

# Visitatie

## Praktijken KNGF Plusprogramma

### ***Versie Verkorte of combinatie visitatie***

*(Voor praktijken met een geldig HKZ en/of Pluscertificaat ten tijde van de visitatie)*

Disclaimer:

*De hierbij verstrekte informatie is uitsluitend bestemd voor intern gebruik van de geadresseerde. Ondanks onze zorgvuldigheid kan het voorkomen dat u typefouten aantreft. Voor dergelijke fouten aanvaarden wij geen aansprakelijkheid. De inhoud is onder voorbehoud van tussentijdse wijzigingen.*

## Wijzigingen Informatiedocument Visitatie | Praktijken KNGF Plusprogramma

Datum	Vorige versie	Beschrijving wijzigingen	Gewijzigd door
15-3-2017	V3.0 13-3-2017	Hfst 1 + 2: Certificerende instellingen verwijderd, gaat om HKZ/Plusauditoren  Hfst 3: procesbeschrijving combinatievisitatie	Elisa van Poelgeest
24-4-2017	V3.1 15-3-2017	Hfst 3: toevoeging proces; visiteurs datum dorgeven aan KNGF  Hfst 7: bijstelling adviesuren voorbereiding (0,5>1u) en nawerk (0,75>1u)	Elisa van Poelgeest  Elisa van Poelgeest
24-5-2017	V3.2 24 april 2017	Hfst 4: Visiteur controle geldigheid Certificaat	Elisa van Poelgeest
24-5-2017	V3.2 24 april 2017	Hfst 2: Verduidelijking deelname combinatie of verkorte visitatie voor praktijken in effectiviteitstraject / met effectiviteitscertificaat	Elisa van Poelgeest
7-7-2017	V3.3 7 juli 2017	Algemene vormgeving  Hfst 3: Actualiseren stappenplannen	Chantal Weymans
14-9-2017	V3.4 12 september 2017	Toevoeging bijlage 5: Hervisitatie reglement KNGF Plusprogramma.  Hoofdstuk 6: Toevoeging kopje 'KNGF informeren'	Chantal Weymans
29-10-2017	V3.4 september 2017	Kenmerken visitatie: verplichting verbeterplan	Elisa van Poelgeest

## Inhoud

1	Introductie .....	3
2	Verschillen verkorte visitatie en combinatievisitatie .....	3
3	Stappenplan verkorte visitatie en combinatievisitatie.....	4
4	Vóór de visitatie.....	6
5	Tijdens de visitatie.....	6
	Ad 1: Kennismaking (10 min) .....	6
	Ad 2: Rondleiding door de praktijk (10 min) .....	7
	Ad 3: Dossiertoets (30 min).....	7
	AD 4: Het praktijkportfolio (40 min) .....	7
	AD 5: Terugkoppeling en bespreking van de visitatie (15-30 min) .....	8
6	Na de visitatie .....	8
	Het visitatierapport (45 min).....	8
	Het conceptrapport bestuderen en reageren (2 weken) .....	8
	Het definitieve visitatierapport (2 weken) .....	8
	Hervisitatie .....	8
	KNGF informeren.....	9
7	Adviesprijs verkorte visitatie .....	9
	Bijlage 1: Feedbackformulier kwaliteit praktijkvoering – HKZ/Pluscertificaat .....	10
	Bijlage 2: Feedbackformulier Kwaliteit van de dossiervoering .....	13
	Bijlage 3: Aanvullende informatie indicatoren .....	15
	Indicator 1- Kwaliteitsbeleid.....	15
	Indicator 2 - Klinisch redeneren en verslagleggen .....	15
	Indicator 3 - Interne en externe communicatie en samenwerking.....	16
	Indicator 4 - Inrichting en toegankelijkheid .....	17
	Indicator 5 - Hygiëne, privacy en veiligheid.....	18
	Indicator 6 - Innovatie en ondernemerschap.....	20
	Bijlage 4: Checklist praktijkdocumenten uploaden op Compass .....	21
	Bijlage 5: Reglement Hervisitatie voor deelnemers KNGF Plusprogramma 2017-2018 .....	22

## 1 Introductie

Dit informatiedocument is bedoeld voor praktijken die deelnemen aan het KNGF Plusprogramma en op de datum van de visitatie een **geldig** HKZ en/of Pluscertificaat hebben. Visitatie bij praktijken met een geldig HKZ en/of Pluscertificaat (voor andere zorgverzekeraars dan ZK) kent een verkorte versie van de standaardvisitatie omdat een aantal indicatoren voldoende worden bevonden op basis van het geldige certificaat. De visitatie wordt uitgevoerd door visiteurs die een specifieke cursus tot het uitvoeren van een visitatie hebben gevolgd.

