



Visitatie SBT Amsterdam

19 november 2014

Inleiding

In het kader van de accreditatiepilot van Cobijt vond op 19 november 2014 de visitatie plaats van SBT Amsterdam. De visitatiecommissie bestond uit gedifferentieerde tandartsen uit collega-CBT's: Arend-Jan Schoolderman (Gehandicaptenzorg), Emmeke de Laat (Gehandicaptenzorg), Arianne Diemel (Angstbegeleiding), Caroline van Houtem (Angstbegeleiding, alleen 's middags aanwezig), Kees de Putter (Gerodontologie), Ad Slagter (MFP) en Peter Lansen (Pedodontologie). De commissie werd voorgezeten door Jo Caris en secretariael ondersteund door Marianne van der Weiden. Het bezoekprogramma is opgenomen als bijlage 1.

De commissie heeft ter voorbereiding kennisgenomen van de zelfevaluatie en de bijbehorende bijlagen die door SBT vooraf zijn toegestuurd. De accreditatiecommissie (bestaande uit Jo Caris, Ad Slagter, Ingrid Booster en Joost van Schaik) had deze als voldoende beoordeeld en een *go* aan het visitatietraject gegeven.

De visitatiecommissie doet in deze rapportage verslag van haar bevindingen. De bevindingen zijn gebaseerd op de zelfevaluatie inclusief bijlagen en de gesprekken die tijdens het visitatiebezoek zijn gevoerd. De rapportage concentreert zich op de bevindingen en het oordeel van de visitatiecommissie. Voor de beschrijving van de stand van zaken per onderwerp verwijst de commissie naar de zelfevaluatie, die als bijlage bij deze rapportage is gevoegd. Aanvullende informatie die in de gesprekken naar voren kwam, is in onderstaande rapportage opgenomen.

Onderwerp 1. De beoogde zorg

1.1 Missie en visie

SBT wil tandheelkundige behandeling mogelijk maken voor patiëntengroepen die niet in de gewone praktijk terecht kunnen. De commissie stelt vast dat dit voor SBT niet alleen betekent dat ze bijzondere tandheelkundige zorg op basis van de zorgverzekeringswet aanbiedt aan patiënten die naar SBT worden doorverwezen, maar ook faciliteert dat (meer eenvoudige) tandheelkundige zorg aan bijzondere groepen, zoals bewoners van verpleeghuizen en instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking wordt geboden. Om de zorg voor deze groepen toegankelijk te maken zet SBT mobiele units in voor zorg op locatie. SBT ziet het faciliteren van de zorg aan deze bijzondere groepen als een maatschappelijke taak voor zichzelf in de regio Amsterdam: SBT als een *center of last resort*.

In de zelfevaluatie vermeldt SBT dat ze zich wil ontwikkelen tot een *center of excellence* binnen de bijzondere tandheelkunde. Dit past naar het oordeel van de commissie bij haar nauwe verbindingen met wetenschappelijke instellingen als ACTA (Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam), het VUmc (VU medisch centrum), AMC (Academisch Medisch Centrum) en AvL (Antoni van Leeuwenhoek). Overigens is de samenwerking met dergelijke grote organisaties een complex geheel, doordat ze allemaal hun eigen accenten leggen en de samenwerking vaak niet planmatig is aangepakt, maar historisch gegroeid is.

Tijdens het bezoek vernam de commissie dat SBT in omvang verder wil groeien en hiervoor binnen het ACTA-gebouw beperkte ruimte ziet, bijvoorbeeld voor de gerodontologie. SBT heeft aangegeven

dat groei geen doel in zichzelf is. De vraag is bepalend en in deze vraag is een groei te zien, waardoor SBT de faciliteiten wil uitbreiden. De commissie merkt op dat het nodig is bij deze groei keuzes te maken als SBT zich wil ontwikkelen tot een *center of excellence*. Daarvoor zijn immers een focus en een expliciet langetermijnbeleid noodzakelijk. De commissie merkt op dat een dergelijke ontwikkeling spanning kan opleveren met de maatschappelijke rol als *center of last resort*, waarop SBT een antwoord zal moeten geven.

