <li>gebruik in proefperiode</li> <li>eventueel werking T-stand en laten horen ringleiding</li> <li>onderhoud en reinigen van hoortoestel en oorstukje</li> <li>Oefenen cliënt met betrekking tot bediening en plaatsing</li> <li>Informeren naar omstandigheden bij gebruik, overleggen met cliënt over gebruik in de proefperiode, attenderen op specifieke problemen (o.a. bijgeluiden, richting)</li> <li>Maken van afspraak voor controle en attenderen op telefonische hulpmogelijkheid</li> <li>Opstellen proefbon</li> </ul>					

	<p>Laten tekenen voor ontvangst hoortoestel op proef</p> <p>Bijwerken administratie: (ECD) en administratie hoortoestellen</p> <p>Voor test gebruikte hoortoestellen terugbrengen in oorspronkelijke staat (instelling), meetopstelling opbergen en aanpasruimte op orde brengen</p> <p>Bij controle afspraak gestructureerd informeren naar ervaringen proefperiode met cliënt</p> <p>Eventueel naar aanleiding van proefperiode uitvoeren van tests, zoals:</p> <p>spraakaudiogram met toestel in het vrije veld</p> <p>richtingsgevoeligheid van het gehoor</p> <p>kwaliteit van gehele gehoorsysteem met computer (functional gain of insertion gain)</p> <p>Zo nodig aanbrengen van wijzigingen:</p> <p>aanpassen oorstukje (N.B. Attent zijn op irritaties, overgevoeligheid)</p> <p>instelling hoortoestel of ander hoortoestel</p> <p>Zo nodig overleg met voorschrijver in verband met wijzigingen en afspraken vastleggen</p> <p>Controleren wijze van plaatsing en wijze van bediening door cliënt</p> <p>Maken van afspraak voor volgende controle</p> <p>Bijwerken administratie: (EKD) en administratie hoortoestellen</p> <p>Inventariseren van restproblematiek (in verband met telefoon, ringleiding, infrarood, wek- en waarschuwingssignalering, e.d.) en bespreekbaar maken met cliënt en voorschrijver</p> <p>Gebruikte hoortoestellen in oorspronkelijke staat terugbrengen, opbergen meetopstelling en aanpasruimte op orde brengen</p>
Methoden	Standaardmethode voor hoortoestelaanpassingen (zie richtlijn vanuit opleiding en leverancier van hoortoestellen)
Materiaal/apparatuur	Boor-, frees- en polijstapparatuur Meetapparatuur Computer
Kennis/vaardigheden	Kennis van procedure Vaardigheid bewerken en polijsten van oorstukjes Uitvoeren van metingen (spraakaudiogram, computermetingen) Kunnen interpreteren bevindingen cliënt en meetgegevens voor keuze en instellingen hoortoestel Bejegening
Controle	A draagt ervoor zorg, dat AA zijn of haar bevindingen bespreekt met A A geeft zo nodig nadere instructies, of begeleiding en grijpt zo nodig in.
Bijzondere aandachtspunten	Mate van afwijking in resultaten tussen bezoeken in de proefperiode kan leiden tot herhaling Bij wijziging van voorgesteld hoortoestel dienen de prijsconsequenties met de cliënt worden doorgesproken Oorstukje: let eveneens op cosmetische aspecten

Intake indicatie	Uitvoering					Nazorg
	Proefperiode			Verslag- legging	Afhandeling cliëntdossier	
	administratief / inkoop	aanpassing	Beoorde- ling			
Verantwoordelijkheid	Uitvoering			A		
	Eindverantwoordelijk			A		
Beoogd resultaat	Juiste keuze van een ingesteld hoortoestel voor de cliënt; indien van toepassing is restproblematiek bekend; nazorgelementen zijn geïnventariseerd.					
Procesbeschrijving	Op basis van resultaten proefperiode besluiten tot keuze hoortoestel (of terugverwijzing naar voorschrijver zonder dat hoortoestel gekozen is) en inventariseren van restproblematiek en nazorgaspecten. Resultaten en uitkomsten worden vastgelegd.					
Deelhandelingen	<p>Resultaten proefperiode checken met voorschrift en behandelplan</p> <p>Doornemen resultaten proefperiode (ervaringen en metingen)</p> <p>Concluderen op basis van voorgaande gegevens of doelstellingen gehaald zijn en zo ja besluiten tot keuze</p> <p>Bij afwijkingen die niet door verlenging van de proefperiode kunnen worden opgelost, terugverwijzen naar voorschrijver</p> <p>Bijwerken zorgkaart (of EPD)</p> <p>Verslag van de proefperiode waarbij met name aandacht besteed wordt aan gesignaleerde afwijkingen of omstandigheden in relatie tot voorschrift, gewijzigde toestelkeuze, anatomische of werk/sociale aspecten, restproblematiek</p> <p>Beschrijven van overgebleven restproblematiek</p> <p>Met de cliënt op basis van een checklist nagaan welke nazorgaspecten in zijn situatie van toepassing c.q. van belang zijn en de cliënt informeren over verdere begeleiding, service, onderhouds- en reparatiewerkzaamheden</p> <p>Inventariseer vooraf welke contractuele nazorgverplichtingen er zijn (verzekeraar, garantiebepalingen)</p> <p>Indien het toestel niet definitief wordt, kan de procedure op verschillende punten hervat worden. Zelfs het bijgestelde verwachtingspatroon van de cliënt kan tot een geheel nieuwe keuze leiden</p>					
Methoden	<p>Analysemethoden</p> <p>Hantering van standaardverslagdocumenten (formulieren e.d.)</p>					
Materiaal/apparatuur	<p>Computer</p> <p>Analysemethoden</p> <p>Checklist nazorgaspecten</p>					
Kennis/vaardigheden	<p>Kennis van procedure</p> <p>Bevindingen cliënt en meetgegevens kunnen interpreteren voor keuze hoortoestel en instellingen</p> <p>Schriftelijk rapporteren; diagnose, analyse, samenvatten</p>					

Controle	
Bijzondere aandachtspunten	Indien het toestel niet definitief wordt, kan de procedure op verschillende punten hervat worden. Zelfs het bijgestelde verwachtingspatroon van de cliënt kan tot een geheel nieuwe keuze leiden

Intake indicatie	Uitvoering					Nazorg
	Proefperiode			Verslaglegging	Afhandeling cliëntdossier	
	administratief/ inkoop	aanpassing	Beoordeling			
Verantwoordelijkheid	Uitvoering			AA		
	Eindverantwoordelijk			A		
Beoogd resultaat	Alle informatie uit de proefperiode is beschikbaar voor eindcontrolegesprek van de cliënt met de voorschrijver					
Procesbeschrijving	<p>Het opstellen, controleren en beheren van de noodzakelijke documenten ten behoeve van</p> <p>De voorschrijver met het oog op diens "eindcontrole"</p> <p>De zorgverzekeraar met het oog op machtiging en betaling</p> <p>De audicien met het oog op nazorg én traceerbaarheid van cliëntgegevens, verrichte handelingen, gebleken bijzondere aandachtspunten, verstrekt toestel en instellingen ervan.</p>					
Deelhandelingen	<p>Verzamelen van vastgelegde gegevens over de proefperiode. Dit omvat minimaal de gegevens NAW, voorschrift, keuze merk/type hoortoestel, metingen en hoortoestelinstelling, ervaringen cliënt in gebruik en handling van het hoortoestel (zoals wennen aan bijgeluiden, richtinghoren bij monaurale aanpassing, afstellingen)</p> <p>De benodigde informatie is traceerbaar uit indicatiestelling, behandelplan en beoordeling proefperiode</p> <p>Indien niet reeds aanwezig wordt in afstemming met de cliënt een afspraak gemaakt voor een eindcontrolegesprek bij de voorschrijver</p> <p>Tevens wordt een afspraak gemaakt voor de dossierafhandeling</p>					
Methoden	Hantering van standaardverslagdocumenten (formulieren e.d.)					
Materiaal/apparatuur	Cliëntsysteem					
Kennis/vaardigheden	Kennis van procedure					
Controle	Volledigheid van informatie					
Bijzondere aandachtspunten	<p>Nagaan of de gegevens aan de cliënt worden meegegeven of dat de verslaglegging aan de voorschrijver wordt opgestuurd</p> <p>Let op lokale afspraken (met name over het hanteren van standaarddocumenten en/of de geautomatiseerde uitwisseling van die documenten kunnen lokale afspraken doelmatig zijn)</p> <p>Let op privacyvereisten<sup>10</sup></p>					

<sup>10</sup> Dit onderdeel wordt nader omschreven in het certificatieschema voor audiciensbedrijven in rubriek 4, norm 4.13.

Intake indicatie	Uitvoering					Nazorg
	Proefperiode			Verslag-legging	Afhandeling cliëntdossier	
	administratief/ inkoop	Aan-passing	Be-oordeling			
Verantwoordelijkheid	Uitvoering			AM		
	Eindverantwoordelijk			AM		
Beoogd resultaat	<p>Naspourbaar maken van het uitvoeringsproces ten behoeve van het voldoen aan de voorschriften zorgverzekeraar, de controle op afspraken met de cliënt en voorschrijver. Er zijn met de cliënt duidelijke afspraken gemaakt over de nazorgactiviteiten (begeleiding, instructie, aanpassingen, onderhoud). Minimaal zijn vastgelegd de afspraken voortkomend uit de garantiebepalingen of de contracten. De cliënt weet dat hij naast deze afspraken bij vragen of problemen te allen tijde een beroep kan doen op de audicien. Het dossier is de basis voor het maken van vervolgsafspraken met de cliënt.</p>					
Procesbeschrijving	Afhandeling na het bezoek aan de voorschrijver (eindcontrole)					
Deelhandelingen	<p>De vereiste goedkeuringen zijn beschikbaar (voorschrijver en anderen)</p> <p>De juiste formulieren en lijsten voor de financiële afwikkeling met de betreffende zorgverzekeraar invullen, die nodig zijn als bijlagen bij de declaratie</p> <p>Opstellen van een rekening voor de cliënt voor de eigen bijdrage en die voor de zorgverzekeraar c.q. vergoedende instantie</p> <p>Inventariseer nazorgaspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Schoonmaak/vervanging onderdelen</li> <li>Audiciensotoscopie en gehoormetingen</li> <li>Metingen hoortoestel, herprogrammering</li> <li>Vervolgsafspraken voorschrijver/huisarts</li> </ul> <p>Aandachtspunten voor vervolgsprek: ervaringen dagelijks gebruik in thuissituatie, bedieningsgemak, wijzigingen in persoonlijke omstandigheden, restproblemen en eventuele noodzaak tot herinstructie</p> <p>Leg uit welke nazorgactiviteiten wel en niet vergoed worden en bepaal de keuze van het nazorgprogramma in overleg met de cliënt</p> <p>Leg tijdstip en plaats vervolgspraak vast (afsprakenkaart)</p> <p>De cliënt vragen bij verhuizing adreswijzigingen door te geven.</p> <p>Als informatie van de leverancier over een toestel ontvangen wordt ten aanzien van onvoldoende functioneren, dient het dossier de informatie te bevatten om de cliënt terug te roepen</p>					
Methoden	Handleiding/instructie over vergoedingen en facturatie					
Materiaal/apparatuur	<p>Formulieren/lijsten verzekeraars</p> <p>Factuursysteem</p> <p>Cliëntvolgsysteem</p>					

Kennis/vaardigheden	Kennis van garantie- en (contractuele) nazorgbepalingen Gespreksvoering Adviesvaardigheden: in overleg keuze voor nazorg bepalen
Controle	Voorschrift/behandelplan/verslaglegging controleren t.o.v. facturatie Nazorgaspecten controleren t.o.v. garantie- en contractbepalingen Check op juiste facturatie
Bijzondere aandachtspunten	Let op, mede in het kader van de nazorg, het goed vastleggen van mogelijke aspecten van restproblematiek Indien huisbezoek noodzakelijk is aandacht voor de consequenties voor nazorg