### Kenmerken verkorte visitatie:

- De verkorte visitatie duurt ongeveer 2 uur
- Bestaat uit een bezoek aan de praktijkruimtes, een dossiertoets en een gesprek. Het gesprek is bedoeld om samen te bespreken wat goed gaat en wat beter kan.
- De volgende thema's zullen in het gesprek in elk geval aandacht krijgen: kwaliteitsbeleid, innovatie en ondernemerschap. De overige thema's worden vooral als checklist gezien die aandacht vragen als er knelpunten zijn op die thema's.
- Na afloop krijgt de praktijk een visitatierapport. Op basis van het rapport maakt de praktijk een verbeter/ontwikkelplan (verplicht bij score(s) onder 3, facultatief bij scores 3 of 4)

Een praktijk kan er voor kiezen om de visitatie voor het KNGF Plusprogramma te combineren met een HKZ en/of Plusaudit (*combinatievisitatie*), of deze te scheiden van elkaar (*verkorte visitatie*). Om voor deze vormen van visitatie in aanmerking te komen dient de praktijk een bewijs van een geldig HKZ en/of Pluscertificaat te uploaden op Compass voorafgaand aan de visitatie. Een geldig certificaat heeft een geldigheid ten minste tot en met de datum van de visitatie. De elementen indicatoren 3, 4 en 5 (uit het feedbackformulier voor de kwaliteit van de praktijkvoering - versie 2.0) worden niet getoetst tijdens de visitatie omdat deze aspecten beoordeeld zijn tijdens de HKZ en of Plusaudit.

Voor praktijken die deelnemen aan het KNGF Plusprogramma is visitatie één keer per twee jaar verplicht en dient deze minimaal een half jaar voor het aflopen van de tweejarige periode uitgevoerd te zijn. Dit om nog ruimte te houden voor een eventueel verbetertraject.

**NB:** De praktijk draagt zelf zorg voor het aanmelden voor een visitatie (zie hoofdstuk 3: Stappenplan visitatie). Het is de verantwoordelijkheid van de praktijk om zich tijdig aan te melden.

## 2 Verschillen verkorte visitatie en combinatievisitatie

De verkorte visitatie kent twee varianten:

### 1. Een verkorte visitatie

Een verkorte visitatie houdt in dat een praktijk een HKZ en/of Pluscertificaat heeft, maar er voor kiest om deze niet te combineren met een HKZ en/of Plusaudit. Deze mag uitgevoerd worden door visiteurs die de KNGF cursus *Standaard of Verkorte visitatie* (incl. combinatie) hebben gevolgd. De uitvoering van deze verkorte visitatie wordt altijd gedaan door twee visiteurs.

*Let op: het HKZ/Pluscertificaat moet geldig zijn op de dag van de verkorte visitatie.*

### 2. Een combinatie visitatie

Een combinatie visitatie houdt in dat een praktijk de HKZ en/of Plusaudit combineert met een KNGF visitatie. Deze mag alleen uitgevoerd worden door HKZ- en Plusauditoren die ervaring hebben met auditeren en de KNGF cursus *Verkorte visitatie voor HKZ of Plus* hebben gevolgd. De uitvoering van

deze combinatie visitatie volstaat door 1 visiteur<sup>1</sup>. Voor deelnemers aan het KNGF Plusprogramma adviseert het KNGF om de hervisitatie uit te laten door twee visiteurs.

*Let op: het HKZ/Pluscertificaat moet geldig zijn op de dag van de combinatie visitatie.*

Voor het uitvoeren van de combinatievisitatie zijn er vanuit de volgende instellingen HKZ/Plusauditors opgeleid tot visiteur: KIWA, TUV, IVAK, HCA, Keurmerk Instituut.