Het viel de commissie op dat SBT geen langetermijnvisie heeft geformuleerd en zich voornamelijk reactief opstelt door in te spelen op de mogelijkheden die zich voordoen. Gezien de expertise die SBT in huis heeft, adviseert de commissie SBT zich proactiever op te stellen en de rol van *leading partner* op zich te nemen op het terrein van de bijzondere tandheelkunde. SBT heeft zich voorgenomen te werken volgens een *business-to-business*-model in plaats van het huidige *person-to-business*-model. Dat past naar het oordeel van de commissie bij het uitbouwen van een sterkere rol in het complexe geheel aan samenwerkingspartners.

1.2 Profilering

SBT biedt zorg in alle differentiaties van de bijzondere tandheelkunde, waarmee SBT zich profileert ten opzichte van andere CBT's. SBT onderscheidt zich ook in positieve zin door de grote betrokkenheid bij en inzet voor de opleiding van gedifferentieerde tandartsen. De relatie met ACTA speelt hierbij een positieve rol. De commissie waardeert dat SBT de middelen en expertise van de Stichting ter Bevordering van de Bijzondere Tandheelkunde wil inzetten voor het brede veld van CBT's. De aanbeveling van de vorige accreditatiecommissie om de capaciteit van het preventieteam uit te breiden, is ter harte genomen. Inmiddels heeft SBT 5 fte preventiemedewerkers in dienst.

SBT is een zelfstandige organisatie, die gebruik maakt van de faciliteiten van ACTA. Vanuit deze zelfstandige positie is SBT samenwerkingsrelaties aangegaan met veel partijen. Dit betreft niet alleen de academische zorginstellingen, die hierboven vermeld zijn, maar ook het OLVG (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis), het Slotervaartziekenhuis en instellingen voor ouderenzorg en mensen met een verstandelijke (en lichamelijke) beperking. Doordat tot nu toe vooral gewerkt is vanuit een *person-to-business*-benadering en de kansen gegrepen zijn die zich voordeden, heeft SBT minder regie op deze samenwerkingsrelaties dan gewenst en, naar het oordeel van de commissie, mogelijk is. De commissie vindt het bijvoorbeeld opvallend dat er in Amsterdam twee schisis-teams zijn, bij het AMC en het VUmc, en dat de positie van SBT daarbij onduidelijk is. SBT zou de regie moeten nemen om samenhang tussen de behandelmogelijkheden van schisis in de regio tot stand te brengen. Eveneens zou SBT een centrale positie moeten innemen bij de orthodontie en de oncologie. Een goed voorbeeld van onderlinge kruisbestuiving ziet de commissie in de samenwerking tussen de afdeling gnathologie van SBT en de afdeling orale kinesiologie van ACTA.

Conclusie

De commissie stelt met waardering vast dat SBT het complete scala aan gedifferentieerde tandheelkundige zorg biedt, gekoppeld aan opleidingen in alle differentiaties. SBT ziet zichzelf als *center of last resort* en wil uitgroeien tot een *center of excellence*. De kansen die zich op beide terreinen voordeden, heeft SBT in de afgelopen periode benut, waardoor het op het hele terrein van de bijzondere tandheelkunde en voor de kwetsbare groepen in de regio actief is. Voor de komende periode adviseert de commissie SBT een langetermijnbeleidsplan op te stellen om op basis daarvan tot

meer samenhang en perspectief te komen. Dat zal bijdragen aan de ambitie om door te ontwikkelen tot een *center of excellence* en zal SBT helpen een meer proactieve rol te nemen in het complexe veld van samenwerkingsrelaties.

Onderwerp 2. De zorgomgeving

De huidige Raad van Bestuur (RvB) heeft een organisatie vormgegeven met een open cultuur. Uit het gesprek dat de visitatiecommissie voerde met de verschillende medewerkers, bleek dat de zorg- en werkomgeving bijdragen aan de kwaliteit van de tandheelkundige zorg.

2.1 Planning van de zorg

In de zelfevaluatiedocumenten beschrijft SBT de processen van aanmelding, intake en wachtlijstbeheer. Hieruit blijkt dat deze processen goed en efficiënt zijn georganiseerd. De aanbevelingen van de vorige accreditatiecommissie ter verhoging van de efficiëntie zijn overgenomen.