Intake indicatie	Uitvoering	Nazorg		
		Contractueel of incidenteel	Nazorg uitvoering	Cliënt-tevredenheid
Verantwoordelijkheid	Uitvoering	AA		
	Eindverantwoordelijkheid	A		
Beoogd resultaat	De afspraken die voortkomen uit de garantiebepalingen of de contracten zijn vastgelegd en de cliënt is hierover geïnformeerd. De cliënt is op de hoogte van het nazorgaanbod van de audicien			
Algemene procesbeschrijving	Nagaan welke nazorgacties minimaal uitgevoerd moeten worden en met de cliënt doornemen welke behoefte hij heeft aan extra nazorg			
Deelhandelingen	<p>Loop na welke minimaal noodzakelijke informatie vanuit de verzekeraar en leverancier vereist is:</p> <p>Algemene eisen van verzekeraar met minimeisen: vermelding partijen, looptijd contract, diensten m.b.t. onderhoud en reparatie, prijsstellingen en additionele vergoedingen</p> <p>Betalingseisen vanuit verzekeraar</p> <p>Garanties leveranciers</p> <p>Stel vast welke incidentele diensten nuttig kunnen zijn voor de cliënt en in hoeverre deze hier gebruik van wil maken</p> <p>Informeer de cliënt over de financiële consequenties</p> <p>Leg wensen en cliëntafspraken vast</p> <p>Leg tijdstip en plaats vervolgspraak vast (afsprakenkaart)</p>			
Methoden	Checklist nazorg			
Materiaal/apparatuur	Cliëntendossier			
Kennis/vaardigheden	<p>Gespreksvoering: diagnose, luisteren, adviseren, voorlichten</p> <p>Adviesvaardigheden: in overleg keuze voor nazorg bepalen</p>			
Controle	<p>Vervolgspraken naar tijd en plaats (b.v. huisbezoek) vastgelegd</p> <p>Controleer of afspraken duidelijk zijn</p>			
Bijzondere aandachtspunten	De verstrekte nazorginformatie dient goed afgestemd te worden met de verwachtingen die de cliënt heeft.			

Intake indicatie	Uitvoering	Nazorg			
		Contractueel of incidenteel	Nazorg uitvoering		Cliënt- tevredenheid
			Normaal	Recall	
Verantwoordelijkheid	Uitvoering	AA			
	Eindverantwoordelijkheid	A			
Beoogd resultaat	Het opvolgen van nazorgafspraken en het realiseren van de afgesproken nazorgactiviteiten ten behoeve van een optimaal gebruik en naar tevredenheid van de cliënt				
Algemene procesbeschrijving	Opvolgen van overeengekomen nazorgacties en het uitvoeren van werkzaamheden zoals begeleiding, instructie, aanpassen, onderhoud				
Deelhandelingen	<p>Nazorg verrichten voorzover nodig, ten aanzien van:</p> <p>Begeleiding: uitleg werking, plaatsen, adviseren, bemiddelen, onderzoeken klachten</p> <p>Voorzienbare noodzakelijkheden m.b.t. schoonmaak, klein onderhoud en reparaties</p> <p>Audiciensotoscopie</p> <p>Metingen aan hoortoestel</p> <p>Spraakaudiometrie in het vrije veld</p> <p>Reparaties laten verrichten</p> <p>Cliënt begeleiden bij het maken van (vervolg)afspraken voorschrijver/huisarts</p> <p>Aandachtspunten gesprek: ervaringen dagelijks gebruik in thussituatie, bedieningsgemak, wijzigingen in persoonlijke omstandigheden, restproblemen en eventuele noodzaak tot herinstructie</p> <p>Naast vervolgsafspraken kan nazorg verleend worden door spreekuren, huisbezoeken, themaweken, telefonisch informatienummer</p> <p>Leg tijdstip en plaats vervolgspraak vast (afsprakenkaart)</p>				
Methoden	Werkinstructies				
Materiaal/apparatuur	Relatiebeheersysteem				
Kennis/vaardigheden	<p>Gespreksvoering: diagnose, luisteren, adviseren, voorlichten</p> <p>Vaardigheid uitvoeren deelonderzoeken</p> <p>Adviesvaardigheden: in overleg keuze voor nazorg bepalen</p>				
Controle	<p>Zijn alle aspecten nagelopen voor een optimaal gebruik</p> <p>Opvolgingsafspraken naar tijd en plaats (b.v. huisbezoek) vastgelegd</p> <p>Is de cliënt tevreden</p>				
Bijzondere aandachtspunten	De gegevens die voortkomen uit verrichte audiciensotoscopie en –audiometrie, alsmede signalen van de cliënt dienen onder omstandigheden te leiden tot het advies huisarts en/of KNO-arts te raadplegen voor een diagnose				

	De cliënt moet door de nazorg ondersteuning ervaren bij het optimaliseren van zijn hoortoestelgebruik. De cliënt moet de audicien zien als een vertrouwenspersoon die goed toegankelijk is
--	--

Intake indicatie	Uitvoering	Nazorg			
		Contractueel of incidenteel	Nazorg uitvoering		Cliënt- tevredenheid
			Normaal	Recall	
Verantwoordelijkheid	Uitvoering	AA			
	Eindverantwoordelijkheid	A			
Beoogd resultaat	Het tijdig en zorgvuldig terughalen van hoortoestellen waarbij klachten/irritaties (kunnen gaan) optreden of een productie- of afleverfout geconstateerd is				
Algemene procesbeschrijving	De betreffende cliënten worden op de hoogte gesteld van de reden tot recall en de vervolgstappen die plaatsvinden. Probeer de boodschap zo te brengen dat cliënt niet onnodig verontrust wordt				
Deelhandelingen	<p>Ga via het cliëntendossier na welke cliënten over een dergelijk type apparaat beschikken en waarbij zich de klachten kunnen voordoen</p> <p>Maak een script voor telefonische of schriftelijke benadering: Inhoud: reden recall</p> <p>Urgentie en eventuele zaken die direct moeten gebeuren</p> <p>Werkwijze aanpak</p> <p>Ondersteuning vanuit audicien: vervangend apparaat</p> <p>Hoe om te gaan met eventuele kosten of schadeclaims</p> <p>Aandachtspunten voor recallgesprek: in hoeverre had cliënt last van de gesignaleerde problemen, bepalen vervangend apparaat, verzekeringstechnische zaken (schadeloosstelling/passende genoegdoening)</p> <p>Regel de uitvoering van de recall, waarbij rekening gehouden wordt met de doorgang van de reguliere werkzaamheden</p> <p>Leg de uitgevoerde recall vast (serviceformulier) en geef aan wat de vervolgstapen zijn</p>				
Methoden	Checklist recall				
Materiaal/apparatuur	Relatiebeheersysteem				
Kennis/vaardigheden	<p>Gespreksvoering: diagnose, luisteren, adviseren, voorlichten</p> <p>Kennis van aansprakelijkheidsbepalingen</p> <p>Adviesvaardigheden: in overleg nieuwe keuze bepalen</p>				
Controle	<p>Volledigheid (alle aspecten nagelopen): afvinken op checklist</p> <p>Opvolgingsafspraken naar tijd en plaats (b.v. huisbezoek) vastgelegd</p>				
Bijzondere aandachtspunten	De cliënt moet de recall opvatten als een positieve actie van de audicien: hij controleert zijn dienstverlening ook na levering. De cliënt moet de recall als goede nazorg ervaren: de audicien die zijn dienstverlening checkt ook ná levering				

Intake indicatie	Uitvoering	Nazorg		
		Contractueel of incidenteel	Nazorg uitvoering	Cliënt-tevredenheid
Verantwoordelijkheid	Uitvoering	AA		
	Eindverantwoordelijkheid	A		
Beoogd resultaat	Vaststellen hoe de dienstverlening door de cliënten ervaren en beoordeeld wordt. Op grond van deze resultaten wordt een voorstel voor verbeteracties opgemaakt			
Algemene procesbeschrijving	Periodieke tevredenheidsmeting volgens een van de genoemde methodieken			
Deelhandelingen	Bepaal de periodiciteit, de steekproefgrootte en de methode(n) van het tevredenheidsonderzoek Bereid het onderzoek voor en voer het uit Verwerk en analyseer de resultaten Maak op het grond van de resultaten voorstellen ter verbetering Koppel resultaten intern en eventueel extern terug			
Methoden	Er zijn verschillende vormen van tevredenheidsonderzoek: Alle cliënten periodiek een kaart toesturen met het verzoek aan te geven waarover zij wel/niet tevreden zijn Naast jaarlijkse klachtenanalyse ook nagaan of er klachten zijn geuit bij het regionale NPCF-platform Kwantitatief onderzoek waarbij alle aspecten van dienstverlening worden gemeten: toestel (ervaringen, gebruiksuren, omstandigheden), technische ondersteuning, bejegening, communicatie, deskundigheid, bereikbaarheid etc. Kwalitatief onderzoek met cliëntenpanel en of patiëntenverenigingen. Dit genereert ideeën voor verbetering/bijstellen van de dienstverlening			
Materiaal/apparatuur	Relatiebeheersysteem			
Kennis/vaardigheden	Kennis van onderzoekstechnieken			
Controle	Vergelijk de uitkomsten met voorgaande jaren Kijk of er referentiegetallen zijn op brancheniveau			
Bijzondere aandachtspunten	Aandachtspunten onderzoek: gebruik hoortoestel (uren, omstandigheden, ervaringen), bejegening, bereikbaarheid en informatie/voorlichting			

Bijzondere werkinstructies<sup>11</sup>

Werkinstructie: Bejegening	
Aandachtspunten	Treed de cliënt tegemoet met respect voor zijn eigenheid, zelfstandigheid en persoonlijke sfeer Treed de cliënt tegemoet overeenkomstig gangbare normen voor de tussenmenselijke omgang Treed de cliënt tegemoet op basis van wederzijds vertrouwen en beschaam dit vertrouwen, dat de cliënt op voorhand schenkt, niet Toon je invoelend vermogen in de omgang met de cliënt Trek voldoende tijd uit voor de cliënt en toon oprechte aandacht Zet je deskundigheid maximaal en op het juiste moment in voor de vraag van de cliënt Stel je tactvol op bij pijnlijke of kwetsbare situaties voor de cliënt Houd rekening met specifieke omstandigheden, voorkeuren, etc. van de cliënt Betrek de cliënt c.q. diens begeleider/vertegenwoordiger zoveel als mogelijk is bij de keuze voor en uitvoering van de aanpak/behandeling Kom regels en afspraken na Dring hulp, opvattingen en adviezen niet op aan de cliënt Bescherm de cliënt tegen onnodige angst, teleurstelling e.d.

---

<sup>11</sup> Audicienbedrijven zijn vrij in het bepalen of en hoe men van werkinstructies gebruikmaakt om het doel (geïnformeerde en gedisciplineerde uitvoering van essentiële routines) te bereiken. In het certificatieschema voor bedrijven wordt het hanteren van een werkinstructie slechts als eis gesteld waar dat geëist wordt in het HKZ-schema. Bij wijze "richtlijn" wordt bij een enkel binnen het HKZ-schema sterk benadrukt onderwerp een mogelijke tekst voor een werkinstructie aangereikt.

## **2 RICHTLIJNEN TER UITVOERING VAN DE KWALITEITSEISEN AAN DE BEDRIJFSVOERING**

### **2.1 Toelichting**

### **2.2 Richtlijnen**

---

## Deel 4      Beoordelingswijze

### 1    INLEIDING

De beoordeling, of conform de kwaliteitseisen wordt gehandeld, vindt in beginsel driejaarlijks plaats. In jaren waarin geen (her)beoordeling plaatsvindt wordt een (kortere) controle uitgevoerd.