**NB:** Wanneer u geen HKZ en/of Pluscertificaat heeft of deze niet geldig is op de dag van de visitatie, dan is een standaard visitatie van toepassing.

**NB:** *Aanvulling op HKZ/Pluscertificaat: Praktijken met een geldig Effectiviteitscertificaat<sup>2</sup> op de dag van de visitatie kunnen ook gebruik maken van de combinatie of verkorte visitatie.*

### 3 Stappenplan verkorte visitatie en combinatievisitatie

<b>Verkorte visitatie</b>			
<i>Let op: het HKZ/Pluscertificaat moet geldig zijn op de dag van de verkorte visitatie.</i>			
	<b>Wat</b>	<b>Wie</b>	<b>Omschrijving</b>
1	Aanmelding	Praktijk	Mail de volgende gegevens naar <a href="mailto:visitatie@kngf.nl">visitatie@kngf.nl</a> a) Soort visitatie (= standaard visitatie) b) Praktijknaam, regio, AGB Code en KNGF relatienummer c) Naam en KNGF relatienummer van contactpersoon die de voorbereidingen treft voor de praktijk d) Type en geldigheid certificaat
2	Bevestiging	KNGF	Het KNGF bevestigt de aanmelding en koppelt twee visiteurs aan uw praktijk. Het KNGF stuurt de praktijk een bevestigingsmail met informatie over de visitatie. De visiteurs worden meegenomen in de CC van de mail.
3	Planning	Praktijk/visiteurs	Praktijk en visiteurs plannen onderling een datum en maken afspraken omtrent de visitatie (incl. het invullen en tekenen van de overeenkomst). Visiteurs vullen de visitatiedatum in op Compass en mailen de definitieve visitatiedatum naar het KNGF ( <a href="mailto:visitatie@kngf.nl">visitatie@kngf.nl</a> ).
4	Vorbereiding	Praktijk/visiteurs	
5	Visitatie	Praktijk/visiteurs	
6	Verslag	Visiteurs	Na afloop van de visitatie mailen de visiteurs de volgende gegevens naar <a href="mailto:visitatie@kngf.nl">visitatie@kngf.nl</a> : a) Beoordeling visitatie: d.w.z. hervisitatie benodigd ja/nee. b) Indien een score lager dan 3: welke vervolgspraken zijn gemaakt en de datum van de hervisitatie zodra deze bekend is
7	Registratie	KNGF	Het KNGF registreert de beoordeling. Bij een positieve beoordeling visitatie of hervisitatie ontvangt u een certificaat <sup>3</sup> .
8	Hervisitatie	Praktijk/visiteurs	Wanneer de praktijk op één of meerdere indicatoren een score lager dan 3 heeft behaald stelt de praktijk binnen 3 maanden een verbeterplan op en wordt binnen 6 maanden een hervisitatie uitgevoerd. Voor de hervisitatie worden stappen 3 t/m 7 herhaald.
9	Evaluatie	Praktijk	Na afloop van de visitatie ontvangt de praktijk een evaluatieformulier van het KNGF en stuurt deze ingevuld retour.

<sup>1</sup> Waar in dit document wordt verwezen naar twee visiteurs kunt u indien de combinatie visitatie van toepassing is één visiteur lezen

