HKZ-norm 170

Mondzorg

Versie 2019

HKZ | NEN

HKZ IS DE BASIS > DE BASIS VOOR KWALITEIT > KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING > AAN MENSEN DIE KWALITEIT VERDIENEN > DOOR MENSEN DIE KWALITEIT WILLEN LEVEREN > DIE DE DIENSTVERLENING WILLEN VERBETEREN > DAT IS DE BASIS > DE BASIS VOOR BETER > DAT IS HKZ

HKZ-norm 170

Mondzorg

Versie 2019

Vastgesteld door het Centraal College van Deskundigen voor Zorg en Welzijn (CCvD-Z/W) op 21 januari 2019.

THIS PUBLICATION IS COPYRIGHT PROTECTED

DEZE PUBLICATIE IS AUTEURSRECHTELIJK BESCHERMD

Apart from exceptions provided by the law, nothing from this publication may be duplicated and/or published by means of photocopy, microfilm, storage in computer files or otherwise, which also applies to full or partial processing, without the written consent of the Royal Netherlands Standardization Institute.

The Royal Netherlands Standardization Institute shall, with the exclusion of any other beneficiary, collect payments owed by third parties for duplication and/or act in and out of law, where this authority is not transferred or falls by right to the Reproduction Rights Foundation.

Although the utmost care has been taken with this publication, errors and omissions cannot be entirely excluded. The Royal Netherlands Standardization Institute and/or the members of the committees therefore accept no liability, not even for direct or indirect damage, occurring due to or in relation with the application of publications issued by the Royal Netherlands Standardization Institute.

Auteursrecht voorbehouden. Behoudens uitzondering door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van het Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van fotokopie, microfilm, opslag in computerbestanden of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op gehele of gedeeltelijke bewerking.

Het Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoedingen voor verveelvoudiging te innen en/of daartoe in en buiten rechte op te treden, voor zover deze bevoegdheid niet is overgedragen c.q. rechtens toekomt aan de Stichting Reprorecht.

Hoewel bij deze uitgave de uiterste zorg is nagestreefd, kunnen fouten en onvolledigheden niet geheel worden uitgesloten. Het Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut en/of de leden van de commissies aanvaarden derhalve geen enkele aansprakelijkheid, ook niet voor directe of indirecte schade, ontstaan door of verband houdend met toepassing van door het Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut gepubliceerde uitgaven.

© 2019 Koninklijk Nederlands Normalisatie-instituut
Postbus 5059, 2600 GB Delft
Telefoon (015) 2 690 390, Fax (015) 2 690 190

Inhoud

Voorwoord **4**

Inleiding **5**

1 Randvoorwaarden voor goede mondzorg **9**
1.1 Beleid 9
1.2 Structuur en afspraken 10
1.3 Eisen praktijk 10
1.4 Continuïteit van zorg 11
1.5 Professioneel handelen 12
1.6 Bevoegdheid en Bekwaamheid 12
1.7 Professionalisering 13
1.8 Registratie incidenten, klachten en calamiteiten 14

2 Uitvoering van de mondzorg **15**
2.1 Informatievoorziening aan de patiënt 15
2.2 Patiëntendossier 16
2.3 Uitvoering van de zorg 17

3 Evaluatie en verbetering van de mondzorg **18**
3.1 Deelname aan visitatie 18
3.2 Meten, analyseren en verbeteren 18

Bijlage A (informatief) Definitielijst **20**

Bijlage B (normatief) Formulier voor zelfevaluatie **21**

Voorwoord

Voor u ligt een nieuwe HKZ-norm voor mondzorg. De nieuwe norm sluit aan bij de manier waarop de sector wil omgaan met kwaliteit. De norm is een praktische invulling van zowel randvoorwaardelijke toetsing als professionele kwaliteitstoetsing. De norm gaat uit van het primaire proces en het vakmanschap van de zorgprofessional.

Visitatie en certificatie zijn complementaire instrumenten en dragen bij aan het kwaliteitsbewustzijn in de branche. Kenmerken van kwaliteitsbewustzijn zijn het stimulerend verbeteren, de transparantie van processen en werkwijzen en het reflecteren op resultaten. Certificering tegen deze norm gaat volgens een vijfjarige certificatiecyclus waarvan ook zelfevaluatie en visitatie onderdeel uitmaken.

Inleiding

De HKZ-norm *Mondzorg* bevat eisen voor een kwaliteitsmanagementsysteem. De eisen voor dit kwaliteitsmanagementsysteem zijn gebaseerd op de principes van de ISO 9001:2015, en geschreven in een heldere taal die uitnodigt tot actie. Met deze norm kunnen praktijken een systeem opzetten dat helpt om te leren en te verbeteren en niet de nadruk legt op het schrijven van procedures en protocollen.

Deze norm sluit aan bij actuele thema's en bevat onder andere:

— eisen die de eigen regie van de patiënt ondersteunen;

— eisen voor het leveren van 'maatwerk' aan de patiënt;

— eisen voor shared decision making;

— relevante principes uit de Governancecode Zorg [1)];

— eisen voor risico management op praktijk- en procesniveau;

— eisen voor stakeholdermanagement;

— eisen voor samenwerking met interne en externe ketenpartners;

— eisen voor veiligheidscultuur;

— eisen voor patiënt- en medewerkersveiligheid.

Deze norm bestaat uit drie rubrieken.

Rubriek 1, Randvoorwaarden voor goede mondzorg, bevat eisen die de praktijk helpen om goed te kunnen sturen. Hierbij moet de praktijk in beeld hebben:

— wat de relevante interne en externe ontwikkelingen zijn;

— wat de behoeften en verwachtingen van de belanghebbenden zijn;

— wie de belangrijke stakeholders zijn, en

— wat de risico's zijn. Onder deze risico's worden zowel bedreigingen als kansen verstaan.

De uitkomsten van deze inventarisaties zijn ook van invloed op de strategie van de praktijk en het beleid dat hiermee samenhangt. Het kwaliteitsmanagementsysteem moet concrete doelen bevatten. Zo wordt het kwaliteitsmanagementsysteem een instrument dat echt bijdraagt aan het realiseren van de strategie van de praktijk. Hierdoor ligt het accent op het maken van bewuste keuzes in plaats van op het schrijven van protocollen en procedures.