Uit het gesprek met de medewerkers bleek dat de taakverdeling bij iedereen goed bekend is en dat men gemakkelijk naar elkaar toe loopt voor overleg en afstemming.

Ter ondersteuning van een goede planning is er regelmatig overleg, vooral gericht op de inhoudelijke zorg en op werkafspraken. Voor de organisatorische informatievoorziening gebruikt SBT sinds 2012 het intranet en een digitale maandelijkse nieuwsbrief. Vooral de nieuwsbrief voorziet in een behoefte en wordt gewaardeerd.

2.2 Inhoud en kwaliteit van de zorg

De commissie heeft met tandartsen Gehandicaptenzorg, Angstbegeleiding, Geriatrie, Pedodontologie, MFP en TMD vier geslaagde en vier minder geslaagde casussen besproken.

In alle disciplines wordt patiënten gevraagd vragenlijsten in te vullen, meestal bij aanmelding, in andere disciplines bij de intake. Door de uitgebreidheid van de vragenlijsten is dit voor de patiënten een flinke belasting. Het is de commissie niet helemaal duidelijk geworden of het invullen een automatisme is of dat de informatie daadwerkelijk benut wordt. De commissie adviseert SBT het gebruik van deze lijsten nog eens tegen het licht te houden op noodzaak en gebruik. De commissie adviseert SBT daarnaast de wettelijke verplichting ten aanzien van de meldcode kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld (en de kindcheck) te implementeren.

SBT hanteert inhoudelijk een heldere visie op de geboden zorg (zie ook onderwerp 1) en de commissie heeft een positief beeld van de organisatie van de geboden zorg. De beschrijving in de zelfevaluatie laat zien dat SBT de landelijke richtlijnen volgt en regelmatig actualiseert. Deze werkwijze werd tijdens het bezoek bevestigd.

Zowel bij de intake als bij de behandeling is er intensief multidisciplinair overleg en worden ook psychologen, , een orthopedagoog, een fysiotherapeut en ondersteunende medewerkers, zoals (gespecialiseerde) assistenten en mondhygiënist, betrokken. Bij Angstbegeleiding wordt ongeveer de helft van de intakes gezamenlijk met een psycholoog uitgevoerd. De commissie is van oordeel dat de intakes zorgvuldig plaatsvinden. Wel merkt de commissie op dat er ook patiënten worden

aangemeld van wie niet helemaal duidelijk is of ze onder de centrumindicatiestelling vallen. Soms wordt een patiënt doorverwezen omdat de huistandarts er geen raad (meer) mee weet, terwijl het strikt genomen geen CBT-indicatie betreft. De commissie adviseert in dergelijke gevallen deze patiënten na een eerste opvang en behandeling sneller terug te verwijzen en de behandeling af te bouwen. Met name het nog relatief nieuwe team Gerodontologie is erg betrokken en enthousiast, maar zou om overbelasting te voorkomen strikter moeten vastleggen wat de CBT-indicatie is om als criterium bij intake te hanteren.

De teams per differentiatie zijn van hoog niveau. Op basis van de casusbesprekingen stelt de commissie vast dat er sprake is van goede kruisbestuiving en verantwoorde taakdelegatie, bijvoorbeeld naar assistenten. Bij de behandeling van kokhalsproblemen is er een grote rol weggelegd voor de assistenten, meer dan de commissieleden uit eigen praktijk gewend zijn. In de inhoudelijke werkoverleggen wordt de voortgang van de behandeling overigens naar het oordeel van de commissie voldoende besproken, zodat het werk van de assistenten past bij het andere deel van de behandeling.

Een aantal gedifferentieerde teams is groot, bijvoorbeeld Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg (A&G) en MFP met respectievelijk achttien en twaalf medewerkers, voor in totaal 8,41 en 4,65 fte. Alle tandartsen werken parttime voor SBT, meestal twee dagen per week. Patiënten krijgen daardoor soms met verschillende behandelaars te maken. Dat is voor de patiënt niet altijd prettig, maar kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg doordat collega's meekijken en nieuwe input kunnen leveren.