<b>Combinatievisitatie</b>			
<i>Let op: het HKZ/Pluscertificaat moet geldig zijn op de dag van de combinatie visitatie. Alleen door auditor werkzaam bij certificerende instelling!</i>			
	<b>Wat</b>	<b>Wie</b>	<b>Omschrijving</b>
1	Aanmelding	Praktijk	Neemt contact op met de betreffende certificerende instantie om een datum af te stemmen voor een combinatie visitatie
2	Aanmelding	Praktijk	Mailt de volgende gegevens naar je de instelling die de combinatie uitvoert: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Soort visitatie (= combinatie visitatie) en welke certificerende instantie betrokken is</li> <li>b) Praktijknaam, regio, AGB Code en KNGF relatienummer</li> <li>c) Naam en KNGF relatienummer van contactpersoon die de voorbereidingen treft voor de praktijk</li> <li>d) Of u een HKZ en/of Pluscertificaat heeft en met welke geldigheid</li> <li>e) Wanneer de combinatie visitatie plaatsvindt of stem dit af met de instantie</li> </ul>
3	Aanmelding	Instelling die de combinatievisitatie uitvoert	Mailt de volgende gegevens naar <a href="mailto:visitatie@kngf.nl">visitatie@kngf.nl</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Gegevens visiteur (naam, e-mailadres en indien van toepassing KNGF relatienummer)</li> <li>b) Alle informatie bij punt 2</li> </ul> <b>Deze informatie dient minimaal een maand van tevoren bij het KNGF aangeleverd te worden.</b>
4	Bevestiging	KNGF	Het KNGF bevestigt de aanmelding en stuurt de praktijk een bevestigingsmail met informatie over de visitatie. De instelling die de combinatievisitatie uitvoert wordt meegenomen in de CC van de mail zodat zij dezelfde informatie ontvangen.
5	Voorbereiding	Praktijk/visiteurs	
6	Visitatie	Praktijk/visiteurs	
7	Verslag	Visiteurs	Na afloop van de visitatie mailen de bezoekers de volgende gegevens naar <a href="mailto:visitatie@kngf.nl">visitatie@kngf.nl</a> : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Beoordeling visitatie: d.w.z. hervisitatie benodigd ja/nee.</li> <li>b) Indien een score lager dan 3: welke vervolgspraken zijn gemaakt en de datum van de hervisitatie zodra deze bekend is</li> </ul>
7	Registratie	KNGF	Het KNGF registreert de beoordeling. Bij een positieve beoordeling visitatie of hervisitatie ontvangt u een certificaat <sup>2</sup> .
8	Hervisitatie	Instelling die de combinatievisitatie uitvoert	Wanneer de praktijk op één of meerdere indicatoren een score lager dan 3 heeft behaald stelt de praktijk binnen 3 maanden een verbeterplan op en wordt binnen 6 maanden een hervisitatie uitgevoerd. Voor de hervisitatie worden stappen 3 t/m 7 herhaald.
9	Evaluatie	Praktijk	Na afloop van de visitatie ontvangt de praktijk een evaluatieformulier van het KNGF en stuurt deze ingevuld retour.

<sup>2</sup> Deze is momenteel in ontwikkeling

## 4 Vóór de visitatie

De praktijken en de visiteurs vullen en ondertekenen een visitatie overeenkomst. Vervolgens rondt de praktijk ten minste 14 dagen voor de visitatie de online voorbereidingen af in Compass (<https://kngf.exata.nl>).

### Online voorbereiding visitatie:

- Uploaden certificaat (visiteur controleert geldigheid certificaat t.a.v. visitatiedatum: zie hoofdstuk 2 voor geldigheid en soorten visitatie)
- Kwaliteitsdocumenten van de praktijk en praktijkinformatie, zoals een beleidsplan, een managementreview, spiegelinformatie, etc.
- PROM-profiel van de praktijk
- Vragenlijst teamklimaat (Team Climate Inventory - TCI) die door alle medewerkers wordt ingevuld
- Zelfevaluatie van de kwaliteit van de praktijkvoering

Indien bepaalde documentatie ontbreekt kan de visiteur de praktijk vragen deze voor de visitatie nog aan te vullen door deze te uploaden.

*N.B. Er wordt gewerkt aan de mogelijkheid om online binnen Compass om praktijken en visiteurs elkaar te laten vinden en zelf een visitatie in te plannen.*

## 5 Tijdens de visitatie

Tijdens de intercollegiale visitatie worden de visiteurs rondgeleid door de praktijk (door o.a. de praktijkvertegenwoordiger), wordt een dossiertoets verricht en wordt het praktijkportfolio en het TCI rapport (indien wenselijk) besproken. De praktijk draagt er zorg voor dat de visiteurs een wifi code tot hun beschikking krijgen om in te kunnen loggen.

