

Kwaliteitseisen voor NKD-keurmerk Dyslexie

Versie 3.0

Inleiding

Het NKD-keurmerk betreft in eerste instantie de borging van de kwaliteit van de zorg voor Ernstige Enkelvoudige Dyslexie.

Dit document dient als leidraad bij de audit van praktijken die een aanvraag tot aansluiting bij het NKD hebben ingediend en bij de audit van de praktijken die hun aansluiting willen continueren.

1 Aansluiting

Het NKD kent twee mogelijkheden voor aansluiting: NKD-aansluiting en NKD-Aspirant aansluiting (zie ook het Document Auditsystematiek en Beleidslijn NKD-audit en ISO-certificering).

1.1 NKD-aansluiting

De organisatie/praktijk voldoet aan alle hieronder gestelde kwaliteitseisen voor de EED-zorg (diagnostiek, advies en behandeling) en aan de organisatorische criteria (financiële verplichting en datalevering). Na een positief advies wordt een certificaat met het NKD-keurmerk Dyslexie verstrekt.

1.2 NKD-Aspirant aansluiting

De organisatie/praktijk voldoet wel aan de opleidingseisen voor de behandelaars en werkt volgens het PDD&B 2.0, maar voldoet nog niet aan alle hieronder gesteld kwaliteitseisen en organisatorische criteria. De praktijk krijgt wel het NKD-keurmerk bij een positief certificatiebesluit. Een praktijk die start met EED-zorg werkt, na een positief advies, gedurende minimaal een jaar onder supervisie van een lid van de Kwaliteitscommissie. Indien minimaal 30 afgeronde dossiers kunnen worden overlegd kan een NKD-aansluiting volgen.

Bij een afwijzing voor aansluiting voldoet de praktijk op veel punten niet aan de gestelde kwaliteitseisen en/of organisatorische criteria. In de afwijzingsrapportage worden de voorwaarden aangegeven waaronder de praktijk zich opnieuw kan aanmelden.

Voor de uitvoering van de audits heeft het NKD een contract afgesloten met KIWA, een geaccrediteerde onafhankelijke organisatie die hooggekwalificeerde certificering verzorgt. Als een audit wordt afgesproken, moet de organisatie voldoen aan de hieronder beschreven kwaliteitsnormen. Deze zullen tijdens de audit onafhankelijk worden getoetst. Zie [Stroomdiagram proces audit en toetsingsafspraken](#).

2 Algemene gegevens

2.1 Gegevens organisatie/praktijk

- Naam Organisatie/Praktijk
- Adres (bij meerdere vestigingen, adres van de hoofdlocatie)
- Plaatsnamen van nevenvestigingen (indien van toepassing)

- Telefoonnummer (bij meerdere vestigingen, telefoonnummer van de hoofdlocatie)
- E-mailadres
- Naam praktijkhouder
- E-mailadres praktijkhouder
- Telefoonnummer (mobiel) praktijkhouder
- Naam directeur (indien anders dan naam praktijkhouder)

2.2 Gegevens betrokken medewerkers

(NB In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is per 1 januari 2017 regiebehandelaarschap in de plaats gekomen van hoofdbehandelaarschap)

- Namen regiebehandelaars (evt. in losse bijlage)
- Namen van behandelaars die bevoegd zijn om diagnostiek te verrichten (evt. in losse bijlage)
- Namen van behandelaars die bevoegd zijn om behandelingen uit te voeren (evt. in losse bijlage)

3 Professioneel handelen

Vraag: Is de kwaliteit van het professioneel handelen geborgd?

Doel: Het handelen van de professionals is van kwalitatief hoog niveau.

3.1 Personeelsbeleid, competenties en kennis

3.1.1 Verhoudingen

Is de verhouding tussen het aantal regiebehandelaars en behandelaars in overeenstemming met het uitgangspunt van NKD?

Toelichting: Dit uitgangspunt is: uitvoerbaarheid van de taak (zie hierbij de eisen betreffende het hoofdbehandelaarschap, [brief Minister Schippers, d.d. 2 juli 2013](#)), professioneel handelen en waarborg van kwaliteit. De richtinggevende uitspraak, waarvan slechts beargumenteerd kan worden afgeweken, is: 1 fte regiebehandelaar tegenover 10 fte behandelaars.