Als gevolg van de multidisciplinaire aanpak zijn de behandelteams vaak groot. Daarbij is de eindverantwoordelijkheid voor het proces niet altijd voldoende helder vastgelegd en duurt een behandeling vaak lang. Er zouden naar het oordeel van de commissie tijdens een behandelproces momenten moeten zijn om op basis van de tot dan toe bereikte resultaten na te gaan of de behandeling het gewenste resultaat gaat opleveren. Een aantal minder geslaagde casussen die tijdens het bezoek besproken zijn, betrof therapieresistente patiënten en patiënten bij wie stabilisatie tot stand was gebracht. Er lijkt geen mechanisme te zijn om in dergelijke gevallen tot stopzetting van de behandeling te besluiten. Een aanpak zou kunnen zijn om de zorg te laten voortzetten door preventieassistenten en mondhygiënist, eventueel aangevuld met periodiek een controlemoment door de SBT-tandarts. Door een meer sturende aanpak heeft SBT meer grip op de groei van het patiëntenbestand, die op dit moment redelijk autonoom lijkt te zijn. Deze aanbeveling sluit aan bij het advies van de commissie om tot meer focus te komen op basis van een meerjarenbeleidsplan (zie onderwerp 1). Kortom, de commissie vindt het intensieve intercollegiale overleg een sterk punt van SBT, maar adviseert een sterkere regie te organiseren om te kunnen besluiten tot afsluiting van een behandeling.

Terugverwijzing is een arbeidsintensief proces en de commissie realiseert zich dat dit vaak lastig is. Een CBT is daarbij mede afhankelijk van het netwerk, maar SBT heeft laten zien dat hier zeker resultaat te behalen is. Afbehandeling en terugverwijzing vinden vaker plaats bij Angstbegeleiding dan bij andere differentiaties. De vorige visitatiecommissie adviseerde de afbehandelde angstige patiënten terug te verwijzen naar tandartsen met affiniteit voor deze specifieke groep en hiervoor een netwerk op te bouwen. Het daarvoor ontwikkelde vlechtbeleid werpt kennelijk zijn vruchten af.

2.3 Kwaliteit van de medewerkers

In de zelfevaluatie beschrijft SBT het beleid ten aanzien van de kwaliteit van de medewerkers en het multidisciplinair werken. Zoals hierboven (paragraaf 2.2) vermeld, bevestigt de visitatiecommissie dat het beschreven beleid in praktijk zichtbaar is. Omdat SBT-medewerkers naast of vanuit hun werk bij SBT ook veelvuldig op andere locaties werkzaam zijn, heeft de commissie zich bij de voorbereiding afgevraagd of er voldoende sprake was van *teambuilding* en een SBT-cultuur. Tijdens het bezoek bleek dat dit voor de betrokkenen geen probleem is. Er is sprake van een flexibel team met een grote betrokkenheid bij SBT. De variatie aan werkplekken naast SBT laat zien dat de medewerkers voldoende open staan voor de buitenwereld. Dat is ook nodig voor de gewenste samenwerking met de verschillende partners. Bij de planning van overleggen wordt voldoende rekening gehouden met de agenda's van parttimers, zowel van tandartsen als van andere categorieën personeel. De inhoudelijke afstemming binnen en tussen disciplines wordt bevorderd door de verschillende structurele overlegvormen, wat een van de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie was. Ook de kruisbestuiving met een aantal afdelingen van ACTA door middel van personele unies werkt inhoudelijk goed, al adviseert de commissie dit beleidsmatig te verankeren. Een meer structurele aanpak maakt SBT minder afhankelijk van de aanwezigheid en relaties van de individuele medewerkers.

Het gesprek met de medewerkers bevestigde voor de commissie dat SBT een goed gestructureerd personeelsbeleid heeft. Alle regelingen in het kader van HRM-beleid (verlof, reiskosten, scholing, studiekosten, jaargesprek, gedragsregels) zijn in overleg tussen RvB, MT en OR herschreven. Leidinggevendend zijn bereikbaar en toegankelijk. De medezeggenschap is goed georganiseerd en de medewerkers voelen zich gehoord. De werkbelasting is een continu aandachtspunt voor de afdelingshoofden en valt momenteel binnen aanvaardbare grenzen.