### Agenda visitatie:

1. Kennismaking (10 min)
2. Praktijkrondeleiding (10 min)
3. Dossiertoets (30 min)
4. Praktijkportfolio (40 min)
  - a) Kwaliteitsbeleid, interne communicatie, samenwerking, en innovatie.
  - b) Team Climate Inventory
  - c) Praktijk feedback informatie
  - d) Behandelgemiddelde/behandelindex zorgverzekeraars
5. Terugkoppeling en bespreking van de visitatie (15-30 min)

### Ad 1: Kennismaking (10 min)

In een kort interactief kennismakingsgesprek met de praktijkvertegenwoordiger benoemt één van de visiteurs de doelen van de visitatie en legt uit hoe de visitatie eruit zal zien. De rollen van beide visiteurs worden verduidelijkt, één visiteur fungeert als hoofdvisiteur, de tweede visiteur heeft een meer observerende rol, maar is altijd actief betrokken. De visiteur benadrukt dat de visitatie geen toets bestaande uit goed of slecht is, maar dat er wel verdiepende vragen gesteld kunnen worden. De visiteur geeft aan dat er tussendoor aantekeningen gemaakt worden, om in een later stadium het visitatierapport op te kunnen stellen. De visiteur vraagt naar bijzonderheden in de praktijk, die mogelijk van belang zijn voor de visitatie en biedt de praktijkvertegenwoordiger de mogelijkheid tot reactie.

## Ad 2: Rondleiding door de praktijk (10 min)

Na het kennismakingsgesprek worden de visiteurs rondgeleid door de praktijk door de praktijkvertegenwoordiger. Hierbij wordt de praktijk bekeken en wordt de praktijkvertegenwoordiger de mogelijkheid geboden uitleg te geven over de praktijk en de praktijkruimtes.

## Ad 3: Dossiertoets (30 min)

De visiteur vraagt toestemming aan de praktijkvertegenwoordiger om een aantal patiëntendossiers te mogen inzien. Dossiers (al of niet afgesloten) die hiervoor in aanmerking komen zijn dossiers met een startdatum op of na de datum van het toewijzen van de status Kandidaat Plus. De praktijkvertegenwoordiger draagt er zorg voor dat er afspraken gemaakt worden t.a.v. borging van de privacy van deze patiëntgegevens. Indien gewenst vraagt de visiteur uitleg over het EPD-programma, zodat de visiteur zelfstandig door de dossiers kan gaan. Visiteurs zijn vrij in de onderlinge verdeling van de dossiertoets (bijv. de hoofdvisiteur voert de dossiertoets alleen uit, de visiteurs voeren de dossiertoets samen uit, beide visiteurs voeren de dossiertoets onafhankelijk van elkaar uit, etc.). De visiteur kiest ad random dossiers.

De visiteur beoordeelt de dossiers op basis van de KNGF richtlijn voor dossiervoering. De visiteur is alert op de stappen van methodisch handelen en klinisch redeneren. Wanneer deze stappen onvoldoende duidelijk zijn terug te zien vraagt de visiteur de praktijkvertegenwoordiger de stappen nader te verklaren en te verduidelijken. Wanneer de desbetreffende medewerker aanwezig is, mag deze het dossier ook nader verklaren. Inhoudelijk gemaakte keuzes kunnen worden bediscussieerd. De visiteur onthoudt zich echter van een oordeel, er is geen goed of fout. Het gaat erom dat de denkstappen die een fysiotherapeut heeft gemaakt, duidelijk in het dossier staan en inzichtelijk zijn gemaakt.

Er worden minimaal twee dossiers beoordeeld met –indien gewenst- uitbreiding naar vijf beoordeelde dossiers. Benodigde beoordelingsformulieren zijn voor de visiteur online beschikbaar. Wanneer de visiteur over een eigen laptop beschikt, kunnen deze direct ingevuld worden. Anders maakt de visiteur ter plekke aantekeningen en worden de formulieren later door de visiteur online ingevuld. De visiteur kan ervoor kiezen feedback op het dossier direct na het beoordelen van desbetreffend dossier terug te geven. De visiteur kan er ook voor kiezen dit na de gehele dossiertoets te doen.

De visiteur schat, op basis van de beoordeling, in hoeveel tijd de terugkoppeling van de feedback in beslag zal nemen. Het feedbackmoment is onderdeel van de dossiertoets, en hiermee dient dus rekening gehouden te worden in de tijdsplanning. De visiteur beoordeelt minimaal twee dossiers. Wanneer de praktijk veel medewerkers heeft, is het wellicht wenselijk meerdere dossiers te bekijken. Dit is echter afhankelijk van de kwaliteit (en dus tijd voor beoordeling en terugkoppeling) van de dossiers. Houd altijd in gedachten dat medewerkers ook het proces van intervisie hebben doorlopen. Hierin zijn zij mogelijk actief bezig geweest met verbeteringen in de wijze van dossiervoering. Wanneer dit in de dossiers niet goed naar voren komt, vraagt de visiteur de praktijkvertegenwoordiger (of betreffende medewerker) de verbeterdoelen na de intervisie te verduidelijken en te laten zien waaraan de visiteur kan zien dat men actief is deze verbeterdoelen na te streven.