- aantal fte regiebehandelaars
- aantal fte behandelaars
- aantal cliënten per regiebehandelaar/norm

3.1.2 Zzp'ers/behandelaars zonder arbeidscontract

Werkt u met regie- en/of behandelaars zonder arbeidscontract, zoals zzp'ers? Ja/Nee

- Zo ja, werken zij als regiebehandelaar? Ja/Nee
 - Zo ja, hoeveel personen/voor hoeveel fte?
- Werken zij als behandelaar? Ja/Nee
 - Zo ja, hoeveel personen/voor hoeveel fte?

3.1.3 Inschrijving register toelichting criteria

- Zijn alle behandelaars ingeschreven in het register behandelaars van het NKD en het SKJ? Ja/Nee
- Zijn alle regiebehandelaars ingeschreven in het register BIG/ NVO/NIP en in het register regiebehandelaars van het NKD? Ja/Nee

3.1.4 Minimale arbeidstijd

Zijn alle regiebehandelaars en behandelaars minimaal 8 uur per week werkzaam op het gebied van diagnostiek en/of behandeling van dyslexie (zoals geformuleerd in de brief van minister Schippers)? Ja/Nee

Geef eventueel een toelichting.

3.2 Professionalisering

3.2.1 Inwerken

Hoe ziet het scholingstraject van een nieuwe medewerker (diagnostiek en/of behandeling) eruit?

Beschrijf dit of overleg een relevant document.

3.2.2 Professionalisering/Scholing

Op welke wijze wordt professionalisering voor alle diagnostici en behandelaars georganiseerd?

- Welke professionaliseringsvormen zijn er (bijvoorbeeld interne scholingsbijeenkomsten, externe scholingsbijeenkomsten (hoe wordt deze kennis vervolgens intern verspreid?), deelname aan congressen (hoe wordt deze kennis vervolgens intern verspreid?), intervisie)
- Wie verzorgt de professionalisering inhoudelijk?
- Hoe wordt gezorgd dat de nieuwste wetenschappelijke inzichten aan bod komen? Beschrijf dit.

3.2.3 Samenwerking scholing/Innovatie

Is de praktijk bereid samen te werken met andere praktijken binnen het NKD op het gebied van innovatie, scholing (waaronder intervisie), andere zaken? Ja/Nee

- Indien nee, waarom niet?

3.2.4 Functioneringsgesprekken en/of leveranciersbeoordelingen

- Worden er met medewerkers functioneringsgesprekken gehouden en afspraken vastgelegd zodat men vanuit de uitkomsten verbetermaatregelen kan nemen?
- Worden er met zzp'ers/behandelaars zonder arbeidscontract leveranciersbeoordelingen gedaan van de door hen geleverde diensten?

3.3 Stagiaires

3.3.1 Stagebeleid

Biedt de organisatie stageplekken aan en heeft de organisatie hiervoor een stagebeleid?

Ja/Nee

Stagiaires werken met betrekking tot hun dyslexie behandel- en diagnostiekactiviteiten altijd onder eindverantwoordelijkheid van een inhoudelijk stagebegeleider van de praktijkhouder.

Ja/Nee

3.3.2 Begeleiding stagiaires

Hoe worden stagiaires begeleid?

- Is vastgelegd wat het inwerkprogramma is voor stagiaires?
- Is bepaald wanneer stagiaires zelfstandig (dit wil zeggen zonder aanwezige supervisie) een behandeling en/of diagnostiek mogen uitvoeren?
- Is de eindverantwoordelijkheid van een gegeven behandeling/diagnostiek door stagiaires vastgelegd?

3.3.3 Stagebegeleiders

Is vastgelegd wie op de praktijk stagiaires mogen begeleiden?¹

- Aan welke competenties dienen stagebegeleiders te voldoen?
- Voeren de stagebegeleiders de beoordeling uit?
- Hebben stagebegeleiders op de praktijk contacten met de stagebegeleiders van de opleiding?

¹ In de regel hanteert een externe opleiding een standaarddocument, met afspraken zoals hierboven genoemd. Is dit document door zowel de interne als externe begeleider (en eventueel de stagiaire) ondertekend?

- Zijn de criteria voor de stagiaires vastgelegd, c.q. door de opleiding beschreven, waarop de stagiaires beoordeeld dienen te worden?

4 Kenmerken van de praktijk

Vraag: Voldoet de organisatie aan de vastgestelde eisen ten aanzien van de werkomgeving?

Doel: De organisatie is op een functionele en veilige manier ingericht.

4.1 Toepassingsgebied

De praktijk verzorgt zowel diagnostiek naar Ernstige Enkelvoudige Dyslexie als behandeling, volgens het PDDB 2.0. Ja/Nee

- Zo niet, geef een toelichting.