Andere thema's in deze rubriek zijn: leiderschap, samenwerken, normen, waarden en veiligheidscultuur. Deze norm gaat uit van een zekere mate van vrijheid voor de medewerkers om invulling te geven aan hun taken. Om ervoor te zorgen dat de medewerkers hier op een goede manier mee om kunnen gaan, zijn eisen opgenomen die de bekwaamheid en bevoegdheid van de medewerkers ondersteunen.

---

1) Dit betreft de Governancecode Zorg, versie 2017.

Tot slot bevat deze rubriek eisen voor het op een laagdrempelige manier omgaan met signalen en klachten en eisen voor een systematiek van veilig melden van (bijna-)fouten, incidenten en calamiteiten.

Rubriek 2, Uitvoering van de mondzorg, beschrijft welke zaken binnen het primaire proces van belang zijn om optimale zorg aan de patiënt te kunnen geven. Deze 'zorg' kan bestaan uit behandeling, begeleiding, zorg- en/of dienstverlening. Belangrijke thema's hierbij zijn: ondersteuning van de eigen regie van de patiënt en het leveren van maatwerk. Daarnaast gaat deze rubriek over continuïteit van de 'zorg', afspraken over doorstroom en nazorg en dossiervorming, waarbij wordt aangesloten bij de professionele standaarden.

Rubriek 3, Evaluatie en verbetering van de mondzorg, bevat eisen voor het evalueren, leren en verbeteren op drie niveaus: patiëntniveau, procesniveau en praktijkniveau. Hierbij worden onder meer instrumenten als visitaties, verbeterregister, klachten, incidenten, calamiteiten, evaluatie verwijsrelaties, evaluaties zorg, evaluatie bij- en nascholing, evaluaties functioneren praktijkmedewerkers en zorgprofessionals, uitkomsten patiënttevredenheidsonderzoek, evaluaties praktijkoverleggen, evaluaties toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling etc.

De praktijk moet niet alleen maatregelen nemen, maar ook de effectiviteit van de getroffen maatregelen evalueren, zodat zo nodig kan worden bijgestuurd.

Governance

Praktijken die voldoen aan de eisen uit deze norm, voldoen aan deze principes uit de Governance Code Zorg (versie 2017):

— Zij bieden zorg van goede kwaliteit, die voldoet aan professionele standaarden en eigentijdse kwaliteits- en veiligheidseisen.

— De behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de patiënt staan centraal en zijn richtinggevend voor de te bieden zorg.

— De zorg komt tot stand op basis van een dialoog en samenwerking tussen zorgverlener en patiënt, waar nodig met de verwanten en/of naasten van de patiënt [2)].

— Zorgverleners handelen daarbij in overeenstemming met hun professionele verantwoordelijkheid.

— De zorg vindt plaats binnen de gegeven financiële mogelijkheden. De praktijk heeft bepaald welke waarden en normen gelden binnen de praktijk en passen bij de maatschappelijke positie.

— Er is een open aanspreekcultuur.

— Er wordt ruimte en vertrouwen gegeven aan professionals.

— Er is een cultuur van leren en verbeteren.

Samenstelling werkgroep

Voor de ontwikkeling van deze norm is een werkgroep in het leven geroepen. Deze werkgroep had zowel een adviserend als besluitvormend karakter. Aan de brede werkgroep HKZ-norm *Mondzorg* namen deskundigen deel van:

2) De naaste kan ook een wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorger zijn.

— Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;

— Associatie Nederlandse Tandartsen;

— Nederlandse Vereniging voor Parodontologie;

— Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam;

— Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde – UMCG;

— Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten;

— Nederlandse Vereniging van Orthodontisten;

— Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde;

— Organisatie van Nederlandse Tandprothetici;

— Zorgverzekeraars Nederland.

Daarnaast is deze norm besproken met Patiënten Federatie Nederland en is hun input verwerkt.

Adviseurs namens:

— Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

— Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;

— Brand Compliance;

— TÜV Nederland.

De werkgroep bijeenkomsten vonden plaats onder voorzitterschap van Prof. dr. A.J. Feilzer, decaan van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Reikwijdte

Deze HKZ-norm is van toepassing op het kwaliteitsmanagementsysteem van praktijken in de mondzorg, waaronder algemene tandheelkunde, mondzorgkunde, differentiaties [3)], tandprothetiek, en specialisaties [4)] (zowel orthodontisten, als MKA-chirurgen), ongeacht praktijkvorm, omvang of type activiteiten [5)].

3) Een gedifferentieerde tandarts heeft zich na zijn opleiding toegelegd op een bepaald deelgebied. Op de website van de wetenschappelijke verenigingen staan de ledenlijsten van de door hen erkende gedifferentieerde tandartsen. Deelgebieden staan op de website van de KNMT.
4) Tandarts-specialisten, orthodontisten en MKA-chirurgen, moeten zich inschrijven in het specialistenregister orthodontie (DMO) of kaakchirurgie (MKA) van de Registratiecommissie Tandheelkundige Specialismen (RTS). De inschrijving in het specialistenregister geeft het recht de wettelijk erkende en beschermde specialistentitel te voeren.
5) Praktijken die niet zeker weten of de reikwijdte van deze HKZ-norm van toepassing is op hun organisatie kunnen contact opnemen met HKZ.

Wijze van beoordeling en specifieke auditeisen

De toetsing van deze norm gebeurt volgens NCS 170, *Mondzorg*, behorend bij HKZ-norm 170, *Mondzorg*. Dit document is te downloaden via www.hkz.nl.

Het HKZ-certificaat wordt voor een periode van 5 jaar afgegeven door een certificerende instelling. Gedurende de certificatiecyclus worden instrumenten als zelfevaluatie (zie bijlage voor formulier) en visitatie ingezet. Enerzijds om het leren en verbeteren te stimuleren, anderzijds om na te gaan of de praktijk 'certificaatwaardig' blijft.

De 5-jarige cyclus bestaat uit verschillende onderdelen:

Jaar 1: initiële audit

De leadauditor van een certificerende instelling voert de initiële audit uit.

Jaar 2: zelfevaluatie en rapportage

De praktijk voert een zelfevaluatie uit en rapporteert dit aan de certificerende instelling. Dit gebeurt met een standaardformulier (zie bijlage B).

Jaar 3 of 4: visitatie

Eén keer per 5 jaar voeren vakgenoten een visitatiebezoek uit dat voldoet aan de vastgestelde criteria.