De (her)beoordeling en de controles houden een beoordeling van documenten in én een onderzoek in het bedrijf. De (her)beoordelingen en controles worden uitgevoerd door een auditteam dat bestaat uit een 'lead assessor' en een materiedeskundige. De Beoordelingscommissie kán besluiten om controles of herbeoordelingen te laten uitvoeren door één auditor.

Het auditteam rapporteert zijn bevindingen schriftelijk aan de geauditeerde organisatie en aan de Beoordelingscommissie. Het rapport is voorzien van een advies tot toekenning, schorsing of intrekking van een kwaliteitsverklaring én geeft en overzicht van de aangetroffen afwijkingen. De Beoordelingscommissie beslist op basis van het rapport en kán zo nodig een nader onderzoek gelasten. Wanneer uit de beoordeling blijkt, dat systematisch conform deze eisen wordt gehandeld, wordt de registratie van de betrokken audicien(s) gehandhaafd en verkrijgt het beoordeelde audicienfiliaal het Keurmerk, 'de Audicien'.

Aangetroffen 'afwijkingen' moeten leiden tot corrigerende maatregelen binnen een bij de beoordeling of controle opgedragen termijn. Die termijn bedraagt zes maanden voor afwijkingen met een (potentieel) afbreukrisico voor cliënten en een jaar voor andere afwijkingen. De uitvoering en het effect van de corrigerende maatregelen worden gecontroleerd.

Afwijkingen die 'systematisch' zijn en leiden tot een zeer direct afbreukrisico (zogenaamde 'kritieke afwijkingen') kunnen, net zoals het nalaten van noodzakelijke corrigerende maatregelen, leiden tot weigering of intrekking van de erkenning én tot schorsing van de registratie van de betrokken audicien. Dit laatste is het geval, wanneer een kritieke afwijking aan de betrokken audicien moet worden toegerekend.

Het audicienfiliaal en / of de betrokken audicien kunnen aan de Stichting Audicienregister op ieder moment verzoeken

om getroffen corrigerende maatregelen te beoordelen en om sancties die eventueel zijn opgelegd in te trekken op basis van die beoordeling.

De (her)beoordelingen en controles zijn gebaseerd op de door de Stichting Audicienregister gestelde eisen en vinden plaats aan de hand van een 'beoordelingsschema'.

## 2 BEOORDELINGSSCHEMA'S

### 2.1 Beoordelingsschema Keurmerk 'De Audicien' (eisen aan de beroepsuitoefening)

TOETSINGSGEGEVENS
Datum bezoek :
Naam onderzoekers:

BEDRIJF	
Naam audiciensbedrijf:	Vestiging:
Naam functionaris :	
Naam functionaris :	
Naam functionaris :	

Registratie
In register opgenomen conform praktijk: Vestiging:
Diploma audicien : beroepsopl. Bij- en nascholing certificaat oorafdruk
Beroepsuitoefening : < twee jaar geleden in periode < twee jaar minimaal 50 aanpassingen
Werkgever (niet audicien) : condities conform : gereg. Audicien / geschikte midd. / onafh. Funct.

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
	<b>CLIËNTDOSSIER (STATUS) OPBOUW</b>			
	Traceerbaarheid alle processtappen duidelijk en inzichtelijk	0	0	Structureel hiaat: niet erkennen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidenteel hiaat</li> <li>• Structureel hiaten</li> </ul>	0 0	0 0	
4.1	Privacy van cliëntdossiers geborgd	0	0	Niet volledig geborgd: corrigeren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maatregelen privacy</li> <li>Toegankelijkheid</li> <li>Geen commercieel gebruik</li> </ul>	0 0	0 0	
	Een dossier; ook bij vervolg-aanpassingen	0	0	Deeldossier niet gerelateerd (herleidbaar): verbeteren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezig</li> <li>• Conform</li> </ul>	0 0	0 0	
	Samenstelling dossier direct voor client ter inzage	0	0	Niet ter inzage: corrigeren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conform</li> </ul>	0	0	
(1, 2, 3)	Volledigheid dossier (status)	0	0	Niet beheerst of structureel hiaat : niet erkennen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle relevante eigen gegevens</li> <li>• Alle verkregen gegevens</li> <li>• Incidenteel hiaat</li> <li>• Structureel hiaat</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	
	(inschrijving, aanpassing, afspraken nazorg)	0	0	

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
<b>EISEN BEROEP</b>				
1	Intake en indicatie			
1.1	Inschrijving clientgegevens	0	0	Tekort is corrigeren
1.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledigheid gegevens personalia, informatie derden</li> <li>• Voorschrift check</li> </ul>	0	0	Niet structureel aanwezig: niet erkennen
1.3	Zorgvraag <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evt. wijzigingen ivm voorschrift</li> <li>• Vaststelling zorgvraag</li> </ul>	0	0	Niet erkennen: - uitvoering door onbevoegde
1.4	Revalidatieplan	0	0	Niet erkennen:
t/m	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Werkwijze conform</li> </ul>	0	0	- Structureel afwezig
1.7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toezicht aanwezig (zonodig)</li> <li>• Eisen en doelstelling in plan</li> <li>• Definitief plan en voorlopige keuze hoortoestel</li> <li>• Instemming cliënt aanwezig</li> <li>• Registratie conform</li> <li>• Maken oorafdruk conform</li> </ul>	0	0	- Werkwijze niet conform - Uitvoering door onbevoegde

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
2	Uitvoering van de aanpassing			
2.1 2.2	<p>Aanpassing/ proefperiode</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dienstverlening; patroon (planning / methodes / communicatie / traceerbaarheid wie, welke acties)</li> <li>• Uitvoering instelling Instructies aan cliënt</li> <li>• Controles afstelling</li> <li>• Registratie tussentijdse wijzigingen en toetsing aan plan</li> <li>• Aanpassing oorstukje (vorm en ventilatie)</li> <li>• Werkwijze aanpassing buiten bedrijf</li> </ul>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Niet erkennen indien structureel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hiaten vastlegging</li> <li>- uitvoering hiaten bij instellingen</li> <li>- hiaten bij gegevens ervaringen cliënt</li> <li>- hiaten bij uitvoeren metingen</li> <li>- hiaten bij verbetervoorstellen</li> <li>- afwijkingen bij getroffen maatregelen n.a.v. bevindingen</li> </ul> <p>Corrigeren bij incidentele afwijkingen</p>
2.3	<p>Beoordeling / Afhandeling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming eventuele restproblematiek</li> <li>• Check en uitvoering eindcontrole</li> <li>• Opstellen documenten voor voorschrijver, zorgverzeke-raar</li> <li>• Regelen documentatie eigen dossier en evt. nazorg</li> </ul>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>Niet erkennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontbreken onderdelen: beoordeling afhandeling nazorg</li> <li>• structureel hiaten vastlegging van onderdelen</li> <li>• beoordeling door onbevoegde</li> </ul>
4	INFRASTRUCTUUR			

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
4.2	Gebouw en ruimte <ul style="list-style-type: none"> <li>Indeling en inrichting conform branche richtlijn</li> <li>Aanpasruimte geschikt voor aanpassingen</li> </ul>	0 0	0 0	Niet geschikt : corrigeren of verbeteren
4.3	Apparatuur <ul style="list-style-type: none"> <li>Apparatuur geschikt en beschikbaar</li> </ul>	0 0	0 0	Niet geschikt: corrigeren of niet erkennen

## 2.2 Beoordelingsschema Certificaat voor filiaalbedrijven (eisen aan de bedrijfsvoering)

TOETSINGSGEGEVENS
Datum bezoek :
Naam onderzoekers:

BEDRIJF
Naam audiciensbedrijf: <span style="float: right;">Vestiging:</span>
Naam functionaris :
Naam functionaris :
Naam functionaris :

Registratie
In register opgenomen conform praktijk: Vestiging:
Diploma audicien : beroepsopl. <span style="margin-left: 100px;">Bij- en nascholing</span> <span style="float: right;">certificaat</span> oorafdruk

Beroepsuitoefening : < twee jaar geleden in periode < twee jaar minimaal 50  
aanpassingen

Werkgever (niet audicien) : condities conform : gereg. Audicien / geschikte midd. / onafh.  
Funct.

ALGEMEEN

Ontwikkeling bij keten (expansie vorig jaar / dit jaar):

**Ontwikkelingen**

Markt

Organisatie / personeel

Middelen

Eis	Omschrijving	Doc*)	Impl	Bevindingen
	<b>DOSSIER (STATUS) OPBOUW</b>			
	Chronologische opbouw	0	0	Structureel hiaat of niet beheerst: niet erkennen
	• Systematische aanpak (in computersysteem of op kaart mappensysteem)	0	0	
	• Uniforme systeemtoepassing in bedrijf	0	0	
	• Incidenteel hiaat	0	0	
	• Structureel hiaten	0	0	
	• Beheerst proces	0	0	

\*) documentatie op het niveau van procesinrichting

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
<b>CONFORMITEIT PROTOCOLLEN</b>				
1.1	Inschrijving clientgegevens <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledigheid gegevens personalia, informatie derden</li> <li>• Voorschrift check</li> <li>• Werkinstructie inschrijving aanwezig</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet conform: verbeteren
1.2 1.3	Zorgvraag en revalidatieplan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Werkwijze conform</li> <li>• Toezicht aanwezig (zodig)</li> <li>• Registratie conform</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet conform: corrigeren
2.1	Aanpassing/ proefperiode <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instructies aanwezig</li> <li>• Afspraken hoortoestel in proefperiode aanwezig</li> <li>• Werkwijze aanpassing buiten bedrijf aanwezig</li> <li>• Registratie tussentijdse wijzigingen en toetsing aan plan</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: corrigeren of verbeteren
2.3	Ketenkwaliteit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming dienstverlening met derden naspeurbaarheid</li> <li>• Onderlinge afstemming in bedrijf naspeurbaar</li> </ul>	0 0 0	0 0 0	Niet aanwezig of conform: corrigeren
2.4	Bereikbaarheid/beschikbaarheid <ul style="list-style-type: none"> <li>• informatie aanwezig</li> </ul>	0 0	0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren

© Stichting Audicienregister – StAr

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
2.5	Bejegening <ul style="list-style-type: none"> <li>• instructie aanwezig</li> <li>• conform</li> </ul>	0 0 0	0 0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
2.6 4.6 7.1	Privacy <ul style="list-style-type: none"> <li>• reglement aanwezig</li> <li>• geheimhouding personeel</li> <li>• clientgegevens borgen</li> <li>• inrichting adequaat</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: corrigeren
4	Beleid en organisatie			
4.1 4.2	Beleid <ul style="list-style-type: none"> <li>• algemeen beleid aanwezig en conform</li> <li>• kwaliteitsbeleid aanwezig en conform</li> <li>• doelstellingen expliciet in jaarplan</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
4.3 5.3	Organisatiestructuur <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisatieschema</li> <li>• taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden aanwezig</li> <li>• delegatie aanwezig</li> <li>• toezicht en evaluatie van delegatie geregeld</li> <li>• delegatie audicienswerkzaamheden conform</li> </ul>	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: corrigeren of verbeteren