De praktijk heeft hiermee aantoonbare ervaring.

4.2 Werkomgeving en onafhankelijkheid van onderwijsinstellingen

- De praktijkruimte(n) en alle eventueel externe behandellocaties, bijvoorbeeld op scholen, voldoen aan alle wettelijk eisen en aan de door het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) gestelde eisen die opgenomen zijn in het PDD&B 2.0. Ja/Nee.
- Alle externe behandellocaties zijn gemeld bij het NKD. Ja/Nee
- Geef eventueel een toelichting over hoe wordt voldaan aan de eis van onafhankelijkheid van school door de praktijk. Leg uit op welke manier het is geregeld dat er geen relatie bestaat tussen de school en de praktijk, zodat de praktijk onafhankelijk functioneert van de school.
- Geef het adres/de adressen van de externe behandellocatie(s).

5 Doorlooptijden en aanverwante onderwerpen

Vraag: Is de continuïteit van het proces gewaarborgd?

Doel: Behandeling geschiedt binnen de door de organisatie vastgestelde doorlooptijden.

5.1 Doorlooptijden

- Hoeveel werkdagen zitten er gemiddeld tussen het moment van binnenkomst van een dossier en de besluitvorming van de screening?
Geef eventueel een toelichting.
- Hoeveel werkdagen zitten er gemiddeld tussen de afronding van de screening en de start van de diagnostiek?
Geef eventueel een toelichting.
- Hoeveel werkdagen zitten er gemiddeld tussen de start en de afronding van de diagnostiek (eindgesprek)?
Geef eventueel een toelichting.
- Hoeveel werkdagen zitten er gemiddeld tussen de afronding van de diagnostiek (eindgesprek) en de start van de behandeling?
Geef eventueel een toelichting.

5.2 Continuïteit

Hoe wordt de continuïteit van de behandeling gerealiseerd (bijvoorbeeld tijdens vakantieperiodes en bij uitval van behandelaar door ziekte)?

Beschrijf dit.

5.3 Aantal behandelingen

- Hoeveel kinderen zijn momenteel in behandeling?
- Hoeveel kinderen zijn in behandeling waarbij de diagnostiek bij een andere zorgverlener heeft plaatsgevonden?

6 Regiebehandelaarschap

Vraag: Zijn verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van regiebehandelaar en behandelaars gewaarborgd?

Doel: Regiebehandelaar als eindverantwoordelijke binnen de multidisciplinaire samenwerking.

Op welke wijze krijgt het toezicht van de regiebehandelaar vorm bij de aanmelding, het onderzoek en de behandeling?

Beschrijf dit.

6.1 Interne samenwerking

Op welke wijze wordt de samenwerking tussen regiebehandelaars en behandelaars vormgegeven?

6.2 MDO intern

- Welke disciplines maken deel uit van het Multi Disciplinair Overleg (MDO) binnen de praktijk? Denk aan: psychologen, orthopedagogen, logopedisten, (klinisch) linguïsten.
- Hoe vaak vindt het MDO plaats?
- Hoe zijn de MDO's georganiseerd? Denk aan: MDO n.a.v. diagnostiek, MDO n.a.v. behandeling, coaching rond persoonlijk functioneren.
Beschrijf dit.
- Indien van toepassing: Is de vormgeving van deze samenwerking gelijk voor behandelaars die in dienst zijn en behandelaars die als zzp'er werken? Ja/Nee
Zo niet, geef een toelichting.

6.3 Regiebehandelaarschap

- Worden de eisen uit de brief van minister Schippers ten aanzien van het regiebehandelaarschap gerealiseerd? Ja/Nee
 - Zo niet, hoe wordt gewerkt aan een aanpassing/verbetering?
Laat zien hoe de besproken punten worden vastgelegd.
- In het geval van geregistreerde beroepsbeoefenaren van een éénpersoonspraktijk: Hoe vindt afstemming en intervisie plaats?

6.4 MDO extern

Is er een Multi Disciplinair Overleg (MDO) met het netwerk buiten de praktijk? Ja/Nee

- Zo ja, wie nemen daaraan deel? Denk aan: psychologen, orthopedagogen, logopedisten, linguïsten, remedial teacher, leerkracht basisonderwijs, medewerker buurtteam/wijkteam/ouder-kindteam, medici, bijvoorbeeld huisarts.
- Hoe vaak vindt overleg plaats?
- Hoe wordt de inhoud van het overleg bepaald?
- Hoe worden resultaten vastgelegd?