Jaar 5: zelfevaluatie en rapportage

Dit is een herhaling van de zelfevaluatie en rapportage zoals beschreven onder jaar 2.

1 Randvoorwaarden voor goede mondzorg

1.1 Beleid

1.1.1 De praktijk heeft een actueel beleidsplan waarin de missie, visie en doelstellingen omschreven staan.

1.1.2 Dit plan is opgesteld door en bekend bij medewerkers van de praktijk.

1.1.3 Binnen de praktijk is bekend welke stakeholders belang hebben bij de zorg voor de patiënten.

1.1.4 Binnen de praktijk zijn de eisen van de stakeholders vertaald naar risico's en kansen.

1.1.5 Er is een, op verbeteren gericht systeem, waarin doelstellingen aantoonbaar worden geëvalueerd en bijgesteld.

1.1.6 De praktijk bepaalt hoe zij de uitvoering van de zorg meet. Jaarlijks kiest de praktijk één thema over de uitvoering van de zorg en formuleert hiervoor een Kritieke Prestatie Indicator (KPI).

1.1.7 De praktijk heeft een weloverwogen aanpak voor evaluatie, vernieuwing en verbetering van haar diensten en producten en handelt hiernaar.

TOELICHTING

1.1.1 Het beleidsplan is in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving en met de afspraken binnen de betreffende branche. In het beleidsplan wordt onder meer aandacht besteed aan het patiëntenperspectief, de ketensamenwerking, praktijkvisie op mondzorg, patiëntveiligheid en doelgroepen. Daarnaast is er ook aandacht voor de manier waarop kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt. Doelstellingen zijn meetbaar en komen overeen met het beleid. Er worden bijvoorbeeld doelstellingen geformuleerd op het gebied van de zorg- en dienstverlening, patiënttevredenheid, medewerkers, en professionalisering.

1.1.3 De praktijk bepaalt wie relevante stakeholders (belanghebbenden) zijn voor de praktijk, zoals medewerkers, huisartsen, apothekers, zorgverzekeraars, verwijspraktijken tandheelkunde, beroepsverenigingen, Kimo, NZa, IGJ. Vervolgens stelt de praktijk relevante acties of strategieën vast, zoals het betrekken van medewerkers bij de bedrijfsvoering, monitoren van ontwikkelingen bij IGJ, informeren van patiënten.

1.1.4 Hier gaat het om de invloed die de stakeholders kunnen hebben op het bereiken van de doelstellingen van de praktijk. De praktijk kent de eisen en verwachtingen van de stakeholders en stemt het beleid daarop af. Het inventariseren van risico's is belangrijk. Op basis hiervan bepaalt de organisatie wat moet worden geaccepteerd, beheerst of geëlimineerd en hoe hieraan invulling moet worden gegeven (2.3.3).

De uitkomsten van de risico-inventarisaties zijn een basis om onder andere te bepalen:

— welke zaken moeten worden vastgelegd binnen de organisatie;

— wat de kaders zijn voor de invulling van de professionele vrijheid;

— wie de belangrijke stakeholders zijn en hoe met hen moet worden omgegaan.

1.1.5 De praktijk heeft signaleringsbronnen benoemd die aangeven of de zaken lopen zoals ze moeten lopen, waaruit blijkt of de doelstellingen worden gerealiseerd. Bij afwijkingen worden zichtbare maatregelen genomen waarmee verbeteringen worden doorgevoerd.

1.1.7 De praktijk heeft afspraken gemaakt om tijdig van toepassing zijnde wet- en regelgeving, richtlijnen en ontwikkelingen binnen de mondzorg te signaleren. Regelmatig worden deze signalen besproken en beoordeeld en wordt vastgesteld of en zo ja welke maatregelen nodig zijn.

1.2 Structuur en afspraken

1.2.1 Binnen de praktijk zijn de benodigde rollen en functies met de bijbehorende competenties en taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastgesteld en kenbaar gemaakt.

TOELICHTING

1.2.1 Het gaat hier bijvoorbeeld ook over de verantwoordelijkheid voor de behandeling als diverse disciplines bij de behandeling zijn betrokken. Dit kan bijvoorbeeld vastgelegd zijn in functieprofielen of taakomschrijvingen. Daarnaast moet binnen de praktijk vastgesteld worden of de disciplinemix overeenstemt met het patiëntenaanbod en als dit niet volstaat naar wie doorverwijzing plaats kan vinden (zie ook 2.1.4).

1.3 Eisen praktijk

1.3.1 De praktijk heeft haar eigen arbeidsvoorwaarden en/of volgt de arbeidsvoorwaardenregeling van de betreffende beroepsvereniging(en).

1.3.2 De praktijk identificeert de relevante wet- en regelgeving en bepaalt hoe die toegepast en bijgehouden wordt in de praktijk.

1.3.3 De personele bezetting van de praktijk is afgestemd op het aantal ingeschreven patiënten, de algemene patiënt-specifieke kenmerken en de doelstellingen van de praktijk.

1.3.4 De privacy van de patiënten is gewaarborgd.

1.3.5 De praktijk voldoet aan de eisen voor de veiligheid van de medewerkers, patiënten en hun gegevens.

1.3.6 De apparatuur in de praktijk is afgestemd op het aantal ingeschreven patiënten, de algemene patiënt-specifieke kenmerken en de doelstellingen van de praktijk. Deze wordt systematisch onderhouden conform aanwijzingen van de fabrikant en leverancier. De medewerkers zijn ingewerkt in het gebruik ervan.

1.3.7 De praktijk is toegankelijk voor haar patiënten.

1.3.8 Er is binnen de praktijk oog voor de werkbelasting van collega's/medewerkers en een systeem om dat evenwicht regelmatig te evalueren en te verbeteren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan (zie 1.1.1).

TOELICHTING

1.3.2 Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan wet- en regelgeving op het gebied van: radiologie, infectiepreventie, medicatieoverdracht, spoedgevallen, prikaccidenten, antistolling, privacy, meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, patiëntendossier. Denk aan WGBO, AVG, Wkkgz.

1.3.4 Privacy van patiënten behelst zowel de privacy tijdens de behandeling als de privacybescherming van de patiëntgegevens, zoals in het patiëntendossier, afsprakensysteem, emailverkeer. Hieronder vallen ook het bespreken en eventueel delen van patiëntgegevens met derden en de aandacht voor de privacy van de patiënt in de wachtkamer en aan de balie.