Eis	Omschrijving	Doc	Impl	Bevindingen
4.4	Communicatie <ul style="list-style-type: none"> <li>• in- en externe overlegvormen vastgelegd</li> <li>• naspeurbaarheid intern overleg (wo werkoverleg)</li> <li>• voorschrijvers</li> <li>• leveranciers</li> <li>• zorgverzekeraars</li> <li>• klanttevredenheidsonderzoek</li> </ul>	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
4.7	Klachten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registratie</li> <li>• Afwikkeling adequaat</li> <li>• Analyses en acties</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
4.8	Hygiëne <ul style="list-style-type: none"> <li>• Middelen aanwezig</li> <li>• Toepassing personeel</li> <li>• Uitvoering werkomgeving</li> </ul>	0 0 0	0 0 0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
4.9	Veiligheid <ul style="list-style-type: none"> <li>• RIE aanwezig en conform</li> <li>• (bijna) ongevallen registratie en calamiteiten-regeling</li> </ul>	0 0 0	0 0 0	Niet aanwezig: corrigeren

5	Personeel			
5.1	Personeelsmanagement	0	0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
5.2	• regelingen aanwezig (W/S, introductie etc)	0	0	
5.3	• uitvoering functionerings-gesprekken en/ of beoordelingen	0	0	
	• Arbobeleid aanwezig (wo contract arbodienst)	0	0	
	• Opleidingsbeleid en opleidingsplan aanwezig	0	0	
	• Regeling bij- en nascholing	0	0	
	• Begeleiding leerlingen of stagiaires	0	0	
	• Personeelsdossiers conform	0	0	
6	Onderzoek en ontwikkeling			
6.1	Ontwikkelingen	0	0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
6.2	• Bijhouden nieuwe ontwikkelingen op gebieden	0	0	
6.3	• Deelname activiteiten verhoging kwaliteit	0	0	
	• Deelname ontwikkelen protocollen	0	0	
6.4	Ontwerp nieuwe producten	0	0	Niet aanwezig of conform: verbeteren
	• Werkwijze conform	0	0	
	• Uitsluiting indien niet van toepassing	0	0	

7	Fysieke omgeving en materiaal			
7.1, 7.4 en 7.5	Gebouw en ruimte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toegankelijkheid conform</li> <li>• Indeling en inrichting conform branche richtlijn</li> <li>• Aanwezigheid telefoon met extra akoestische versterking</li> <li>• Afspraken onderhoud gebouw / installaties</li> <li>• Calamiteitenplan aanwezig</li> </ul>	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	Niet geschikt : corrigeren of verbeteren
7.2 en 7.4	Apparatuur <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanwezig en geschikt</li> <li>• Onderhoud en kalibratie</li> <li>• Storingenregistratie per apparaat</li> <li>• Afspraken derden aanwezig</li> </ul>	0 0 0 0	0 0 0 0	Niet geschikt of conform : corrigeren of verbeteren
7.3 en 7.5	Middelenbeheer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opslagfaciliteit conform</li> <li>• Methoden opslag, behandeling en schoonmaak voor bewaring artikelen conform</li> <li>• Regeling tijdige beschikbaarheid artikelen</li> <li>• Registratie artikelen conform</li> <li>• Voorkoming verwisseling aanwezig</li> <li>• Back up systeem aanwezig</li> </ul>	0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0	Niet aanwezig of conform: corrigeren of verbeteren

© Stichting Audicienregister – StAr

8	Diensten door derden			
8.1	Leveranciers	0	0	Niet aanwezig of conform: corrigeren of verbeteren
8.2	• Leveranciersselectie aanwezig (criteria)	0	0	
8.3	• Periodieke beoordeling leveranciers	0	0	
	• Inkoopspec's vastgelegd	0	0	
	• Ingangscntrole aanwezig	0	0	
4.5	Kwaliteitssysteem	0	0	Niet volledig of conform: corrigeren of verbeteren
2.2	• Aanwezig handboek	0	0	
9	• Eisen systeem conform (incl noodzakelijke procedures)	0	0	
	• Kwaliteitsplanning aanwezig	0	0	
	• Stat. technieken indien van toepassing	0	0	
	• Interne audits aanwezig en conform	0	0	
	• Directiebeoordeling aanwezig en conform	0	0	
	• Aantoonbaar continue verbetering	0	0	
	• Beheer van documenten (wo externe doc.); wijzigingen, vervallen doc., bewaren	0	0	
	• Volledigheid (protocollen, werkwijzen, instructies)	0	0	
	• Beschikbaarheid voor medewerkers			
	• Registraties (controles, afwijkingen ed); incl toegangsregeling			

### 2.3 Transponeringstabel naar ISO 9001-2000

Organisaties die in het bezit zijn van een ISO 9001-2000-certificaat waarvan de 'scope' het totale kwaliteitsborgingsysteem van de organisatie betreft en waarvan de geldigheidsduur op het moment van een (her)beoordeling of controle door StAr nog één jaar of langer is, worden door StAr op verkorte wijze beoordeeld. De audit van StAr beperkt zich bij deze organisaties tot de branchespecifieke onderdelen en mogelijke andere toevoegingen aan de ISO-eisen in het eisenpakket van StAr.

Onderstaande transponeringstabel vormt hiervoor het uitgangspunt.

Eis StAr	ISO equivalent	
1	7.1	
1.1	7.2 , 7.5 , 8.2	
1.2	7.2 , 7.5 , 8.2	
1.3	7.2 , 7.5 , 8.2	
2		
2.1	7.5 , 8.2	
2.2	7.5 , 8.2	
2.3	?	
2.4	6.3 , 7.2	
2.5	7.2	
2.6	7.2 , 7.5	
3		
3.1	7.2 , 7.5	
3.2	7.2 , 7.5	
3.3	8.2	
4		
4.1	5.1, 5.4	
4.2	5.3, 5.4, 8.5	
4.3	4.1, 5.5, 6.1	
4.4	5.2, 5.5	
4.5	4.2, 5.2, 5.4, 5.6, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5	
4.6	7.2	
4.7	8.3	
4.8	7.2	
4.9	6.4, 7.2	
5		
5.1	5.5, 6.1, 6.2	
5.2	6.2	
5.3	5.5	

© Stichting Audicienregister – StAr

6		
6.1	7.3	
6.2	7.3	
6.3	7.3	
6.4	7.3	
7		
7.1	6.1, 6.3	
7.2	6.1	
7.3	7.5	
7.4	6.3, 7.5, 7.6	
7.5	6.3	
8		
8.1	7.4	
8.2	7.4	
8.3	7.4	
9		
9.1	4.2	
9.2	4.2	
9.3	4.2	

---

## Deel 5 Opleiding, bij- en nascholing

*Nog in te vullen*

---

## Bijlagen

1. Statuten
2. Reglement Normencommissie
3. Reglement Beoordelingscommissie
4. Reglement Scholingscommissie
5. Beroepsreglement
6. Klachtenregeling
7. Tarievenblad

## STATUTEN STICHTING AUDICIENREGISTER (STAR)

### Artikel 1. Naam, zetel en duur.

1. De stichting draagt de naam Stichting Audicienregister (StAr).
2. De stichting is gevestigd te Tilburg.
3. De stichting is opgericht voor onbepaalde tijd.

### Artikel 2. Doel.

De stichting stelt zich tot doel:

- a. de kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen van de revalidatie van slechthorenden, in het bijzonder de revalidatie met behulp van audiologische hulpmiddelen;
- b. de professionaliteit en maatschappelijke erkenning te bevorderen van het beroep van audiciens;
- c. de samenwerking met betrekking tot de revalidatie van slechthorenden te bevorderen tussen (groeperingen van) slechthorenden, vóórschrijvers, zorgverzekeraars, fabrikanten en importeurs van audiologische hulpmiddelen, audiciens, daarbij betrokken opleidingsinstituten, toezicht- en adviesorganen en wet- en regelgevende instanties.

### Artikel 3. Middelen

1. De stichting tracht haar doel te bereiken ondermeer door:
  - a. het formuleren van kwaliteitseisen met betrekking tot audiologische zorgverlening, in het bijzonder met betrekking tot de dienstverlening van audiciens en audicienbedrijven die actief zijn op de Nederlandse markt;
  - b. het doen accepteren van die kwaliteitseisen door belanghebbende groeperingen en instanties;
  - c. de uitvoering van conformiteitbeoordelingen en -controles bij organisaties en ten aanzien van beroepsbeoefenaren die willen aantonen conform bedoelde kwaliteitseisen te werken;
  - d. het verlenen van een kwaliteitsverklaring aan organisaties en een registratie aan beroepsbeoefenaren waarvan, respectievelijk van wie, bij een beoordeling of controle is gebleken dat zij werken conform bedoelde kwaliteitseisen;
  - e. te voorzien of te doen voorzien in een adequate vakopleiding en in adequate bij- en nascholingsmogelijkheden voor

- beroepsbeoefenaren in de audiologische zorgverlening;
  - f. het bevorderen van een verantwoorde afweging van de doelstellingen en resultaten van kwaliteitsnormen en van opleidingen en bij- en nascholingsactiviteiten tegen de kosten ervan;
  - g. het desgevraagd aan overheden en aan andere instanties verstrekken van adviezen binnen het kader van de doelstellingen van de stichting.
2. In haar organisatie en werkwijze draagt de stichting ervoor zorg:
- a. dat kwaliteits- en opleidingseisen worden geformuleerd en gehanteerd op transparante, onafhankelijke en objectieve wijze;
  - b. dat zoveel mogelijk wordt aangesloten bij internationale normen op het gebied van kwaliteit, zoals ISO 9001-2000, en op het gebied van de beoordeling van kwaliteitssystemen, zoals EN 45012 en EN 10011.

#### **Artikel 4. Vermogen.**

Het vermogen van de stichting wordt gevormd door:

- a. subsidies, giften en donaties;
- b. hetgeen verkregen wordt door erfstelling of legaten;
- c. inkomsten uit hoofde van verleende diensten;
- d. alle andere inkomsten.

#### **Artikel 5. Bestuur.**

- 1. Het bestuur van de stichting bestaat uit een oneven aantal van tenminste vijf en ten hoogste elf leden; het aantal wordt vastgesteld door het bestuur zelf.
- 2. Indien het aantal bestuursleden is gedaald beneden het aantal van vijf blijft het bestuur bevoegd.
- 3. De bestuursleden worden benoemd als volgt:
  - a. één door of vanwege organisaties van slechthorenden;
  - b. één door of vanwege organisaties van KNO-artsen en / of audiologen;
  - c. één door of vanwege organisaties van fabrikanten en importeurs van audiologische hulpmiddelen;
  - d. twee door of vanwege de brancheorganisatie van audicienbedrijven;
  - e. de overige bestuursleden door het bestuur zelf.
- 4. Bij de benoeming van bestuursleden streeft het bestuur een gelijkwaardige vertegenwoordiging na van groeperingen die belang hebben bij audiologische

- zorgverlening in Nederland, zonder dat voor één van die groeperingen binnen het bestuur een numerieke meerderheid zal ontstaan en onverlet de mogelijkheid ook anderen dan vertegenwoordigers van de genoemde groeperingen van belanghebbenden tot bestuurslid te benoemen.
5. Bestuursleden worden benoemd voor een periode van drie jaren. Aftredende bestuursleden zijn terstond herbenoembaar, tenzij zij op het moment van aftreden de leeftijd van 67 jaar hebben bereikt. Het Bestuur stelt een rooster van aftreden vast zodanig dat jaarlijks éénderde van de leden aftreedt.
  6. Een bestuurslid benoemd in een tussentijdse vacature treedt af op het moment dat het vervangen lid zou zijn afgetreden;
  7. Van de periodieke aftreding van een bestuurslid benoemd door één van de hierboven in het derde lid genoemde groeperingen wordt vier weken vóór de datum van aftreden schriftelijk kennisgegeven aan de betrokken groepering. Bij tussentijds aftreden geeft het bestuur hiervan onverwijld kennis aan de betrokken groepering. De betrokken groepering wordt in de gelegenheid gesteld om binnen acht weken na ontvangst van deze kennisgeving een nieuw bestuurslid te benoemen. Wanneer de benoeming van een nieuw bestuurslid door de daartoe gerechtigde groepering uitblijft wordt in de vacature voorzien door het bestuur zelf.
  8. Bestuursleden oordelen en besluiten zonder last of ruggenspraak.