SBT neemt de opleidingsverantwoordelijkheid serieus en houdt daarbij rekening met de belangen van medewerkers en patiënten. Studenten spelen alleen een beschouwende rol, tenzij ze hun masterstage volgen (32 dagen). In dat geval worden ze ingezet om te assisteren. Er is maximaal één student per team en goedkeuring van de tandarts, de assistente en de patiënt is vereist. Tandartsen in opleiding tot een differentiatie behandelen zelf en hebben niet alleen wekelijks een opleidingsoverleg, maar ook tussendoor regelmatig overleg met hun opleider. Er zijn vijf tandartsen in opleiding tot een differentiatie bij Gehandicaptenzorg, één bij Gerodontologie, vier bij MFP en drie bij Angstbegeleiding. Op dit moment zijn ze aangesteld voor 0,4 fte. Volgend jaar wordt dat uitgebreid naar 0,6 fte, waarbij 2,5 dag beschikbaar is voor patiëntenzorg en een halve dag voor studie.

Voor elke medewerker is er een scholingsbeleid en –budget. Het budget kan gespaard worden over een aantal jaren, zodat ook duurdere cursussen of opleidingen gevolgd kunnen worden. Bijscholing in het kader van herregistratie (tandartsen, mondzorgkundigen) wordt door SBT betaald. In de jaargesprekken worden scholingswensen en –behoeften besproken. Sommige opleidingen zijn verplicht voor een bepaalde groep medewerkers, individuele scholing wordt georganiseerd als de leidinggevende of de medewerker de behoefte signaleert, bijvoorbeeld naar aanleiding van een taakverandering. De aanbeveling van de vorige visitatiecommissie om aandacht te besteden aan de kennisontwikkeling van de tandartsassistenten is in het herschreven scholingsbeleid gehonoreerd.

2.4 Kwaliteit van de voorzieningen

Sinds de vorige accreditatie is SBT verhuisd naar een nieuw gebouw. SBT is gehuisvest op de tweede etage van het ACTA-gebouw. De commissie was verbaasd om in het

medewerkertevredenheidsonderzoek uit 2012 te lezen dat er ondanks de verhuizing naar de nieuwbouw veel klachten waren over de huisvesting. Tijdens het bezoek verklaarden de medewerkers en de RvB dit uit de aanloopproblemen die zich hebben voorgedaan, bijvoorbeeld ten aanzien van de klimaatbeheersing, de indeling van de ruimtes en de parkeermogelijkheden. Inmiddels zijn deze problemen goeddeels opgelost, waarbij de RvB goed geluisterd heeft naar de medewerkers. Binnenkort wordt de wachtruimte aangepast. Inmiddels is SBT gegroeid met een aantal extra stoelen. Deze bevinden zich op de derde etage. Dat is logistiek niet altijd handig, omdat collega's dan minder snel bereikbaar zijn. Volgens de medewerkers wordt er gewerkt aan een structurele oplossing om de groei op te vangen. De commissie stelt ook op grond van eigen waarneming vast dat SBT beschikt over een prima outillage met een ontspannen sfeer. SBT is zich ervan bewust dat de toegang niet zo klantvriendelijk is door de confrontatie met de open behandelruimte, maar patiënten met angstproblemen wordt zo nodig geadviseerd de lift te gebruiken.

Er wordt geoefend met het ontruimingsplan, de noodnummers zijn bij iedereen bekend, er is noodstroom beschikbaar bij algehele anesthesie en er is een actieve BHV-unit van ACTA, waaraan SBT-leden deelnemen. Deze punten zijn in het gesprek met de medewerkers expliciet aan de orde gekomen. Ook de andere aspecten rondom hygiëne, veiligheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid zijn naar het oordeel van de commissie in orde.

De mobiele units blijken te voorzien in een behoefte van bepaalde patiëntengroepen. De commissie adviseert bij deze units extra alert te zijn op naleving van de WIP-richtlijnen. De medewerkers verzekerden de commissie dat hieraan voldaan wordt, maar dit wordt niet extern gecheckt.