1.3.5 Er bestaat een wettelijke plicht om een Risico Inventarisatie en Evaluatie (RI&E) te doen als er personeel in dienst is. De KNMT heeft hiervoor een officieel erkend instrument ontwikkeld voor de tandarts-, orthodontie- en MKA-chirurgiepraktijk. Hiermee kan de praktijk risico's inventariseren, evalueren en maatregelen treffen. Maatregelen richten zich vooral op personeelsveiligheid (ergonomie, verzuim, straling, gevaarlijke stoffen), patiëntveiligheid en omgevingsveiligheid (BHV, calamiteitenplan, ontruimingsplan). Op het gebied van het veilig omgaan met (digitale) informatie moet de praktijk maatregelen treffen. De praktijk hanteert een werkwijze rondom datalekken.

1.3.7 Dit houdt in dat de praktijk de toegankelijkheid afstemt op de doelgroep die zij wil bedienen. Het gaat om toegankelijkheid in de breedste zin van het woord. Denk hierbij zowel aan toegankelijkheid van de praktijk voor patiënten met bijvoorbeeld fysieke, visuele of auditieve beperkingen als ook cognitieve beperkingen of bijvoorbeeld een niet-westerse achtergrond. Toegankelijkheid betekent aandacht hebben voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden op wat voor gebied dan ook.

1.3.8 Werkbelasting voor het personeel betreft fysieke belasting, psychosociale arbeidsdruk-belasting en daarbij ervaren werkdruk.

1.4 Continuïteit van zorg

1.4.1 In de praktijk zijn afspraken met betrekking tot de taakdelegatie/taakherschikking vastgelegd en voor alle betrokken medewerkers beschikbaar. De patiënt wordt hierover geïnformeerd voor zover het de patiëntenzorg betreft.

1.4.2 Verwijzing van patiënten vindt plaats volgens vaste afspraken. Registratie vindt plaats in het patiëntendossier. De verwijsafspraken worden periodiek geëvalueerd.

1.4.3 Zorgverleners voeren de met de patiënten afgesproken aanpak uit, zetten geschikte methoden en technieken in en benutten de deskundigheid van collega's en samenwerkingspartners.

1.4.4 Voor spoedgevallen is er een dienstregeling met goede bereikbaarheid en met heldere afspraken rondom (terug)verwijzing en/of overdracht. De praktijk informeert de patiënten hierover.

1.4.5 Er vindt evaluatie met de externe verwijsrelaties plaats.

TOELICHTING

1.4.1 Volgens de Wet BIG moet iedereen die tandheelkundige zorg verleent bekwaam zijn. Naarmate de tandheelkundige handelingen ingrijpender zijn, neemt het aantal wettelijke eisen toe. Voor verrichtingen met weinig risico moet de zorgverlener bekwaam zijn. Voor risicovolle verrichtingen gelden aanvullende eisen omtrent bekwaamheid. Voorbehouden handelingen kunnen alleen onder strikte voorwaarden door een andere zorgverlener worden uitgevoerd. Voorbehouden handelingen zijn: heelkundige behandelingen, geven van injecties, onder narcose brengen, maken van röntgenfoto's en voorschrijven van geneesmiddelen. De praktijk heeft protocollen waarin staat welke taken door wie, onder welke voorwaarden mogen worden uitgevoerd (zie ook IGJ document; Circulaire taakherschikking tandartszorg). Het informeren van de patiënt kan bijvoorbeeld via het dragen van een badge/naambordje met naam en functie op de werkkleding.

1.4.2 Verwijzing betreft doorverwijzing of samenwerking met andere professionals binnen of buiten de mondzorg. Denk hierbij aan een tandarts-specialist, zoals de orthodontist of MKA-chirurg, maar ook aan eerstelijns zorgverleners, zoals de logopedist, diëtist, huisarts, psycholoog of ergotherapeut. In het veld bestaan richtlijnen en LESA's om de zorg in geval van doorverwijzing goed te regelen. Binnen de praktijk zijn toepassingen van deze richtlijnen of LESA's aanwezig in de vorm van protocollen en werkafspraken. Leg in het patiëntendossier vast wie waarvoor verantwoordelijk is in het zorgproces. Ook gedegen terugrapportage is van belang.

1.4.3 De tandheelkundige zorgverlening (behandeling) vindt plaats op basis van de afspraken die gemaakt zijn met de patiënt en vastgelegd zijn in het zorgplan. De patiënt ontvangt tandheelkundige zorgverlening volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen van de praktijk. De praktijk kent de kwalificaties van de professionals waarnaar verwezen kan worden en maakt hier adequaat gebruik van.

1.4.4 De Praktijkrichtlijn 'Opvang tandheelkundige spoedgevallen buiten praktijkuren' wordt binnen de praktijk toegepast. De praktijk heeft de spoedgevallendienst geregeld en afspraken vastgelegd in een overeenkomst en informeert patiënten hierover. Ook de mogelijkheid voor patiënten om te beschikken over de eigen digitale patiëntgegevens kan hierin meegenomen worden.

1.4.5 De praktijk stelt vast hoe ze met externe verwijsrelaties de samenwerking evalueert.

1.5 Professioneel handelen

1.5.1 Zorgverleners houden zich aan de gedragscode van de betreffende beroepsvereniging en de van toepassing zijnde professionele standaard.

1.5.2 Zorgverleners houden zich aan de geldende richtlijnen en werkafspraken en protocollen van de praktijk.

1.5.3 Zorgverleners signaleren risico's, kritische signalen en ongewenste situaties in de dienstverlening en geven hieraan gevolg.

1.5.4 Zorgverleners nemen hun beroepsverantwoordelijkheid en benutten hun professionele ruimte in de rollen die zij hebben en de werkzaamheden die ze uitvoeren.

1.5.5 Op basis van goed informatievoorziening aan de patiënt en het professionele inzicht van de zorgaanbieder bepalen zorgverleners af welke interventies nodig zijn en welke professionele methoden en technieken daarbij gebruikt worden. De patiëntbehoefte speelt hierbij een belangrijke rol.

1.5.6 Zorgverleners zijn transparant in en toetsbaar op hun professioneel handelen.

TOELICHTING

1.5.1 De professionele standaard stelt dat een gemiddeld bekwame zorgverlener handelt op grond van wetenschap en ervaring met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel. De praktijk vertaalt de standaard in werkwijze en gedragingen voor de medewerkers in de praktijk.