#### **Artikel 6. Einde bestuurslidmaatschap.**

Het bestuurslidmaatschap eindigt door:

- a. het verstrijken van de zittingstermijn;
- b. aftreden;
- c. ontslag door het bestuur;
- d. het intrekken van de benoeming door de benoemende instantie, of verlies van de titel waarop het bestuurslid is benoemd;
- e. ontslag door de rechtbank;
- f. het verlies van de vrije beschikking over zijn vermogen;
- g. overlijden.

**Artikel 7. Dagelijks Bestuur.**

1. Het bestuur benoemt uit zijn midden een voorzitter, een plaatsvervangend voorzitter en een penningmeester.
2. Voorzitter, plaatsvervangend voorzitter en penningmeester vormen tezamen het dagelijks bestuur.

**Artikel 8. Directeur.**

1. Het bestuur benoemt een directeur, die tevens optreedt als ambtelijk secretaris van het bestuur.
2. De ambtelijk secretaris neemt deel aan de vergaderingen van het bestuur en het dagelijks bestuur en heeft daarin een adviserende stem, behoudens in het geval de beraadslaging betrekking heeft op de positie van de directeur of op zaken haar of hem persoonlijk betreffende.

**Artikel 9. Taken van het Bestuur.**

1. Het bestuur is belast met het besturen van de stichting.
2. Het bestuur is bevoegd tot het verrichten van alle rechtshandelingen, daaronder met name begrepen de bevoegdheid te besluiten tot het aangaan van overeenkomsten tot het kopen, vervreemden of bezwaren van registergoederen, alsook de bevoegdheid te besluiten tot het aangaan van overeenkomsten waarbij de stichting zich als borg of hoofdelijk medeschuldenaar verbindt, zich voor een derde sterk maakt of zich tot zekerheidstelling van een schuld van een derde verbindt.
3. De stichting wordt in en buiten rechte rechtsgeldig vertegenwoordigd door het bestuur. Daarnaast zijn de voorzitter en ambtelijk secretaris tezamen bevoegd de stichting in en buiten rechte te vertegenwoordigen. Bij ontstentenis van een van beiden wordt deze vervangen door de plaatsvervangend voorzitter. Bij beider ontstentenis worden zij vervangen door plaatsvervangend voorzitter en penningmeester.
4. Voor het beschikken over bank- en girosaldi is de handtekening van penningmeester of directeur voldoende. Het bestuur kan deze tekenbevoegdheid limiteren.

**Artikel 10. Taken van het Dagelijks Bestuur.**

1. Het dagelijks bestuur is belast met het toezicht op de directievoering en op de dagelijkse gang van zaken binnen de stichting.

2. Het dagelijks bestuur voert minstens éénmaal per jaar overleg met de organisaties aan wie door of vanwege de stichting een kwaliteitsverklaring is uitgereikt.

**Artikel 11. Taken van de directeur.**

1. De directeur is belast met de administratie van de stichting.
2. De directeur is belast met de voorbereiding van de vergaderingen van het bestuur en het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de besluiten van deze besturen.
3. De directeur is belast met de inning der vorderingen en verricht alle betalingen. Hij of zij is hiervoor verantwoording verschuldigd aan de penningmeester.
4. De directeur draagt zorg voor de behandeling van verzoeken tot het verlenen van een kwaliteitsverklaring, de organisatie en de administratieve afwikkeling van de vanwege de stichting uit te voeren conformiteitbeoordelingen en -controles en van de toekenning en uitreiking van de door de stichting af te geven kwaliteitsverklaringen, zulks binnen de grenzen van het te dezen aanzien door het bestuur vastgestelde reglement.
5. Bij zijn of haar afwezigheid wordt de directeur vervangen op de wijze die het dagelijks bestuur bepaalt.

**Artikel 12. Normencommissie.**

1. Het bestuur stelt een Normencommissie in en benoemt daarvan de leden.
2. Bij de benoeming van de leden van de Normencommissie ziet het bestuur erop toe, dat binnen dit college in elk geval een deskundige inbreng verzekerd is van de kant van slechthorenden, vóórschrijvers, zorgverzekeraars, fabrikanten en importeurs en audicienbedrijven.
3. De Normencommissie heeft tot taak het bestuur gevraagd en ongevraagd te adviseren met betrekking tot de vaststelling of wijziging van kwaliteitseisen, beoordelingsprocedures en methoden van onderzoek, de inhoud van kwaliteitsverklaringen en de wijze waarop deze verklaringen mogen worden gebruikt en de contacten met alle instanties en groeperingen die zijn betrokken bij het gebruik van deze verklaringen.
4. De commissie legt haar werkwijze vast in protocollen.

**Artikel 13. Reglement kwaliteitseisen.**

1. Het bestuur stelt de inhoud van kwaliteitseisen vast en wijzigt deze, na de Normencommissie in de gelegenheid te hebben gesteld hierover te adviseren.
2. Het bestuur stelt een 'Reglement Kwaliteitseisen' vast, waarin in elk geval nadere regels worden gesteld ten aanzien van:
  - a. omvang, samenstelling en zittingsduur van de Normencommissie;
  - b. de termijn waarbinnen en de wijze waarop het bestuur gelegenheid zal bieden aan organisaties aan wie een kwaliteitsverklaring is uitgereikt en aan andere belanghebbende groeperingen kennis te nemen van en te reageren op het voornemen tot nadere vaststelling van kwaliteitseisen.
3. Wijzigingen in het reglement kwaliteitseisen worden door het bestuur vastgesteld, nadat de Normencommissie is gehoord.

**Artikel 14. Beoordelingscommissie.**

1. Het bestuur stelt een Beoordelingscommissie in en benoemt daarvan de leden.
2. De Beoordelingscommissie bestaat uit drie of vijf personen. Het aantal wordt vastgesteld door het bestuur.
3. Benoembaar tot lid van de Beoordelingscommissie zijn personen die geen belang hebben, direct noch indirect, in een organisatie die in aanmerking komt voor het verstrekken van een kwaliteitsverklaring door de stichting.
4. De meerderheid van de commissieleden wordt door het bestuur benoemd uit zijn midden.
5. De commissie benoemt uit haar midden een voorzitter en een plaatsvervangend voorzitter.
6. De commissie neemt besluiten inzake het toekennen, voorwaardelijk intrekken ('schorsen') of intrekken van kwaliteitsverklaringen. Deze besluiten worden door de commissie genomen op basis van een door de commissie gemaakte afweging van de aan haar gerapporteerde en met haar besproken resultaten van een ten aanzien van de organisatie uitgevoerd toetsingsonderzoek.
7. De commissie legt haar werkwijze vast in protocollen.
8. Het bestuur draagt de uitvoering van toetsingsonderzoeken op aan onafhankelijke deskundigen.

**Artikel 15. Reglement Kwaliteitsverklaringen.**

1. Het bestuur stelt een Reglement Kwaliteitsverklaringen vast, gehoord de Normencommissie.
2. Het reglement bepaalt ondermeer:
  - a. de omvang, samenstelling en zittingsduur van de Beoordelingscommissie;
  - b. de wijze waarop door organisaties die een kwaliteitsverklaring wensen te verkrijgen een toetsingsonderzoek moet worden aangevraagd;
  - c. de wijze waarop en de termijn waarbinnen het onderzoek zal worden uitgevoerd;
  - d. de wijze waarop en de criteria aan de hand waarvan de resultaten van het uitgevoerde onderzoek zullen worden afgewogen door de Beoordelingscommissie;
  - e. de termijn waarbinnen de commissie zal beslissen;
  - f. de wijze waarop de vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd van de organisatiegegevens waarvan wordt kennisgenomen tengevolge van het toetsingsonderzoek;
  - g. de inhoud, geldigheidsduur en vormgeving van de door de stichting te verstrekken verklaringen;
  - h. de rechten en verplichtingen van de houder van een dergelijke verklaring;
  - i. de wijze waarop door de stichting het verstrekken van een verklaring zal worden gepubliceerd;
  - j. de wijze van financiering van het uit te voeren toetsingsonderzoek.

**Artikel 16. Scholingscommissie**

1. Het bestuur stelt een Scholingscommissie in en benoemt daarvan de leden.
2. Bij de benoeming van de leden van de Scholingscommissie ziet het bestuur erop toe, dat binnen deze commissie in elk geval een deskundige inbreng verzekerd is van de kant van slechthorenden, vóórschrijvers, zorgverzekeraars, fabrikanten en importeurs en audicienbedrijven. De onderwijsinstelling(en) die vakopleidingen verzorgen die vallen binnen het aandachtsgebied van de stichting worden uitgenodigd om één of meer 'waarnemers' voor te dragen.
3. De Scholingscommissie heeft tot taak:
  - a. het bestuur van brancheorganisaties van audicienbedrijven en / of van beroepsorganisaties van audiciens gevraagd en ongevraagd te adviseren over het beroepsprofiel, de exameneisen

- en het opleidingsprogramma voor de beroepsopleiding tot audicien;
  - b. het stichtingsbestuur te adviseren inzake de wijze waarop en / of de toetsing op grond waarvan de erkenning en registratie zal plaatsvinden van beroepsbeoefenaren die hun competenties hebben verworven op andere wijze dan door het behalen van het einddiploma van daartoe aangewezen opleidingen;
  - c. het stichtingsbestuur te adviseren over bij- en nascholingsdoelstellingen voor audiciens, over eventuele verplichte bij- en nascholing en de wijze waarop het voldoen aan die verplichting wordt geregistreerd én over de wijze waarop kan worden voorzien in een bij- en nascholingsaanbod dat voldoet aan de geformuleerde doelstellingen.
4. De Scholingscommissie legt haar werkwijze vast in protocollen.

#### **Artikel 17. Reglement Scholingscommissie**

1. Het bestuur stelt een Reglement Scholingscommissie vast.
2. Het reglement bepaalt ondermeer:
  - a. de omvang, samenstelling en zittingsduur van de Scholingscommissie;
  - b. de wijze waarop de commissie haar adviezen vaststelt en inricht ten aanzien van:
    - de doelstellingen en uitvoering van bij- en nascholing;
    - eventuele verplichtingen tot bij- en nascholing;
    - de wijze waarop het voldoen aan die verplichtingen wordt geregistreerd en gecontroleerd;
    - de wijze waarop verplichte bij- en nascholingsinhoud kan worden geïncorporeerd in toekomstige jaargangen van reguliere vakopleidingen;
    - de erkenning van verworven competenties anders dan door het behalen van het einddiploma van daartoe aangewezen vakopleidingen.

#### **Artikel 18. College van Beroep.**

1. Het bestuur stelt een College van Beroep in en benoemt daarvan de leden.
2. Het College van Beroep beslist op verzoek van belanghebbenden in uiterste instantie in geschillen die

- zijn ontstaan ten aanzien van het toekennen, niet toekennen of intrekken van een kwaliteitsverklaring, of het uitblijven van een duidelijke beslissing daarover.
3. De uitspraken van het college hebben de status van 'arbitraal vonnis'.

**Artikel 19. Reglement College van Beroep.**

1. Het bestuur stelt een Reglement College van Beroep vast, gehoord de Normencommissie.
2. Het Reglement bepaalt ondermeer:
  - a. de omvang, samenstelling en zittingsduur van het college, alsmede de waarborging van zijn onafhankelijkheid;
  - b. de bezoldiging van de voorzitter en de leden;
  - c. de wijze waarop geschillen aanhangig worden gemaakt;
  - d. de termijnen waarbinnen en de wijze waarop geschillen worden beslecht.