In 2015 zal SBT overstappen van Robadent en Excel naar OASE. De medewerkers staan achter deze keuze en verwachten dat het meer mogelijkheden zal bieden, vooral omdat er goed geluisterd is naar de wensen van de betrokken medewerkers. De eerder geplande invoering per 2014 is uitgesteld omdat er veel klachten over de testversie waren. Het systeem is nu meer op maat gemaakt voor SBT. De commissie ziet deze zorgvuldige voorbereiding als een goed voorbeeld van de open en responsieve cultuur bij SBT.

De website is duidelijk en mooi vormgegeven. Tandartsen kunnen patiënten per e-mail naar SBT verwijzen, maar niet alle tandartsen beschikken over een beschermde lijn. In dat geval wordt niet in overeenstemming met de privacy-richtlijnen gehandeld.

Onderwerp 3. De gerealiseerde resultaten

3.1 Systeem van kwaliteitszorg

SBT beschrijft in de zelfevaluatie dat het systeem van kwaliteitszorg gebaseerd is op het principe van integraal risicomangement. SBT voert regelmatig tevredenheidsonderzoeken uit en laat zich beoordelen door interne en externe audits. De visitatiecommissie stelt vast dat het kwaliteitszorgsysteem in de praktijk goed is uitgewerkt. Ook het feit dat SBT in staat was op korte termijn een volledige zelfevaluatie op te stellen ten behoeve van de heraccreditatie, laat zien dat SBT inzicht heeft in de verschillende processen en kengetallen. Ten aanzien van de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie heeft SBT in de zelfevaluatie steeds duidelijk vermeld tot welke acties ze hebben geleid.

Patiënten die een klacht hebben, wordt in eerste instantie geadviseerd dit te bespreken met hun eigen behandelaar. Als dit niet tot een oplossing leidt, kan een beroep gedaan worden op de SBT-klachtenregeling. Voor de afhandeling heeft SBT een klachtencommissie in samenwerking met ACTA. De commissie vindt dat SBT zorgvuldig met klachten en incidenten omgaat.

3.2 Kwaliteit van gerealiseerde zorg

De uitkomsten van de tevredenheidsmetingen, de klachten- en incidentenregistratie en het visitatiebezoek bevestigen dat SBT goede zorg biedt. De minder geslaagde casussen die de commissie met de tandartsen heeft besproken, betroffen geen ondermaatse zorg. Het ging veeleer om behandelprocessen die niet optimaal verliepen, doordat bijvoorbeeld de verwachtingen van de patiënt en de behandelaar niet goed op elkaar aansloten en er geen duidelijke regie was om de behandeling op een goed moment als afgesloten te beschouwen (zie ook paragraaf 2.2).

Dat de kwaliteit van de gerealiseerde zorg herkend wordt, blijkt uit de toename van het aantal patiënten. Het netwerk van de SBT-tandartsen heeft zich de afgelopen jaren uitgebreid en SBT heeft grotere bekendheid gekregen. Zoals vermeld bij onderwerp 1, adviseert de commissie SBT deze groei meer te regisseren en daarbij keuzes te maken die zorgen voor een scherpere profilering van SBT.

De in de zelfevaluatie genoemde verbeterwensen en –mogelijkheden zijn alle tijdens het bezoek aan de orde gekomen. Het betreft vooral aanscherping en verfijning van zaken die op dit moment op orde zijn, maar waarop verdere verbetering mogelijk is. De commissie is ervan overtuigd dat SBT er door de transparante en kwaliteitsgerichte cultuur in zal slagen deze nieuwe kwaliteitsslag te maken.

Conclusie

Op basis van de bestudeerde documenten en het visitatiebezoek stelt de visitatiecommissie vast dat SBT aan de kwaliteitscriteria voldoet, zowel ten aanzien van het primaire zorgproces als ten aanzien van de voorwaarden die daarvoor nodig zijn (personeel, fysieke omgeving en hulpmiddelen). De visitatiecommissie adviseert het bestuur van Cobijt de accreditatie van SBT voort te zetten.