1.5.2 Zorgverleners passen de professionele standaard in de praktijk toe via onder meer protocollen en werkafspraken (bekend bij en beschikbaar voor alle medewerkers).

1.5.3 Binnen de praktijk is een systeem voor het melden van signalen die iets zeggen over de organisatorische dienstverlening en andere dienstverlening binnen de praktijk. Medewerkers binnen de praktijk zijn bekend met dit systeem en kunnen veilig signalen melden.

1.5.4 De toepassing van richtlijnen en protocollen in de praktijk wordt vanuit het patiëntenperspectief en -belang gevolgd, waarbij gemotiveerde keuzes van de zorgverleners in overleg met de patiënt tot afwijking van de richtlijnen en protocollen kunnen leiden.

1.5.5 De gemotiveerde keuzes van de zorgverleners worden afgestemd op de behoeftes van de patiënt. Overeenstemming over de keuzes tussen de zorgverlener en patiënt zijn transparant.

1.5.6 Onderdeel van de kwaliteitscyclus van de praktijk is het evalueren van gedrag en implementatie van werkafspraken en richtlijnen. Conclusies worden besproken en eventuele maatregelen maken onderdeel uit van aanpassingen in het professionele beleid. Ook het (voorkomen van) vermeend disfunctioneren kan hierbij betrokken worden.

1.6 Bevoegdheid en Bekwaamheid

1.6.1 De praktijk werft en selecteert medewerkers met de benodigde competenties en checkt of de kandidaten aan de praktijkeisen voldoen.

1.6.2 Alle medewerkers in de praktijk zijn aantoonbaar bevoegd en/of bekwaam tot het uitvoeren van hun (gedelegeerde) taken.

1.6.3 (Nieuwe) medewerkers in de praktijk worden actief en volgens vastgestelde werkwijzen ingewerkt.

TOELICHTING

1.6.1 Zorgverleners die zorg verlenen aan kwetsbare patiëntengroepen, moeten in sommige situaties in het bezit zijn van een VOG. Het kan gaan om zorgverleners die werken met kwetsbare patiënten in GGZ-instellingen en WLZ-instellingen, maar ook om zorgverleners die werken met ouderen of kinderen. Het kan dus zijn dat zorgverleners een verzoek om een VOG ontvangen. Dit kan ook wanneer de zorgverlener de patiënt buiten de instelling behandelt (bijvoorbeeld in een centrum bijzondere tandheelkunde). De praktijk moet zich ervan vergewissen dat de wijze waarop iemand in het verleden heeft gefunctioneerd niet in de weg staat bij de inzet voor patiëntenzorg in de praktijk.

1.6.2 Dit kan bijvoorbeeld door het checken van opleiding en diploma's van alle medewerkers. Veel zal vastgelegd zijn in het personeelsdossier/zorgverlenersdossier van de medewerker. Denk bijvoorbeeld aan registraties in het kader van:

a) BIG/KRT/KRM;

b) Taakdelegatie;

c) welke bevoegdheden m.b.t. voorbehouden en risicovolle handelingen registraties;

d) buitenlandse diploma's;

e) modelovereenkomst in het kader van Wet DBA.

1.6.3 Nieuwe medewerkers krijgen een op hen en de praktijk toegesneden inwerkprogramma aangeboden. De doelstellingen voor dit programma zijn vastgelegd, evenals de evaluatiemomenten.

1.7 Professionalisering

1.7.1 De praktijk bevordert de professionele ontwikkeling van haar medewerkers [6)] en draagt zorg dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan medewerkers en patiënten van de praktijk. Evaluatie vindt volgens een vast patroon plaats.

1.7.2 Benodigde deskundigheidsbevordering en opleidings- en ontwikkelingsbehoefte van iedere medewerker wordt binnen de praktijk gestimuleerd en ondersteund. Jaarlijks vindt hierover afstemming, evaluatie en registratie plaats

1.7.3 Zorgverleners ontwikkelen hun benodigde competenties en onderhouden hun vakbekwaamheid.

1.7.4 Zorgverleners wisselen kennis en leerervaringen uit om zichzelf en de professionele uitoefening van het vak te ontwikkelen.

1.7.5 Zorgverleners verzamelen relevante feedback, evalueren het eigen functioneren op de afgesproken wijze en stellen eigen ontwikkeldoelen.

6) Hieronder vallen ook zzp'ers die niet in loondienst zijn.

TOELICHTING

1.7.1, 1.7.2 Medewerkers dienen deskundig en bekwaam te zijn en zich deskundig en bekwaam te achten. Per beroepsgroep gelden hiervoor eigen minimumeisen. De praktijk werkt met functieprofielen en beroepscompetentieprofielen. Met medewerkers worden afspraken over bij- en nascholing gemaakt en deze afspraken worden vastgelegd. De koppeling van de ambitie van de praktijk aan de benodigde bekwaamheden en competenties/leiderschap kan worden uitgewerkt in een professionaliseringsplan.

1.7.3 Tijdens functionerings- of ontwikkelgesprekken met medewerkers worden ambities van de praktijk en de medewerker besproken en wordt gekeken waar eventuele lacunes zitten. Individuele afspraken met medewerkers worden vastgelegd in een persoonlijk opleidingsplan. Met de invoering van de Wet Werk en Zekerheid (WWZ) is de werkgever verplicht de werknemer opleidingen of cursussen te laten volgen die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van zijn functie. Wanneer de functie van de werknemer komt te vervallen of wanneer de werknemer niet langer in staat is zijn functie uit te oefenen, dan is de werkgever in beginsel ook verplicht de werknemer (om) te scholen. Voor werkgevers brengt deze scholingsplicht met zich mee dat het begeleiden en ondersteunen van medewerkers (d.m.v. het aanbieden van opleiding, training en scholing) én het schriftelijk vastleggen daarvan nog belangrijker is.

1.7.4 Kennisuitwisseling kan plaatsvinden via intercollegiaal overleg, casuïstiekbespreking en het bijwonen van symposia en conferenties.

1.7.5 Werken aan kwaliteit betekent continu verbeteren. Dit kan op verschillende niveaus: op individueel niveau, praktijkniveau en buiten de praktijk om met collega's. Kennisdeling kan plaatsvinden via deelname aan een groep voor intercollegiaal overleg, meedoen aan visitatie, intervisie, bespreken van VIM-meldingen, bespreken van uitkomsten van patiëntenenquêtes.