7 Screening

Vraag: Wordt de screening uitgevoerd conform afspraken?

Doel: Screening verloopt conform eigen afspraken en data wordt verzameld.

7.1 Aanmelding

- Bij aanmelding vindt screening plaats om de ontvankelijkheid van het dossier te bepalen. Hiervoor wordt de '[Leidraad vergoedingsregeling dyslexie van onderwijs naar zorg: doorverwijzen bij een vermoeden van dyslexie – versie 2.0](#)' (Dyslexie Centraal, Expertisecentrum Nederlands, NKD, 2019) gehanteerd. Ja/Nee
Zo niet, geef een toelichting.
- Hoe wordt omgegaan met externe screening? Wordt er gehandeld volgens de eigen procedure?

7.2 Protocol screening

Bij de screening wordt gebruik gemaakt van een intern protocol en eventueel een screeningsdocument. Ja/Nee

7.3 Percentage afvallers

Wat is het percentage aanmeldingen waarvan het dossier na screening definitief niet ontvankelijk wordt verklaard (dus het percentage dat 'afvalt'), gerekend over de afgelopen 12 maanden?

7.4 Overleg externe partijen

Wat wordt er rondom de screening overlegd met externe partijen, zoals gemeenten en samenwerkingsverbanden?

8 Feedback naar scholen

Vraag: Wordt beoordeeld of doorverwijzingen terecht zijn?

Doel: Signalen ten aanzien van doorverwijzing worden verzameld en teruggekoppeld zodat doorverwijzing verbeterd kan worden.

8.1 Doorverwijzing onterecht

- Welke stappen worden ondernomen als een school niet terecht heeft doorverwezen?
- En welke stappen worden naar cliënten ondernomen als er geen EED diagnose gesteld wordt ('nazorg')?

8.2 Signalering ten aanzien van doorverwijzingen

- Hoe is de functie van Poortwachter georganiseerd?
- Op welke manier wordt feedback gegeven aan de Poortwachter en/of scholen waarvan procentueel of absoluut opvallend veel cliënten worden aangemeld?
- Wordt geprobeerd na te gaan wat de oorzaak is van het hogere aantal aanmeldingen?
- Wat wordt gedaan om het hoge aantal aanmeldingen om te buigen (denk aan beter informeren over procedures; inhoudelijk verbetering van het voortraject etc.).
Geef een toelichting.

9 Diagnostiek

Vraag: Wordt de diagnostiek uitgevoerd conform afspraken?

Doel: Kwalitatief hoogwaardige diagnostiek.

9.1 Diagnostiek

- Diagnostiek wordt uitgevoerd volgens het PDD&B 2.0, afgestemd op het individu. Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.
- De praktijk heeft de procedures en inhoud geoperationaliseerd in een intern diagnostiekprotocol. Keuzes en beslissingen uit de praktijk zijn hierin terug te vinden.
Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

9.2 Onderzoek

- Het *indicatiestellend* onderzoek wordt uitgevoerd met gestandaardiseerde en genormeerde lees- en spellingsmeetinstrumenten en psychodiagnostische tests die voldoen aan algemeen aanvaarde criteria (zie COTAN) en waarvoor criteria voor zwakke/pathologische prestaties vastgesteld zijn of kunnen worden, overeenkomend met de laagste 10% van de relevante vergelijkingsgroep van de normpopulatie, afhankelijk van het gehanteerde instrumentarium. Ja/Nee
- Voor het *verklarend diagnostisch* onderzoek kan, naast genormeerde toetsen, eventueel ook gebruik worden gemaakt van andere instrumenten. De eis is dan wel dat de taak, meetpretenties, uitslag en interpretatie ervan navolgbaar worden gerapporteerd (zie het document van de SDN). Ja/Nee
- In geval van comorbiditeit wordt de Richtlijn Comorbiditeit van het NKD gehanteerd.
Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

9.3 Rapportage diagnostiek

De diagnostiekrapportage is compleet, informatief en duidelijk, zowel voor cliënten als professionals. Hierbij worden de aanwijzingen uit het PDD&B 2.0 als leidraad gebruikt (pagina 23 'Anamnese' t/m pagina 26 tot 'Behandelplan'). Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

9.4 Interne samenwerking

Indien diagnostiek en behandeling wel binnen één praktijk, maar niet op dezelfde locatie worden uitgevoerd:

- Hoe is de overdracht georganiseerd?
- Hoe wordt de samenwerking vormgegeven?
- Hoe wordt vormgegeven aan de eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar voor de diagnostiek?
- Hoe wordt vormgegeven aan de eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar voor de behandeling?