Aanbevelingen

Als bijdrage aan verdere kwaliteitsverbetering doet de commissie de volgende aanbevelingen:

1. Stel een meerjarenbeleidsplan op om tot meer focus te komen. Dat zal bijdragen aan de ambitie om door te ontwikkelen tot een *center of excellence*.
2. Schets op basis van het thans gevoerde beleid in het meerjarenbeleidsplan een integraal beeld van de gehele zorg aan kwetsbare mensen (centrumgeïndiceerde en AWBZ-zorg in de regio
3. Neem een meer proactieve rol in ten aanzien van de verschillende samenwerkingsrelaties en zorg dat SBT bij alle relevante disciplines structureel aanwezig is.
4. Hanteer strikt de SBT-indicaties bij intake en voorkom dat het patiëntenbestand zich uitbreidt naar categorieën die daar niet onder vallen, mede om overbelasting te voorkomen en tot scherpere focus te komen.
5. Implementeer de wettelijke verplichting ten aanzien van de meldcode kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld (en de kindcheck).
6. Zorg voor sterkere regie bij (langdurige) behandelingen en bouw momenten in om te beoordelen of verdere behandeling voldoende oplevert en voldoende past bij de taak van SBT.
7. Wees bij de mobiele units alert op handhaving van de WIP-richtlijnen en laat dit extern controleren.
8. Scherp de privacy maatregelen aan bij de verwijzing van patiënten via de website van SBT.

Bijlage 1. Bezoekprogramma

8.30 – 9.30 uur	Doornemen dagprogramma met de commissieleden, voorbereiden van de vragen per gespreksgroep
9.30 – 10.30 uur	Gesprek met RvB, over vragen rond de zelfevaluatie en de drie standaarden (doelstellingen, organisatie, resultaten) en de toegezonden stukken
10.30 – 11.30 uur	Gesprek met de medewerkers over de organisatie van de zorg - mw. C. Pieterse, tandarts angstbegeleiding, hoofd A&G - mw. M. Mechani, mondhygiënist, hoofd preventieteam (OR) - mw. M. Spijker-Struwe, tandartsassistent (OR) - mw. L. Westenburg, receptiemedewerker - mw. A. Evers, medewerker financiële administratie (OR)
11.30 – 12.30 uur	Verzameling gegevens van de ochtend, eventueel nadere toelichting door het management
12.30 -12.45 uur	Lunchpauze
12.45 – 13.00 uur	Rondleiding
13.00 - 13.20 uur	casus 1 [patiëntnr. 24829, dhr. P. Versteegh, geslaagde casus, TG -MFP-orthopedagoog]
13.20 - 13.40 uur	casus 2 [patiëntnr. 22605; mw. C. Pieterse, TA -kokhalsassistente, logopedist, geslaagde casus]
13.40 - 14.00 uur	casus 3 [patiëntnr. 25179, mw. B. Spaan, TP -MFP, geslaagde casus]
14.00 – 14.20 uur:	casus 4 [patiëntnr. 24737, mw. J. Baggen, TG-TMD -fysiotherapeut-psycholoog; geslaagde casus]
14.20 uur	Pauze
14.40 - 15.00 uur	casus 5 [patiëntnr. 18214, mw. C. Pieterse, TA -psycholoog-TMD; minder geslaagde casus]
15.00 - 15.20 uur	casus 6 [patiëntnr. 22589, mw. C. Wierink, TGer. -TGe; minder geslaagde casus]
15.20 – 15.40 uur	casus7 [patiëntnr. 23183, dhr. M. Krap, MFP -TG-psycholoog; minder geslaagde casus]
15.40 - 16.00 uur	casus 8 [patiëntnr. 1407, dhr. D.J. Jager, MFP-TMD -orthopedagoog; minder geslaagde casus]



* elke casus=10 min. presentatie, 10 min. discussie met visitatiecommissie

16.00 – 17.30 uur Formuleren van de voorlopige conclusies door de visitatiecommissie

17.30 uur Presentatie van de voorlopige conclusie aan het management

18.00 uur Afsluiting