1.8 Registratie incidenten, klachten en calamiteiten

1.8.1 De praktijk informeert de patiënt direct over de aard en de toedracht van incidenten met voor de patiënt mogelijke gevolgen en legt dit vast in het dossier van die patiënt. Binnen de praktijk wordt (bespreking van) dergelijke incidenten structureel gebruikt om herhaling te voorkomen en het zorgproces te verbeteren.

1.8.2 De praktijk neemt tijdig passende maatregelen in geval van klachten of incidenten in de behandeling en legt dit vast.

1.8.3 Er is een systeem waarmee het proces en de resultaten van de meldingen van incidenten worden gerapporteerd en geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

1.8.4 Complicaties worden centraal en in het patiëntendossier geregistreerd.

1.8.5 De praktijk doet in geval van een calamiteit melding bij IGJ.

TOELICHTING

1.8 Incident: een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden. Complicatie: Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van (onherstelbare) schade. Toelichting: Een complicatie kan het gevolg zijn van een onverwachte reactie van de patiënt, een bewust genomen risico (calculated risk) of van een incident tijdens het zorgproces. De 'ondergrens' van een complicatie is het aanpassen van het handelen. Calamiteit: Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid. (Brochure voor zorgaanbieders; Calamiteiten melden aan de IGZ, IGZ 2016).

Binnen de praktijk is een werkwijze vastgesteld om incidenten te melden en te analyseren. Er is iemand aangewezen, die zich inzet voor een veilige meldcultuur binnen de praktijk, zodat incidenten worden gemeld en die ervoor zorgt dat meldingen intern worden besproken en geanalyseerd. Het incident wordt gemeld aan de betrokken patiënt en van het incident wordt een aantekening gemaakt in het patiëntendossier van de patiënt (aard en toedracht, tijdstip incident, namen van de bij het incident betrokken zorgverleners). Incidenten kunnen patiëntgebonden zijn (bv. de patiënt wordt 'aan de verkeerde kant behandeld'; een hevige nabloeding van een patiënt) of praktijkgebonden (bv. na een dag werken controleert een medewerker de autoclaaf en ontdekt dat deze niet goed gewerkt heeft; schoon en vuil materiaal wordt verwisseld.)

Definitie veiligheidscultuur:

Er zijn diverse definities van veiligheidscultuur in omloop. De strekking van deze definities is dat veiligheid in alle lagen van een organisatie prioriteit heeft (positieve veiligheidscultuur). Het verwijst naar de mate waarin individuen en groepen zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor veiligheid en zodanig handelen dat zij onveilige situaties voorkomen, herstellen en communiceren om zo actief te leren van fouten. Hierdoor kunnen de leden van de organisatie hun gedrag, zowel op individueel als organisatorisch niveau, aanpassen op basis van de lessen die geleerd zijn van fouten. (Uit: Patiëntveiligheidscultuur in Nederlandse Ziekenhuizen, NIVEL 2013)

De directie kan dit aantonen door:

— voorbeeldgedrag te vertonen door de normen en waarden van de organisatie zelf na te leven en door bijvoorbeeld zelf ook open te zijn over fouten;

— het veiligheidsbewustzijn te ondersteunen en te faciliteren bij het oplossen van problemen;

— het melden van afwijkingen te stimuleren;

— medewerkers te stimuleren onveilige situaties te melden;

— zich op de hoogte te houden van wat er speelt op de werkvloer, bijvoorbeeld door 'veiligheidsrondes' te houden of periodiek in gesprek te gaan met medewerkers uit alle lagen van de organisatie;

— zich laagdrempelig op te stellen.

Op de website van IGJ staat welke werkwijze van toepassing is op meldingen.

2 Uitvoering van de mondzorg

2.1 Informatievoorziening aan de patiënt

2.1.1 Zorgverleners geven de patiënt de informatie die nodig is om (mee) te kunnen beslissen over zijn behandeling. De informatie wordt afgestemd op de patiënt en er wordt na gegaan of de informatie wordt begrepen.

2.1.2 Zorgverleners inventariseren met de patiënt waar de eventuele risico's zitten en hoe daarmee wordt omgegaan in de behandeling.

2.1.3 Zorgverleners nemen op basis van bovenstaande met de patiënt een besluit over de behandeling en leggen de afspraken die met de patiënt zijn gemaakt, vast.

2.1.4 Voor specifieke tandheelkundige zorg die de eigen praktijk niet levert, vindt in overleg met de patiënt doorverwijzing plaats en wordt de patiënt geïnformeerd over het vervolg.

2.1.5 Zorgverleners maken met elke patiënt afspraken over doelen, activiteiten, kosten en middelen en leggen dit vast in een zorgplan.

TOELICHTING

2.1 De zorgverlener moet de patiënt voorzien van alle informatie die nodig is om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde behandeling. Het betreft informatie over de aangeboden zorg, inclusief informatie over tarieven en kwaliteit, en ervaringen van andere patiënten. Er zijn verschillende manieren om patiënten te informeren, via de praktijkwebsite, patiëntenfolders in de wachtkamer of op de praktijkwebsite, posters of beeldschermen met patiënteninformatie in de wachtkamer of via verwijzing naar allesoverhetgebit.nl of websites als www.zorgkiezer.nl, www.vergelijkmondzorg.nl, www.independer.nl.

Afspraken worden transparant vastgelegd in het patiëntendossier.

2.2 Patiëntendossier

2.2.1 Voor elke patiënt wordt een dossier aangelegd in overeenstemming met de eisen uit wet- en regelgeving. Dit dossier bevat ten minste deze gegevens:

a) navraag anamnese;

b) complete tandheelkundige historie + anamnese;

c) actueel medicatie-overzicht;

d) gegevens die de zorgverlener met toestemming van de patiënt van de voorganger heeft overgenomen;

e) schriftelijke toestemming van de patiënt voor (begroting van) behandeling boven € 250,-/registratie dat de patiënt deze wens niet heeft;

f) zorgbehoefte van de patiënt;

g) alle uitgevoerde onderzoeken;

h) behandelplan;

i) informed consent van de patiënt;

j) verrichtingen met naam behandelaar;

k) verstrekte adviezen en voorlichting (inclusief reactie patiënt);

l) gegevens over horizontale en verticale verwijzing;

m) overzicht van correspondentie.