9.5 Afwijzingen

Wat is het percentage aanmeldingen dat na diagnostiek wordt afgewezen voor vergoede behandeling, gerekend over de afgelopen 12 maanden?

9.6 Continue verbeteren diagnostiek

- Zijn er innovaties sinds de vorige audit ingevoerd in de diagnostiek?
Zo ja, beschrijf dit.
- Indien de diagnostiek en behandeling niet binnen één praktijk worden uitgevoerd: Hoe is de overdracht georganiseerd?

10 Behandeling

Vraag: Wordt de behandeling uitgevoerd conform afspraken?

Doel: Kwalitatief hoofwaardige behandeling.

10.1 Behandelplan

Voorafgaand aan de behandeling wordt een behandelplan specifiek voor deze cliënt opgesteld volgens de beschrijving in het PDD&B 2.0. Er worden korte termijn-, tussen- en einddoelen geformuleerd, specifiek toegesneden op de cliënt, in overleg met de cliënt/ouders opgesteld, concreet en onderbouwd geformuleerd. Ja/Nee

Geef eventueel een toelichting.

10.2 Behandelprotocol

De praktijk heeft een behandelprotocol waarin de gestandaardiseerde, taalgeoriënteerde behandeling staat beschreven die aansluit bij het PDD&B 2.0. De volgorde, de methodiek en de inhoud van de oefeningen is voorgeschreven in dit protocol dat in principe voor iedere cliënt gelijk is. Ja/Nee

Geef eventueel een toelichting.

10.3 Behandelmaterialen

De gebruikte behandelmaterialen

- zijn theoretisch gefundeerd: Ja/Nee
- werken goed: Ja/Nee
- zijn gekoppeld aan lees/spellingsniveau: Ja/Nee
- en hebben een duidelijke relatie met het behandelplan: Ja/Nee

Geef eventueel een toelichting.

10.4 Behandeling

De behandeling gaat uit van onderdelen die qua inhoud, methodische principes, opbouw en vorm onderbouwd en uitgewerkt zijn (zie PDD&B 2.0 typering best practice). Ja/Nee

Toelichting:

Specifiek gaat de behandeling uit van:

- Een specifiek probleem met technisch lezen/spellen van woorden. Ja/Nee
- Een specifiek taalverwerkingsprobleem, veelal fonologisch van aard. Ja/Nee
- Lezen en spellen afzonderlijk en geïntegreerd. Ja/Nee
- Een algoritme voor het aanleren van spellingsregels op grond van fonologische en morfologische woordkenmerken en regels. Ja/Nee
- Specialistische leestraining: kortdurende visuele letter/woord presentaties. Ja/Nee
- Systematisch opgebouwde herhaling en koppeling geschreven en gesproken woordvormen. Ja/Nee
- Integratie van onderdelen: protocol waarin verantwoord wordt hoe deze inhoudten zijn verwerkt in modules en hoe modules zich verhouden ten opzichte van elkaar. Ja/Nee

De behandeling is gebaseerd op methodische principes:

- Accuraatheid én tempo. Ja/Nee
- Schriftaaloefeningen gekoppeld aan gesproken taal (bijv. hardop lezen, audio-feedback). Ja/Nee
- Basis is klankstructuur woorden en niet alfabetisch principe. Ja/Nee
- De leerstrategie is expliciet. Ja/Nee

De opbouw van de behandeling:

- Gebruikt specialistische leestraining in de vorm van tijdsgecontroleerde visuele woordherkenning. Ja/Nee
- Bestaat uit inhoudelijke modules, die planmatig en systematisch zijn opgebouwd. Ja/Nee
- Is in principe hetzelfde voor iedereen, met aandacht voor individuele kenmerken. Ja/Nee
- Is geïmplementeerd in een programma dat vrijwel altijd computerondersteund wordt aangeboden. Ja/Nee
- Andere kenmerken:
Gebruikte materialen moeten getoond kunnen worden.