**Artikel 20. Overige Commissies.**

1. Het bestuur kan commissies en werkgroepen instellen voor nader te bepalen taakgebieden.
2. De samenstelling, taken en bevoegdheden van deze commissies worden door het bestuur vastgesteld.

**Artikel 21. Boekjaar, jaarstukken.**

1. Het boekjaar van de stichting valt samen met het kalenderjaar.
2. Het bestuur stelt jaarlijks de begroting voor het komende kalenderjaar vast.
3. Het bestuur stelt een verslag vast van de werkzaamheden verricht tijdens het voorgaande kalenderjaar.
4. Jaarlijks ultimo juni worden de boeken der stichting afgesloten en wordt door de penningmeester de balans en de rekening van baten en lasten opgemaakt.
5. Goedkeuring van balans en rekening van baten en lasten door het bestuur strekt de penningmeester tot décharge voor het door hem gevoerde financiële beleid gedurende het boekjaar waarop de jaarstukken betrekking hebben.

**Artikel 22. Vergaderingen.**

1. Het bestuur vergadert tenminste tweemaal per jaar.
2. Van iedere bestuursvergadering wordt door de ambtelijk secretaris een verslag gemaakt.

**Artikel 23. Nemen van besluiten.**

1. Voorzover in deze statuten geen grotere meerderheid is voorgeschreven, worden alle bestuursbesluiten genomen met volstreekte meerderheid van stemmen in een vergadering waarin de meerderheid van het aantal bestuursleden aanwezig is onder wie in elk geval een bestuurslid afkomstig uit de groepering genoemd in artikel 5.3. sub d en één der groeperingen genoemd onder artikel 5.3. sub a, b of c.
2. Indien het voor het nemen van besluiten vereiste aantal bestuursleden niet aanwezig is, of indien niet iedere van de in lid één genoemde groeperingen vertegenwoordigd is, kan voor het nemen van het beoogde besluit een nieuwe vergadering worden gehouden, welke vergadering tenminste veertien dagen later zal plaatsvinden en waarbij, ongeacht het aantal aanwezigen, of het aantal vertegenwoordigde groeperingen, besluiten waarover in de eerstbedoelde vergadering geen beslissing kon worden genomen, genomen worden met volstreekte meerderheid van stemmen.
3. Bij staken van stemmen beslist de voorzitter.
4. Het bestuur kan ook op andere wijze dan in een vergadering besluiten nemen, mits alle bestuurders in de gelegenheid worden gesteld hun stem uit te brengen en geen van hen zich tegen deze wijze van besluitvorming verzet. Een besluit is dan genomen, indien de volstreekte meerderheid, dan wel de vereiste grotere meerderheid van het aantal bestuurders zich voor het voorstel heeft verklaard;
5. Over personen wordt schriftelijk gestemd.

**Artikel 24. Statutenwijziging.**

1. Het bestuur is bevoegd de statuten te wijzigen.
2. Een besluit van het bestuur tot statutenwijziging behoeft een meerderheid van tweederde gedeelte van de uitgebrachte stemmen in een voltallige vergadering van het bestuur.
3. Is de vergadering waarin een besluit tot statutenwijziging aan de orde is niet voltallig, dan zal een nieuwe vergadering worden bijeengeroepen, te houden tenminste 14 dagen na de eerstbedoelde vergadering, waarin het besluit kan worden genomen met een meerderheid van tweederde van de uitgebrachte stemmen, ongeacht het aantal aanwezigen of het aantal vertegenwoordigde groeperingen.

4. Bij de oproeping tot een vergadering waarin een voorstel tot statutenwijziging zal worden gedaan, dient zulks steeds te worden vermeld. Tevens dient een afschrift van het voorstel bevattende de woordelijke tekst van de voorgestelde wijziging bij de oproeping te worden gevoegd.
5. Een statutenwijziging treedt pas in werking, nadat daarvan een notariële akte is opgemaakt en deze is ingeschreven in het daartoe bestemde register. Ieder der bestuursleden is bevoegd deze akte te doen verlijden en de inschrijving te doen verrichten.

**Artikel 25. Ontbinding en vereffening.**

1. Het bestuur is bevoegd de stichting te ontbinden.
2. Op het besluit van het bestuur tot ontbinding van de stichting is het bepaalde in artikel 24 van overeenkomstige toepassing.
3. Het bestuur is met de vereffening belast, tenzij bij het besluit tot ontbinding één of meer andere vereffenaars zijn benoemd.
4. Het bestuur stelt bij het besluit tot ontbinding de bestemming van het batig liquidatiesaldo vast.
5. Na de ontbinding blijft de stichting voortbestaan voorzover dit nodig is tot vereffening van haar vermogen. Gedurende de vereffening blijven de bepalingen van deze statuten zoveel mogelijk van kracht. In stukken en aankondigingen die van haar uitgaan, moeten aan de naam van de stichting worden toegevoegd de woorden: "in liquidatie".
6. Na afloop van de vereffening blijven de boeken en bescheiden van de ontbonden stichting gedurende de door de wet bepaalde termijn onder berusting van de door de vereffenaars aangewezen persoon. Deze persoon is gehouden zijn aanwijzing ter inschrijving op te geven in het in lid 5 van artikel 24 vermelde register.

**Artikel 26. Slotbepaling.**

In alle gevallen waarin door de statuten van de stichting niet is voorzien beslist het bestuur.

*Deze statuten zijn vastgesteld door het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven in zijn vergadering van 21 februari 2005.*

*Bij de oprichting van de Stichting is het bestuur als volgt samengesteld:*

- a. *Ruud Plomp (NVVS)*
- b. *Wouter Dreschler (Fenac)*
- c. *Rob van der Hulst (KNO)*
- d. *Hans van Pagée (Gain)*
- e. *Wim Benschop (NVAB)*
- f. *Hans Bolder(NVAB)*

## REGLEMENT KWALITEITSEISEN

### Artikel 1. Kwaliteitseisen.

1. De Stichting Audicienregister (STAR) aanvaardt kwaliteitseisen als grondslag voor de afgifte van kwaliteitsverklaringen als bedoeld in statuten en reglement kwaliteitsverklaringen.
2. De door STAR geformuleerde kwaliteitseisen, in het vervolg ook *'het erkenningschema'* genoemd en de daarbij behorende kwaliteitsverklaringen zijn:
  - a. eisen aan de vakbekwaamheid van en de beroepsuitoefening door beroepsbeoefenaren, leidend tot de registratie van die beroepsbeoefenaren en tot een *'registratiebewijs'*;
  - b. eisen aan de procesbeschrijving en –uitvoering door een organisatie, leidend tot een *'keurmerk'* voor die organisatie;
  - c. eisen aan het kwaliteitssysteem van en aan de uitvoering van dat kwaliteitssysteem door een organisatie., leidend tot een *'certificaat'* voor die organisatie.
3. De kwaliteitseisen zijn waar mogelijk kwantificeerbaar en in elk geval transparant.

### Artikel 2. Normencommissie.

1. Het Stichtingsbestuur stelt een Normencommissie in.
2. De commissie heeft tot taak, het functioneren van het erkenningschema te begeleiden. De commissie heeft de mogelijkheid het bestuur gevraagd en ongevraagd advies te geven met betrekking tot het erkenningschema en alles wat voor het functioneren daarvan van belang is. Het bestuur zal de commissie in elk geval advies vragen ter zake van:
  - a. aard en inhoud van het erkenningschema;
  - b. eisen en methoden van onderzoek, die ten grondslag liggen aan het erkenningschema;
  - c. de frequentie waarmee keuringen en/of beoordelingen worden herhaald om vast te stellen of bij voortduring aan de gestelde eisen wordt voldaan;
  - d. de voorschriften voor het gebruik en de betekenis van kwaliteitsverklaringen.
2. De commissie overlegt minimaal eens per jaar met de Beoordelingscommissie over de actualiteit van door STAR aanvaarde kwaliteitseisen.
3. De commissie ziet erop toe, dat uit te voeren beoordelingen en controles geschieden volgens geëigende methoden, met gebruikmaking van gekalibreerde meetinstrumenten en door daartoe competente personen.
4. De commissie bestaat uit tenminste 3 en ten hoogste 7 leden.
5. De leden van de commissie worden benoemd door het bestuur, zodanig dat binnen de commissie een deskundige inbreng is verzekerd van de kant van consumenten, voorschrijvers, fabrikanten en importeurs, beroepsbeoefenaren en organisaties die vallen onder het bereik van het

- erkenningenschema en zo mogelijk van financiers en regelgevers ten aanzien van audiologische zorg.
6. Leden van de commissie worden benoemd voor een zittingsduur van 3 jaar.
  7. Leden die na afloop van hun zittingstermijn nog niet de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt zijn terstond herbenoembaar.
  8. De commissie vergadert minimaal tweemaal per jaar.

### **Artikel 3. Aanvaarding van kwaliteitseisen.**

1. Voorstellen tot aanvaarding van kwaliteitseisen, of tot wijziging van kwaliteitseisen worden door de Normencommissie gevraagd of ongevraagd gedaan aan het bestuur. Voorstellen kunnen eveneens door het bestuur zelf worden gedaan en worden dan aan de commissie ter advisering voorgelegd.
2. De commissie voorziet zijn voorstellen of adviezen aan het bestuur van een aanbeveling met betrekking tot de meest in aanmerking komende groeperingen aan welke eventuele conceptkwaliteitseisen ter becommentariëring worden voorgelegd.
3. Het bestuur beslist met betrekking tot het al dan niet vastleggen in de vorm van een 'conceptkwaliteitseis' van de voorstellen of adviezen van de kant van de commissie.
4. Conceptkwaliteitseisen worden door het Bestuur ter becommentariëring voorgelegd aan de personen en organisaties aan wie een certificaat vanwege STAR is verstrekt en tevens aan daartoe het meest in aanmerking komende andere belanghebbende groeperingen. Het bestuur zal hiertoe op zelf te bepalen wijze zorgdragen, doch tenminste door openbaarmaking van de conceptkwaliteitseis gedurende een periode van 30 dagen en door aankondiging van de openbaarmaking op daartoe geschikte wijze.
5. Nadat de termijn is verstreken waarbinnen belanghebbenden commentaar hebben kunnen leveren op een conceptkwaliteitseis verzoekt het bestuur aan de commissie het geleverde commentaar te beoordelen en eventueel te verwerken in het concept.
6. Het Bestuur stelt kwaliteitseisen vast na ontvangst van het in het vorige lid bedoelde aangepaste concept en na toetsing van dit aangepaste concept aan statuten en reglementen van STAR.

### **Artikel 4. Openbaarmaking van kwaliteitseisen.**

1. Het bestuur draagt zorg voor de openbaarmaking van vastgestelde kwaliteitseisen.
2. Het bestuur zal hiertoe minimaal de vastgestelde kwaliteitseisen opnemen in het '*Handboek Stichting Audicienregister*' en dat ter kennis brengen van de personen en organisaties aan wie een kwaliteitsverklaring is afgegeven, of die een aanvraag tot het verkrijgen van een kwaliteitsverklaring hebben ingediend.

**Artikel 5. Van kracht worden van kwaliteitseisen.**

Door het bestuur vastgestelde kwaliteitseisen, of door het bestuur vastgestelde wijzigingen in deze eisen worden van kracht op 1 januari van het kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de kwaliteitseis of de wijziging is vastgesteld. Het bestuur kán besluiten de wijziging op een andere datum in te voeren.

**Artikel 6. Informatieverschaffing.**

1. Aan de commissie wordt tenminste één maal per jaar geanonimiseerd inzicht geboden in de door gecontroleerde personen en organisaties behaalde controleresultaten per hoofdstuk.
2. Aan de commissie wordt voorts tenminste één maal per jaar een overzicht geboden van door STAR ontvangen klachten en de wijze van afhandeling daarvan en van de periodieke eigen beoordeling door STAR.