2.2.2 Binnen de praktijk wordt de dossiervoering regelmatig geëvalueerd en worden eventuele verbeteringen doorgevoerd.

2.2.3 De praktijk draagt er zorg voor dat patiënten op verzoek eenvoudig inzage in hun dossier krijgen.

TOELICHTING

2.2.3 Het inzagerecht staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO): 'Art 456 geeft U als patiënt recht op inzage en op correctie van Uw medisch dossier.'

De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander.

2.3 Uitvoering van de zorg

2.3.1 Er zijn vastgestelde werkwijzen/protocollen voor de meest belangrijke tandheelkundige behandelingen waar wet- en regelgeving, daar waar van toepassing, een onderdeel van vormt. Richtlijnen, werkwijzen en protocollen worden structureel in de praktijk besproken en geëvalueerd.

2.3.2 Er zijn vastgestelde werkwijzen voor taakdelegatie of taakherschikking en doorverwijzing of samenwerking met andere professionals.

2.3.3 De zorgverlener evalueert tijdens het zorgproces de geleverde zorg met de patiënt en stemt af of de zorg nog voldoet aan de wensen en behoeften van de patiënt. Het resultaat van de behandeling wordt met de patiënt geëvalueerd.

TOELICHTING

2.3.1 Binnen de praktijk zijn toepassingen van deze richtlijnen, werkwijzen en protocollen aanwezig.

2.3.2 Verwijzing kan plaatsvinden in de vorm van taakdelegatie of taakherschikking of doorverwijzing (horizontaal of verticaal) of samenwerking met andere professionals. In het veld bestaan richtlijnen en LESA's om de zorg in geval van doorverwijzing goed te regelen. Binnen de praktijk zijn toepassingen van deze richtlijnen of LESA's aanwezig in de vorm van protocollen en werkafspraken.

2.3.3 Dit kan bijvoorbeeld bij periodiek mondonderzoek. Het gebeurt op basis van de individuele situatie van de patiënt. Er is een interne werkwijze voor of er zijn afspraken over gemaakt.

3 Evaluatie en verbetering van de mondzorg

3.1 Deelname aan visitatie

3.1.1 Alle zorgverleners [7)] in de praktijk nemen deel aan de praktijkvisitatie.

TOELICHTING

3.1.1 Minimale eisen aan praktijkvisitatie zijn:

Het algemene oordeel en de conclusies in het verslag van de visitatie zijn gebaseerd op het toetsingskader dat de normen van de professionele praktijk weergeeft. In het verslag kunnen aanbevelingen en adviezen worden gegeven. Aanbevelingen hebben betrekking op feitelijke tekortkomingen in de praktijk, zoals het niet volgen van de richtlijn *Infectiepreventie in de mondzorg*. Adviezen hebben betrekking op de eigen ambities van de praktijk en hebben geen dwingend karakter. Praktijken die niet (geheel) voldoen aan de eisen, kunnen een certificaat van deelname ontvangen. In het verslag staat een aantekening dat de praktijk op het moment van visiteren niet voldeed aan de eisen van een professionele praktijk. Of er wordt in het verslag de aanbeveling gedaan om een verbeterplan op te stellen en de visitatie wordt aangehouden. Het verbeterplan dient dan binnen drie maanden ter beoordeling aan de hoofdvisiteur te worden aangeboden. De praktijk neemt contact op met de hoofdvisiteur als de belangrijke verbeterpunten zijn doorgevoerd. De hoofdvisiteur kan de praktijk hierna opnieuw bezoeken. Als de verbeteringen zichtbaar zijn doorgevoerd, maakt de hoofdvisiteur een bijlage van het verslag en geeft aan dat de praktijk per datum voldoet aan de eisen van een professionele praktijk.

3.2 Meten, analyseren en verbeteren

3.2.1 Medewerkers van de praktijk nemen deel aan een systeem om periodiek het individueel functioneren te evalueren en op basis daarvan verbeteringen door te voeren en één of meer van hen hebben daarin een actieve en initiërende rol.

3.2.2 Onderzoek naar patiëntervaringen vindt plaats, de uitkomsten worden geëvalueerd en besproken en verbeteracties uitgevoerd en geëvalueerd.

3.2.3 Er is een systeem waarmee de praktijk-overleggen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de praktijk-overleggen te verbeteren.

3.2.4 De praktijk heeft een systeem waarmee de verbetercyclus van klachten en signalen van onvrede wordt geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om het proces en de resultaten te verbeteren.

3.2.5 De toegangstijd en wachttijd voor diagnostiek en behandeling wordt gemonitord en leidt waar nodig en/of gewenst tot verbetering door aanpassing van beleid, hetgeen periodiek wordt gecontroleerd.

3.2.6 Uitkomsten van praktijkvisitaties leiden, als daartoe aanleiding is, tot verbetermaatregelen. Verbeterplannen worden uitgevoerd.

3.2.7 Uitkomsten over de uitvoering van de zorg (inclusief het thema waarvoor een KPI geformuleerd is, zie eis 1.1.6) worden geanalyseerd en leiden zo nodig tot verbetermaatregelen.

---

7) Dit zijn alle leden van het mondzorgteam, ook zzp'ers die niet in loondienst zijn, maar wel onder de verantwoordelijkheid van de praktijk vallen.

3.2.8 Op basis van uitgevoerde evaluaties, neemt de praktijk maatregelen waarmee aangetoond wordt dat zij in staat is voortdurend te leren en te verbeteren.

TOELICHTING

3.2 Het stimuleren van continu leren en verbeteren kan bijvoorbeeld door:

— het geven van complimenten, maar ook elkaar durven aanspreken;

— fouten durven toe te geven aan elkaar en de informatie over fouten te gebruiken om onderzoek te doen naar oorzaken, zodat de processen en het systeem kunnen worden verbeterd;

— expliciete aandacht te hebben voor reflectie: feedback/mentor/intervisie om stil te staan bij het geleerde;
het faciliteren van verbeterprojecten binnen de organisatie;

— het communiceren over behaalde resultaten.