Wat betreft de vorm van de behandeling:

- De behandeling heeft een expliciet begin- en eindpunt. Ja/Nee
- Alle leerdoelen zijn per module voor behandelaar duidelijk omschreven. Ja/Nee
- Een behandelsessie bestaat altijd uit een combinatie van schriftelijke en mondelinge interactie, computerondersteund. Ja/Nee
- Naast wekelijkse behandelsessies met een gespecialiseerde behandelaar, regelmatige oefeningen onder begeleiding van een oefenpartner. Ja/Nee
- Het programma voorziet in oefenmateriaal waarmee de cliënt onder begeleiding van een oefenpartner dagelijks kan oefenen (vereist voldoende grote bestanden van woorden). Ja/Nee
- De behandelaar heeft goed zicht op de behoeften en de verwachtingen van de cliënt (in geval van dyslexiezorg zijn dit zowel het kind als de ouders). Ja/Nee
 - Hoe is dit ingebouwd in de behandelcyclus?
 - De cliënt wordt actief betrokken bij de vormgeving van de behandeling en de doelen die worden gesteld. Ja/Nee
 - Er wordt gericht gewerkt aan het vergroten van leesmotivatie en leesplezier. Ja/Nee Beschrijf hoe deze punten gerealiseerd worden.
 - Hoe wordt omgegaan met het ontbreken van een klik tussen regie-/behandelaar en het kind?
 - Wordt er, specifiek per kind, een handelingsadvies aan de school gegeven? Ja/Nee Beschrijf de reguliere gang van zaken.

11 Psycho-educatie

Vraag: Wordt psycho-educatie gegeven conform eigen richtlijnen?

Doel: Psycho-educatie verstrekken en beoordelen of deze passend is bij de behandeling.

Op welke manier wordt psycho-educatie vormgegeven binnen de behandeling?

Beschrijf dit.

12 Verloop van behandeling

Vraag: Verloopt behandeling conform richtlijnen?

Doel: Inzicht in verloop van behandelingen zodat de organisatie hierop kan sturen.

12.1 Afwijkingen van de richtlijnen

- Hoe wordt omgegaan met cliënten bij wie de behandeling volgens het PDD&B 2.0 onvoldoende rendement oplevert? Op welke wijze wordt de behandeling aangepast? Hoe worden deze beslissingen inhoudelijk afgewogen? Hoe worden ze vastgelegd? Beschrijf dit.
- Hoe wordt omgegaan met cliënten bij wie de behandeling volgens het PDD&B 2.0 snel tot een voldoende resultaat leidt? Wordt de behandeling vroegtijdig gestopt? Hoe worden

deze beslissingen inhoudelijk afgewogen? Hoe worden ze vastgelegd?
Beschrijf dit.

12.2 Duur behandeling

De duur van de behandeling sluit aan bij de kenmerken van best practice zoals beschreven in het PDD&B 2.0 (45 tot 65 behandelingen, 14 tot 20 maanden). Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

12.3 Evaluatie behandeling

- De behandeling kent verschillende evaluatiemomenten met landelijk genormeerde testen, met tussenpozen van +/- 20 weken en een eindevaluatie. Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.
- Er is een verantwoord en goed onderbouwd protocol met betrekking tot aantal en type tussentijdse toetsmomenten (met landelijk genormeerde testen). Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.
- Naast de genoemde toetsmomenten met landelijk genormeerde toetsen zijn er op andere momenten in het behandeltraject, aantoonbare kritische evaluatiemomenten met betrekking tot de voortgang van de cliënt. Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

12.4 Non-compliance

- Hoe wordt omgegaan met ontbrekende inzet en motivatie van cliënt en ouders (non-compliance; meerdere malen afwezig zijn tijdens behandelingen, huiswerk niet of onvoldoende maken etc.)?
 - Is dit aanleiding om de behandeling vroegtijdig af te breken?
 - Zo ja, hoe wordt deze beslissing inhoudelijk genomen?
 - Hoe wordt deze gecommuniceerd naar de betreffende ouders?
 - Hoe wordt deze vastgelegd?
Beschrijf dit.
- Wat is het percentage cliënten waarbij om redenen van non-compliance de behandeling voortijdig wordt gestaakt, op initiatief van de behandelaar, gerekend over de afgelopen 12 maanden?
- Wat is het percentage cliënten dat voortijdig, op eigen initiatief, de behandeling staakt, gerekend over de afgelopen 12 maanden?

12.5 Follow-up

Vindt er, zoals aangegeven in het PDD&B 2.0 binnen een half jaar tot een jaar na afsluiting een follow-up evaluatie plaats? Ja/Nee
Geef eventueel een toelichting.

12.6 Continu verbeteren behandeling

Welke innovaties zijn er sinds de vorige audit ingevoerd in de behandeling?
Beschrijf dit.

13 Communicatie met ouders

Vraag: Is de informatievoorziening afgestemd op de mogelijkheden en wensen van de ouders zodat zij betrokken worden bij de behandeling?

Doel: Informatievoorziening vindt plaats, zodat ouders in staat worden gesteld betrokken te zijn bij de behandeling.