**Artikel 27. Geschillen.**

1. De commissie zal in zijn informatie aan het bestuur onderscheid maken tussen verstrekte 'adviezen' en 'aanbevelingen'. Indien het bestuur een advies van de commissie niet of niet geheel wenst te volgen, dan zal het bestuur zijn voorgenomen afwijkende beslissing met redenen omkleed en schriftelijk aan de commissie voorleggen. Het bestuur stelt de commissie in de gelegenheid om binnen een termijn van 30 dagen te reageren op de voorgelegde stukken.
2. Indien de commissie zich niet kan verenigen met een bestuursbesluit over de inhoud of het functioneren van het erkenningenschema, en het bestuursbesluit wijkt af van een advies van de commissie, of de commissie is niet in de gelegenheid gesteld om over dat bestuursbesluit te adviseren, dan kan de commissie tegen dat bestuursbesluit in beroep gaan bij de Raad van Beroep, op de wijze die is omschreven in het Reglement Raad van Beroep.

Tilburg, februari 2005.

## **REGLEMENT KWALITEITSVERKLARINGEN.**

### **Artikel 1. Beoordelingscommissie**

1. Het bestuur stelt een Beoordelingscommissie in en benoemt daarvan de leden, zulks in overeenstemming met hetgeen daarover is bepaald in artikel 14 van de stichtingsstatuten.
2. De Beoordelingscommissie heeft tot taak:
  - a. te beslissen over het al dan niet verstrekken of intrekken van een kwaliteitsverklaring;
  - b. het vaststellen van beoordelingsrichtlijnen aan de hand waarvan personen of organisaties die een kwaliteitsverklaring wensen worden onderzocht en getoetst.

### **Artikel 2. Auditors**

1. Het bestuur contracteert onafhankelijke daartoe competente personen of organisaties, hierna auditors genoemd, tot de uitvoering van onderzoek en toetsing van personen en organisaties die een kwaliteitsverklaring hebben aangevraagd.
2. Onderzoek en toetsing worden uitgevoerd op basis van door het bestuur vastgestelde kwaliteitseisen en conform beoordelingsrichtlijnen die zijn vastgesteld door de Beoordelingscommissie.

### **Artikel 3. Aanvraag**

1. Iedere persoon of organisatie die zich toelegt op het revalideren van slechthorenden in Nederland met behulp van het aanmeten van audiologische hulpmiddelen kan de Stichting Audicienregister verzoeken om registratie of om het mogen voeren van het door de Stichting Audicienregister af te geven Keurmerk of Certificaat.
2. Op eerste verzoek daartoe van betrokkene stelt het bureau van de Stichting Audicienregister betrokkene op gepaste wijze in het bezit van:
  - a. de erkenningovereenkomst;
  - b. een bijbehorend registratieformulier;
  - c. het geldende tarievenblad;
  - d. de van toepassing zijnde kwaliteitseisen;
  - e. de van toepassing zijnde statuten en reglementen van de stichting;
  - f. een factuur voor eventueel verschuldigde entregelden en of contributie.
3. Na het ontvangen van de van toepassing zijnde ingevulde en rechtsgeldig getekende documenten zet de stichting het proces van onderzoek en toetsing in gang.

#### **Artikel 4. Onderzoek en toetsing**

1. Onderzoek en toetsing worden uitgevoerd door een auditteam dat bestaat uit één of meer van de onafhankelijke competente personen aan wie door het bestuur is opgedragen onderzoek en toetsingen uit te voeren in het kader van dit reglement.
2. Aan de te beoordelen persoon of organisatie wordt vooraf de samenstelling van het auditteam medegedeeld. Betrokkene heeft de mogelijkheid om één of beide leden van het team al dan niet gemotiveerd te 'wraken'. Na wraking stelt de Beoordelingscommissie een nieuw auditteam samen, hierbij zoveel mogelijk rekening houdend met de eventueel door de geauditeerde aangevoerde motieven tot wraking. Het aldus opnieuw samengestelde auditteam kan niet worden gewraakt.
3. Onderzoek en toetsing bestaan uit een documentenonderzoek en een onderzoek ter plaatse. Bij de uitvoering van het onderzoek worden zoveel mogelijk de richtlijnen gevolgd die zijn opgenomen in ISO/DIS 19011, 'guidelines for quality and/or environmental management systems auditing'.
4. Het auditteam vat zijn bevindingen aan het eind van een uitgevoerd onderzoek ter plaatse mondeling samen in een gesprek met de geauditeerde en rapporteert schriftelijk aan de geauditeerde en aan de Beoordelingscommissie. Het rapport geeft inzicht in eventueel geconstateerde afwijkingen en is voorzien van een helder advies ten aanzien van het toekennen, verlengen, schorsen of intrekken van een kwaliteitsverklaring en eventueel ten aanzien van door de geauditeerde te treffen corrigerende maatregelen en de termijn waarbinnen de uitvoering en het effect van die maatregelen door de Stichting Audicienregister zullen worden getoetst.

#### **Artikel 5. Afweging en beslissing**

1. Op basis van de door auditteams aan haar voorgelegde rapporten beslist de Beoordelingscommissie over het toekennen, verlengen, schorsen of intrekken van een kwaliteitsverklaring en eventueel ten aanzien van door de geauditeerde te treffen corrigerende maatregelen en de termijn waarbinnen de uitvoering en het effect van die maatregelen door de Stichting Audicienregister zullen worden getoetst.

2. Beslissingen vinden plaats op basis van de volgende afwegingen:
  - a. Toekenning of verlenging van een kwaliteitsverklaring vindt plaats, indien op basis van het auditrapport het vertrouwen gerechtvaardigd is dat de geauditeerde voldoet aan en / of handelt conform de van toepassing zijnde erkenningenregeling.
  - b. Verlenging van een kwaliteitsverklaring vindt eveneens plaats, indien *afwijkingen* zijn geconstateerd die *niet* als 'kritiek' worden beoordeeld. In dat geval gebiedt de Beoordelingscommissie tevens de geauditeerde corrigerende maatregelen te treffen en besluit de Beoordelingscommissie over de termijn waarbinnen de uitvoering en het effect van die maatregelen door de Stichting Audicienregister zullen worden getoetst.
  - c. Weigering of intrekking van een kwaliteitsverklaring vindt plaats, indien op basis van tijdens de audit aangetroffen feiten en omstandigheden, of op basis van het auditrapport het vertrouwen niet gerechtvaardigd blijkt, dat de geauditeerde voldoet aan en / of handelt conform de van toepassing zijnde erkenningenregeling, hetgeen het geval is indien *kritieke afwijkingen* zijn geconstateerd.
3. Aan de intrekking van een kwaliteitsverklaring gaat *schorsing* vooraf. Een schorsing wordt opgelegd:
  - a. door het auditteam en is direct van toepassing,
    - indien tijdens een beoordeling of controle één of meer *kritieke afwijkingen* worden geconstateerd;
    - indien uit een daartoe uitgevoerd nader onderzoek is gebleken dat *kritieke afwijkingen* niet of onvoldoende blijken te zijn hersteld binnen de daarvoor door de Beoordelingscommissie opgelegde termijn;
  - b. door de Beoordelingscommissie, indien deze op basis van het auditrapport tot de bevinding komt, dat het vertrouwen niet of niet langer gerechtvaardigd is dat de geauditeerde voldoet aan en / of handelt conform de van toepassing zijnde erkenningenregeling, hetgeen het geval is indien bij een uitgevoerd onderzoek afwijkingen zijn geconstateerd, waarvan de

Beoordelingscommissie tot de bevinding komt dat deze als 'kritiek' moeten worden beoordeeld.

4. In geval van een door een auditteam opgelegde schorsing beslist de Beoordelingscommissie binnen vijf werkdagen na het opleggen van de schorsing over de voortzetting of intrekking ervan.
5. Een schorsing wordt ingetrokken en de kwaliteitsverklaring wordt voortgezet of verlengd, indien en zodra de Beoordelingscommissie op basis van de resultaten van een daartoe uitgevoerd nader onderzoek tot de bevinding komt dat binnen de daarvoor gestelde termijn door de geauditeerde zodanige corrigerende maatregelen zijn getroffen dat het vertrouwen gerechtvaardigd is, dat de eerder geconstateerde kritieke afwijkingen niet langer voorkomen.
6. Corrigerende maatregelen worden opgelegd, indien uit onderzoek of nader onderzoek is gebleken dat de geauditeerde niet in alle opzichten voldoet aan en / of handelt conform de van toepassing zijnde erkenningenregeling. Hierbij wordt het volgende onderscheid gehanteerd:
  - a. een afwijking is '*kritiek*' wanneer deze op zichzelf of in samenhang met andere geconstateerde afwijkingen leidt tot directe risico's tot het schenden van belangen of gerechtvaardigde verwachtingen van de cliënt of diens zorgverzekeraar; kritieke afwijkingen dienen zo snel mogelijk na de constatering ervan te worden hersteld;
  - b. een afwijking is '*ernstig*' wanneer deze op zichzelf of in samenhang met andere geconstateerde afwijkingen risico's kan inhouden, of op den duur risico's zal inhouden tot het schenden van belangen of gerechtvaardigde verwachtingen van de cliënt of diens zorgverzekeraar; ernstige afwijkingen dienen zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen een door de Beoordelingscommissie opgelegde termijn van zes maanden na de constatering ervan te worden hersteld;
  - c. iedere andere afwijking dient zo snel mogelijk, doch uiterlijk binnen een door de Beoordelingscommissie opgelegde termijn van twaalf maanden na de constatering ervan te worden hersteld.

**Artikel 6. Beoordeling, herbeoordeling, controle en nader onderzoek**

1. Registratie, keurmerkverlening, certificatie en de verlenging daarvan vinden plaats voor een periode van drie jaar.
2. STAR oefent toezicht uit op certificaathouders door:
  - a. het uitvoeren van een 'eerste beoordeling' en vervolgens van een 'herbeoordeling' ééns in de drie jaar; een beoordeling of herbeoordeling is bedoeld ter toetsing en beoordeling van de conformiteit aan alle van toepassing zijnde kwaliteitseisen;
  - b. het uitvoeren van een 'reguliere controle' gedurende ieder jaar waarin geen herbeoordeling plaatsvindt; een reguliere controle is bedoeld ter toetsing en beoordeling van getroffen corrigerende maatregelen, van de verwerking van veranderingen in de organisatie en van de bewaking van kritieke stappen in het kwaliteitsbeleid;
  - c. het uitvoeren van een 'tussentijdse controle' zo vaak opgelegde corrigerende maatregelen daartoe aanleiding geven; een tussentijdse controle is bedoeld ter toetsing en beoordeling van getroffen corrigerende maatregelen;
  - d. het uitvoeren van een 'nader onderzoek' ten aanzien van aan STAR bekend geworden klachten m.b.t. de houder van een kwaliteitsverklaring en van aan STAR gebleken belangrijke het kwaliteitssysteem beïnvloedende wijzigingen in de organisatie van de houder van een kwaliteitsverklaring; dit onderzoek is specifiek gericht op de inhoud en omvang van de gebleken klacht of de gebleken wijziging; op basis van de resultaten van een uitgevoerd nader onderzoek kán de beoordelingscommissie besluiten tot het doen uitvoeren van een tussentijdse controle of volledige herbeoordeling.

**Artikel 7. Melding van wijzigingen en klachten**

Op houders van een kwaliteitsverklaring rust de verplichting aan STAR melding te maken van wijzigingen in hun organisatie en van klachten.