Daar waar meerdere praktijken onder het managementsysteem vallen, wordt een oordeel verwacht over de werking van het systeem. Input hiervoor zijn bijvoorbeeld: visitaties, verbeterregister, klachten, incidenten, calamiteiten, evaluatie verwijsrelaties, evaluaties zorg, evaluatie bij- en nascholing, evaluaties functioneren praktijkmedewerkers en zorgprofessionals, uitkomsten patiënttevredenheidsonderzoek, evaluaties praktijkoverleggen, evaluaties toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling etc.

Bijlage A
(informatief)

Definitielijst

Richtlijn
Een richtlijn geeft aanbevelingen over het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Een richtlijn wordt gemaakt door samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek, afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, en kennis en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers met elkaar te combineren.

[BRON: *Richtlijn voor richtlijnen*, 2012]

Protocol
Een protocol geeft aan hoe zorgverleners in de dagelijkse praktijk moeten handelen. De vrijheid van handeling is bij een protocol beperkt. Een protocol geeft namelijk stap voor stap aan hoe gehandeld moet worden. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden daarom meer in detail vastgelegd. Lokale protocollen worden vaak afgeleid van landelijke richtlijnen.

[BRON: *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling*, 2014]

Werkafspraak
Een werkafspraak tussen professionals is een lokale invulling van richtlijnen en kan ook tijdsgebonden zijn: het kan zijn dat 's-nachts andere werkafspraken gelden dan overdag.

Zorgaanbieder
Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener.

Zorgverlener
Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Bijlage B
(normatief)

Formulier voor zelfevaluatie

Tabel B.1 — Opvolging naar aanleiding van bevindingen van de vorige audit

	Bevinding van de vorige audit / visitatie	Reactie/oplossing van de praktijk op de tekortkoming, stand van zaken sinds vorige audit.	Informatie/documentatie/registratie van de praktijk waaruit blijkt dat: — een (voorgenomen) actie is uitgevoerd; — de actie het gewenste effect/resultaat heeft.	HKZ-normeis
1				
2				
3				

Tabel B.2 — Wijzigingen in de praktijk

	Onderwerp/Vraag	**Reactie/Toelichting door de praktijk**	**HKZ-normeis**	**Reactie leadauditor**
	Is er een gewijzigd beleidsplan/jaarplan van de praktijk? Zo ja, meesturen.		1.1.1	
	Aantal (incidenten, klachten, calamiteiten) sinds vorige audit. Geef een korte toelichting op uw acties n.a.v. deze incidenten.	Toelichting:	1.8.1 1.8.2 1.8.3 1.8.4 1.8.5 3.2.4	

	Onderwerp/Vraag	Reactie/Toelichting door de praktijk	HKZ-normeis	Reactie leadauditor
	Is er afgelopen jaar bezoek geweest van de IGJ of andere inspectie waarbij de praktijk betrokken was? Zo ja: — Wat waren de opmerkingen van de inspectie? — Tot welke (effectieve) veranderingen/acties heeft dit geleid de praktijk betreffen (rechtstreeks of indirect)?			
	Heeft sinds de laatste audit een onderzoek naar patiëntervaringen plaatsgevonden? Zo ja: – Wat was de uitkomst daarvan? – Wat is de actie van de praktijk daarop: wanneer wordt/is deze actie geëvalueerd en hoe?	Toelichting:	3.2.2	
	Zijn er sinds de vorige audit veranderingen opgetreden in de praktijk qua samenstelling of omvang of infrastructuur? Tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten)?	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.3.3 1.3.6 1.3.8	
	Is er een actueel overzicht waaruit blijkt dat medewerkers bevoegd en bekwaam zijn?		1.6.2	
	Is de overlegstructuur binnen de praktijk veranderd, zowel van patiëntbesprekingen als van het beleid?	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.2.2 3.2.3	

	Onderwerp/Vraag	**Reactie/Toelichting door de praktijk**	**HKZ-normeis**	**Reactie leadauditor**
	Is er iets veranderd in de samenwerking binnen de praktijk, bij de taakdelegatie en/of taakherschikking?	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.4.1 1.4.2 1.4.3 2.3.2	
	Is er iets veranderd in de samenwerking met externen/ (keten)-partners? (*Zijn er partners bij gekomen/afgevallen?* *Zijn afspraken veranderd/ vastgelegd?)*	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.4.5 1.1.3 1.1.4	
	Zijn er wijzigingen sinds de laatste audit in de gehanteerde protocollen en richtlijnen van de praktijk?	Nee Zo ja, vermeld de veranderde protocollen en stuur ze mee	1.3.2 1.5.2 2.3.1 2.3.2	
	Is er iets veranderd in de 24-uursbereikbaarheid? (Ook tijdens avond, weekend, vakanties, congressen)	Nee Zo ja, vermeld de verandering:	1.4.4	
	Is de informatie-voorziening aan patiënten sinds de laatste audit veranderd?	Nee Zo ja, vermeld hoe deze nu is en stuur informatie mee	2.1.1 2.1.5	

Tabel B.3 — Huidige stand van zaken

	Onderwerp/ Vraag	Reactie/Toelichting door de praktijk	HKZ-normeis	Reactie leadauditor
	Wat waren de meetbare doelen van afgelopen jaar/ jaartal? — Op welke wijze is gemeten in hoeverre ze behaald zijn? — Wat is de mate waarin ze gerealiseerd zijn? — Analyse daarvan? — Nieuwe/aangepaste doelen voor het komende jaar?	Documentatie meesturen, waarin de doelen, acties, resultaten staan.	1.1.1 1.1.5 1.1.6	
	Hoe is gewaarborgd dat de nieuwe medewerkers voldoende toegerust zijn voor hun werk in de praktijk? — Inwerken — Ervaring — Bijscholing	Beschrijf de aanpak	1.6.1 1.6.2 1.6.3	
	Welke bijscholing hebben de medewerkers van de praktijk sinds de vorige audit gevolgd?	Overzichtslijst	1.7.1 1.7.2 1.7.3 1.7.4	
	Hoe waarborgt de praktijk dat een behandeling/verwijzing op verantwoorde wijze plaatsvindt (tijdig, volledig, m.m.v. patiënt, …)?	Beschrijf de gevolgde werkwijze	1.4.1 1.4.2 1.4.3 2.1.1 2.1.2 2.1.3 2.1.4 2.1.5	

Basis
voor beter

HKZ | NEN

Postadres
Postbus 5059
2600 GB DELFT

Bezoekadres
Vlinderweg 6
2623 AX DELFT

T (015) 2 690 318
E info@hkz.nl

www.hkz.nl