13.1 Informatie aan ouders

Hoe worden ouders geïnformeerd over de opzet en de inhoud van de behandeling?

13.2 Betrekken van ouders bij de behandeling

- Hoe worden ouders betrokken bij de behandeling?
 - Hoe wordt met ouders gecommuniceerd over het huiswerk?
 - Hoe worden ouders geïnformeerd over de voortgang van de behandeling?
 - Hoe wordt gerealiseerd dat de ouders actief betrokken zijn bij de behandeling?
- Beschrijf hoe deze punten gerealiseerd worden.

14 Cliënttevredenheid

Vraag: Vindt er cliënttevredenheidsmeting plaats?

Doel: Wensen en ervaringen van de cliënten in kaart brengen, zodat de kwaliteit van de behandeling daarop afgestemd kan worden.

14.1 CQ-index dyslexie

- De praktijk voert na afsluiting van de diagnostiek een cliënttevredenheidsonderzoek uit bij de ouders met behulp van de digitale CQ-index dyslexie van het NKD. Ja/Nee
Hoe wordt de informatie uit de CQ-index dyslexie benut voor het kwaliteitsbeleid van de eigen praktijk?
Beschrijf dit.
- De praktijk voert na afsluiting van de behandeling een cliënttevredenheidsonderzoek uit bij de ouders met behulp van de digitale CQ-index dyslexie van het NKD. Ja/Nee
Hoe wordt de informatie uit de CQ-index dyslexie benut voor het kwaliteitsbeleid van de eigen praktijk?
Beschrijf dit.

14.2 Analyse CQ-index dyslexie

Wordt de praktijkinformatie getoetst aan het landelijke beeld zoals dit te vinden is in de statistieken van de CQ-index dyslexie van het NKD? Ja/Nee

Zo ja, hoe wordt deze informatie benut voor het kwaliteitsbeleid van de eigen praktijk?
Beschrijf dit.

15 Contact met de ketenpartners (denk aan scholen, gemeente, huisarts)

Vraag: Vindt er samenwerking met de ketenpartners plaats?

Doel: Inzicht in de samenwerking met ketenpartners en de tevredenheid van ketenpartners over het hele proces.

15.1 Organisatie contact met ketenpartners

Op welke wijze is het contact met ketenpartners georganiseerd (vorm, frequentie, inhoud en samenwerking)?

Beschrijf dit.

15.2 Tevredenheid ketenpartners

- Is er zicht op de tevredenheid van ketenpartners? Ja/Nee
 - Zo nee, hoe gaat er zicht komen op de tevredenheid van ketenpartners?
 - Zo ja, hoe is deze tevredenheid?

- Hoe wordt de informatie over de tevredenheid benut om het handelen van de praktijk bij te sturen?
Beschrijf dit.

16 Innovatie en ontwikkeling?

Vraag: Onderzoekt de organisatie de huidige en toekomstige vraag(ontwikkeling) naar zorgverlening?

Doel: Tijdig kunnen anticiperen op ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de zorgverlening.

- De organisatie analyseert de gegevens, verslag/resultaten van de analyse zijn aantoonbaar. Ja/Nee
- Indien nodig worden verbetermaatregelen genomen c.q. aanpassingen van het aanbod gerealiseerd. Ja/Nee

Vraag: Ontwikkelt de organisatie nieuwe innovaties of activiteiten op het gebied van Wetenschap, Beleid, Onderwijs en/of Praktijk?

Zo ja, beschrijf deze (of voeg document toe).

17 Kwaliteitsbeleid

Indien er tijdens de audit geen (interne) protocollen, registratieformulieren of andere relevante documenten met de gevraagde informatie te overleggen zijn vanuit de praktijk, dan moeten onderstaande vragen ingevuld worden.

Vraag: Is het kwaliteitsbeleid vormgegeven?

Doel: De organisatie heeft kwaliteitsbeleid vastgesteld waarmee continu verbeteren wordt vormgegeven.

17.1 Missie en visie

- Is beschreven wat de praktijk wil bieden op het gebied van kwaliteit? Ja/Nee.
- Wat zijn de speerpunten/doelen op het gebied van kwaliteit waarop de praktijk gerichte acties kan ondernemen.

17.2 Documentatie

Hoe is het PDD&B 2.0 vertaald naar interne protocollen, richtlijnen en afspraken?

Beschrijf dit.