**Artikel 8. Geheimhouding.**

1. Door of vanwege STAR aangewezen onderzoekers en toetsers, leden van commissies, bestuursleden, alsmede

- de directeur en bureaumedewerkers zijn gehouden op straffe van ontslag uit hun STAR-functie tot geheimhouding met betrekking tot gegevens ten aanzien van personen en organisaties die een kwaliteitsverklaring hebben aangevraagd, voorzover het gegevens betreft waarvan betrokkenen kennelijk slechts uit hoofde van hun STAR-functie hebben kunnen kennisnemen en voorzover het niet betreft de noodzakelijke communicatie van die gegevens in het kader van de uitoefening van hun functie bij STAR.
2. STAR zal geen inzage verlenen in onderzoeks- en toetsingsrapporten aan derden, of aan bestuurs- en commissieleden van STAR behoudens aan leden van de Beoordelingscommissie en van auditteams en aan medewerkers van het stichtingsbureau voorzover het gebruik van die gegevens voor hun noodzakelijk is in het kader van de uitoefening van hun functie bij STAR.
  3. Documenten van personen en organisaties die aan medewerkers van STAR zijn verstrekt in het kader van de uitoefening van hun functie bij STAR zullen na dat gebruik weer worden overgedragen aan de betrokken persoon of organisatie.

#### **Artikel 9. Openbaarmaking van houders van kwaliteitsverklaringen**

Het bestuur van STAR draagt zorg voor openbaarmaking en beschikbaarstelling van een actuele lijst van bedrijven die houder zijn van een door STAR verleende kwaliteitsverklaring.

#### **Artikel 10. Nadere uitwerking.**

1. De Beoordelingscommissie ziet toe op de eventueel noodzakelijke nadere uitwerking van dit reglement in protocollen ten aanzien van de uitvoering van audits, nadere criteria met betrekking tot de afweging en besluitvorming en de communicatie over een en ander met geauditeerden houders van kwaliteitsverklaringen.
2. Auditrichtlijnen worden opgesteld en geactualiseerd door de auditors en verkeren onder hun berusting. De Beoordelingscommissie houdt toezicht op de inhoud van deze richtlijnen en op de juiste toepassing ervan. De Commissie zal daartoe ondermeer periodiek samen met de auditors een proefaudit houden.

#### **Artikel 11. Overgangsbepaling.**

In afwijking van artikel 5, lid 2 onder a wordt bij de oprichting van de Stichting Audicienregister, in de periode

van maart 2005 tot december 2005 aan beroepsbeoefenaren en organisaties die vallen binnen de werkingssfeer van het erkenningenschema de gelegenheid geboden tot het gebruik van een door de Stichting Audicienregister toegekende kwaliteitsverklaring, indien zij met de Stichting een overeenkomst aangaan op basis waarvan zij verklaren te voldoen aan de in de erkenningenregeling gestelde en op hun van toepassing zijnde competentie- en inrichtingseisen, dat zij de van toepassing zijnde kwaliteitseisen ook overigens zullen implementeren en naleven, dat zij zich onderwerpen aan de door de Stichting aangewezen of instandgehouden klachtenregeling én dat zij medewerking zullen verlenen aan door of vanwege de Stichting uit te voeren beoordeling, welke beoordeling zal plaatsvinden op basis van de bepalingen van dit reglement en op zijn vroegst drie maanden en uiterlijk zes maanden na ondertekening van bedoelde overeenkomst.

Tilburg, februari 2005.

## REGLEMENT RADEN VAN BEROEP

### **artikel 1 Beroepsmogelijkheid**

1. Tegen ieder besluit van de Stichting Audicienregister, hierna te noemen StAr , staat beroep open voor ieder die aantoonbaar belang heeft bij het genomen besluit.
2. Een belanghebbende kan tevens beroep aantekenen tegen het uitblijven van een besluit, indien de betrokken belanghebbende STAR schriftelijk heeft verzocht een besluit te nemen ten aanzien van een kwestie waarvan belanghebbende in het verzoekschrift verklaart en motiveert een aantoonbaar belang te hebben. Het gevraagde besluit wordt geacht te zijn uitgebleven, indien verzoeker niet binnen 30 werkdagen na diens verzoek door STAR schriftelijk van een gevraagd besluit in kennis is gesteld.

### **artikel 2 Status van de beroepsprocedure**

1. De beroepsprocedure heeft de status van arbitrage tussen de klagende partij en STAR als wederpartij.
2. De procedure laat het recht van partijen of van derde-belanghebbenden onverlet zich te wenden tot de Nederlandse rechter.

### **artikel 3 Het aantekenen van beroep**

1. Beroep dient te worden aangetekend binnen 30 werkdagen te rekenen vanaf het moment waarop het besluit door STAR schriftelijk is ter kennis gebracht van belanghebbenden, of is openbaar gemaakt.
2. Beroep dient te worden aangetekend door middel van een aangetekend schrijven geadresseerd aan de secretaris van STAR.
3. Het beroepschrift dient gemotiveerd te zijn. Het omvat ten minste:
  - a. een omschrijving van het besluit waartegen beroep wordt aangetekend;
  - b. een omschrijving van het belang waarin klager is of wordt geschaad door het genomen besluit;
  - c. een omschrijving van de uitspraak en/of corrigerende maatregel die door klager wordt verlangd.

### **artikel 4 Samenstelling Raden van Beroep**

1. Voor iedere beroepszaak wordt een Raad van Beroep samengesteld die bestaat uit in lid van het Presidium van de Raden van Beroep, één lid aan te wijzen door

- klager en één lid aan te wijzen door STAR in haar hoedanigheid van de wederpartij van klager.
2. Het Presidium en iedere in te stellen Raad van Beroep handelt en besluit in volgestrekte onafhankelijkheid van STAR.
  3. Het Bestuur benoemt het Presidium van de Raden van Beroep. Het Presidium bestaat uit één voorzitter en twee vice-voorzitters.
  4. Voor benoeming in het Presidium komen slechts juristen in aanmerking die niet werkzaam zijn in of als dienstverlener van STAR of personen of organisaties die vallen onder de werkingssfeer van erkenningsschema's van STAR.
  5. De voorzitter van het Presidium, of bij diens ontstentenis de eerste vice-voorzitter en bij diens afwezigheid de tweede vice-voorzitter wijst zodra hem of haar een beroepszaak ter kennis komt één der beschikbare leden van het Presidium aan tot voorzitter van de Raad van Beroep die met de behandeling van het beroep zal worden belast.
  6. De voorzitter van de Raad van Beroep verzoekt klager én STAR om ieder binnen 15 werkdagen na dat verzoek één lid aan te wijzen voor de Raad van Beroep. Klager en STAR brengen deze aanwijzing terstond ter kennis van de voorzitter van de Raad van Beroep. De inkennisstelling gaat vergezeld van een verklaring door het aangewezen lid van de Raad van Beroep waaruit diens bereidheid blijkt om toe te treden tot de Raad van Beroep.
  7. Indien één van partijen verzuimt om tijdig een lid voor de Raad van Beroep aan te wijzen, of om die aanwijzing terstond ter kennis te brengen van de voorzitter van de Raad van Beroep, zal de voorzitter van de Raad van Beroep namens de verzuimende partij een lid voor de Raad van Beroep aanwijzen.
  8. Zodra de Raad van Beroep is samengesteld zal hiervan schriftelijk mededeling worden gedaan aan de klager en aan STAR.
  9. Klager en/of STAR kunnen binnen 15 werkdagen na dagtekening van vorenstaande schriftelijke mededeling aan de voorzitter van de Raad van Beroep verzoeken één of meer leden van de ingestelde Raad te vervangen door een ander. Aan dit verzoek wordt door de voorzitter binnen 15 werkdagen gevolg gegeven, door de aanwijzing van één der andere leden van het Presidium in de ontstane vacature, indien het bezwaar de voorzitter zélf betreft, of door aanwijzing van één of twee materiedeskundigen voorzover het bezwaar één der andere leden van de Raad van Beroep betreft.

Partijen zijn gehouden de aldus samengestelde Raad van Beroep te accepteren.

**artikel 5 Behandeling van het beroep**

1. De Raad van Beroep start de behandeling van het beroep binnen 30 werkdagen na de definitieve samenstelling van de Raad.
2. De Raad hoort de klager en STAR.
3. De Raad gaat na of bij de ingezette procedure derde-belanghebbenden betrokken zijn en nodigt deze uit zich te voegen in de procedure.
4. De Raad bepaalt voor het overige zélf de beroepsprocedure.
5. De Raad van Beroep oordeelt als goede mannen en vrouwen naar redelijkheid en billijkheid en doet schriftelijk en gemotiveerd uitspraak.
6. De uitspraak wordt schriftelijk aan betrokkenen ter kennis gebracht.

**artikel 6 Beslissing op het beroep**

Een uitspraak inzake een beroep kan onder meer omvatten:

- a. de toekenning van een kwaliteitsverklaring;
- b. de intrekking van een kwaliteitsverklaring;
- c. een opdracht aan STAR tot volledige of gerichte herbeoordeling van een persoon of organisatie ten aanzien waarvan door STAR een beslissing inzake een kwaliteitsverklaring is genomen: alsdan zal de gebruikelijke procedure voor herbeoordeling worden gevolgd;
- d. een opdracht aan STAR tot het treffen van preventieve maatregelen die moeten leiden tot het voorkómen van de in de beroepsprocedure gewraakte omstandigheid;
- e. een opdracht aan STAR tot openbaarmaking van het oordeel;
- f. een gehele of gedeeltelijke veroordeling in de kosten van de procedure voor de geheel of gedeeltelijk in het ongelijk gestelde partij.

*Tilburg, 20 februari 2005*

## STAR-TARIEVEN 2009

De STAR-tarieven voor 2009 zijn door het STAR-Bestuur vastgesteld in zijn vergadering van 2009.

### 1. Entreebijdrage STAR.

- a. Voor toelating tot de STAR-beoordelingen is een entreebijdrage verschuldigd door organisaties die in het voorafgaande en lopende kalenderjaar geen NVAB-lid waren. De entreebijdrage is bedoeld als bijdrage in de initiële kosten van de Stichting Audicienregister, welke kosten geheel zijn betaald uit contributie-inkomsten van NVAB.
- b. De entreebijdrage in 2009 bedraagt € 1.000 voor ieder filiaal dat gerechtigd wil worden het Keurmerk 'de Audicien' te voeren. Het bestuur heeft besloten per 27 september 2009 deze bijdrage te verlagen naar € 500.

### 2 Beoordelingskosten.

- a. Aan de inschrijving in het audicienregister zijn geen kosten verbonden.
- b. Organisaties die een door de Stichting Audicienregister afgegeven kwaliteitsverklaring willen verwerven worden door of namens de Stichting Audicienregister ééns in de drie jaar beoordeeld en in de tussenliggende twee jaar gecontroleerd. De kosten daarvan worden door de Stichting Audicienregister rechtstreeks aan de betrokken organisatie in rekening gebracht:
  - Het audittarief bedraagt € 1.080 per dag.
  - Voor reiskosten geldt een bedrag van € 0,35 per kilometer.
  - De geschatte tijdsbesteding is als volgt:
    - per filiaal (auditor en materiedeskundige):
      - beoordeling (2 x 4 uur) € 1.080
      - jaarlijkse controle (2x3 uur in 24 mndn) € 810
      - (gemiddelde kosten op jaarbasis: € 875 + reiskosten).
    - per onderneming (multisite; auditor en materiedeskundige):
      - offerte op basis van aantal vestigingen: raming:
        - bezoek hoofdvestiging (2 x 4 uur) € 1.080
        - bezoek filialen:  $\sqrt{\text{aantal filialen}} \times 6 \text{ uur}$  (à € 810)

*Tilburg, oktober 2009.*