17.3 Organisatiebeoordeling

Bij de organisatiebeoordeling wordt in ieder geval aandacht besteed aan:

- Op welke wijze worden de resultaten van de behandeling geëvalueerd en gebruikt voor nieuw kwaliteitsbeleid?
Beschrijf dit.
- Op welke wijze worden de uitkomsten van het cliënttevredenheidsonderzoek gebruikt om de behandeling te optimaliseren?
Beschrijf dit.
- Op welke wijze worden de uitkomsten van de tevredenheidsmeting van ketenpartners en/of evaluaties van samenwerkingsafspraken gebruikt om de behandeling te optimaliseren?
Beschrijf dit.

- Vinden evaluaties van professioneel handelen op basis van functioneringsgesprekken plaats? Ja/Nee
 - Vinden evaluaties van kennisoverdracht plaats?
Beschrijf dit.
 - Vindt analyse van feedback naar de scholen plaats?
Beschrijf dit.
 - Vindt analyse van signalen, (bijna) klachten plaats?
 - Vindt eventueel een analyse van interne audits² plaats?
- Naar aanleiding van de beoordeling worden verbetermaatregelen doorgevoerd.

18 Nederlandse Databank Dyslexie

Vraag: Wordt door de praktijk alle data aangeleverd voor de databank?

Doel: De databank heeft de juiste data om onderzoek te kunnen doen.

18.1 Aanleveren data

- De praktijk levert data aan in de databank van het NKD; het gaat om gegevens van cliënten uit EED-trajecten, de totale zorgdossiers. Wordt voor de invoer voldaan aan de eisen gesteld voor de minimale dataset? Ja/Nee
- Hoe wordt de informatie voor het kwaliteitsbeleid uit de database van het kwaliteitsinstituut benut voor de eigen praktijk (Benchmark; behandelresultaten)?
Beschrijf dit.

18.2 Afwijkingen in data

Is er sprake van afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde? Ja/Nee

- Als dit een afwijking is in negatieve zin, hoe wordt dan gewerkt aan een analyse van de oorzaak en vervolgens een verbetering?
Beschrijf dit.

19 Signalen, incidenten en klachten

Alle praktijken dienen te voldoen aan de Jeugdwet en het is wenselijk om de werkwijze zoals vastgelegd in de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) november 2015 te volgen.

Vraag: Zijn er afspraken over het omgaan met signalen, (bijna) incidenten en klachten?

Doel: Inzicht hebben in signalen, (bijna) klachten, zodat daarmee de behandeling kan worden verbeterd.

19.1 Klachtenregeling

- Is er een schriftelijke regeling voor laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten?
Ja/nee
- Is er een onafhankelijke klachtenfunctionaris? Ja/nee
- Wat is de naam van de klachtenfunctionaris?
- Bij welke erkende geschillencommissie is de praktijk aangesloten?

19.2 Informatie ten aanzien van klachtenregeling

Hoe wordt deze klachtenregeling onder de aandacht van cliënten gebracht?

² niet noodzakelijk voor starters

19.3 Analyse klachten

Is er een analyse van de klachten gemaakt op trends en verbetermaatregelen?

19.4 Signalen en (bijna)incidenten

- Is er een werkwijze voor het omgaan met signalen en (bijna) incidenten, inclusief de werkwijze voor het wettelijk verplicht melden?
- Bevordert de organisatie het melden van (bijna) incidenten?
- Analyseert de praktijk signalen en incidenten en neemt men op basis van de analyse verbetermaatregelen?

20 Privacy en wetgeving

Alle praktijken dienen te voldoen aan de AVG, datalekken en beveiliging van persoonsinformatie, meldcode.

Vraag: Is er een privacyreglement en implementeert de praktijk wet- en regelgeving?

Doel: Ouders informeren over wet- en regelgeving die men hanteert, zoals omgang met persoonsgegevens, privacy en meldcode.

20.1 Privacyreglement

- Is er een privacyreglement?
- Worden ouders geïnformeerd over het privacyreglement, inzake in dossiers en toestemming geven voor delen van informatie?

20.2 Wet datalekken en omgang met persoonsgegevens

- Zijn medewerkers op de hoogte van de wet datalekken?
- Weten medewerkers hoe men veilig informatie deelt met derden?

20.3 AVG

Vraag: Zijn de richtlijnen in kader van de AVG ingevoerd?

Gebruikt men systemen die voldoen aan de normen in het kader van informatiebeveiliging (NEN7510)?

20.4 Wet meldcode inzake huiselijk geweld en kindermishandeling

Vraag: Is de Wet Meldcode geïmplementeerd?

Vastgesteld 202010