## AD 4: Het praktijkportfolio (40 min)

Het praktijkportfolio bestaat uit kwaliteitsdocumentatie, een zelfevaluatie en het PROM-profiel. Ook het TCI rapport is een onderdeel van het praktijkportfolio.

Het praktijkportfolio (inhoud) wordt vergeleken met landelijke gegevens over proces en uitkomsten van fysiotherapeutische zorg, waaronder patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en behandelgemiddelden. De praktijk is aangesloten bij de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF), Praktijkdata worden gemaakt via de online Feedbacktool. De praktijk wordt hierin vergeleken met het landelijk gemiddelde (benchmark). De landelijke gemiddelden zijn ook afkomstig van de LDF. Eventuele afwijkingen van landelijke gemiddelden zijn input voor gesprek tijdens de visitatie.



Kwaliteitsdocumenten die de praktijk heeft aangeleverd worden besproken. Wanneer de praktijk niet over kwaliteitsdocumenten beschikt, wordt hier een gesprek over aangegaan. Het gesprek is bedoeld om samen te bespreken wat goed gaat en wat beter kan. Drie thema's zullen in het gesprek in elk geval aandacht krijgen: kwaliteitsbeleid, innovatie en ondernemerschap. De overige thema's worden vooral als checklist gezien die aandacht vragen als er knelpunten zijn op die thema's.

De visiteurs vormen geen oordeel, maar vragen wel om een verklaring gevraagd. Een visiteur kan wanneer gewenst het nut en het belang van kwaliteitsdocumentatie voor de praktijk verhelderen. Hierbij wordt ook de zelfevaluatie kwaliteit van praktijkvoering besproken. Er wordt ingegaan op de zelfwaardering van de praktijkvertegenwoordiger en de argumentatie daarachter.

## AD 5: Terugkoppeling en bespreking van de visitatie (15-30 min)

In een afsluitend gesprek worden de bevindingen van de visiteurs besproken met de praktijkvertegenwoordiger. De visiteurs mogen zelf kiezen of ze na elk visitatieonderdeel korte feedback geven en deze aan het eind samenvatten, of dat alle feedback pas aan het einde van de visitatie gegeven wordt. De tijd die voor het geven van de voorlopige feedback, aan de hand van het beoordelingsformulier kwaliteit van praktijkvoering, staat is dus afhankelijk van de keuzes in het moment van feedback. De visiteurs spreken af dat zij een concept visitatierapport opstellen en deze binnen twee weken aan de praktijkvertegenwoordiger zullen mailen.

## 6 Na de visitatie

### Het visitatierapport (45 min)

Na de visitatie stelt de visiteur online het visitatierapport op. Hierbij maakt de visiteur gebruik van het beoordelingsformulier kwaliteit van praktijkvoering waarin zes indicatoren voor kwaliteit zijn uitgewerkt (bijlage 1). Hierbij wordt de praktijk op verschillende kwaliteitsindicatoren gescoord en wordt er aanvullende feedback gegeven. De indicatoren 3, 4 en 5 worden op basis van HKZ en/of Pluscertificaat beoordeeld met een score 4. Afhankelijk van de rollen van de visiteurs, stelt één visiteur het conceptrapport op (zie bijlage 4). Deze wordt aangevuld door de tweede visiteur. Visiteurs mogen er ook voor kiezen het rapport samen op te stellen of taken anders te verdelen. Het conceptrapport wordt uiteindelijk door de visiteurs gezamenlijk opgesteld.

### Het conceptrapport bestuderen en reageren (2 weken)

Het conceptrapport wordt door de visiteurs naar de praktijkvertegenwoordiger gestuurd.

De praktijkvertegenwoordiger bestudeert het conceptrapport en bespreekt dit desgewenst met de praktijk. De praktijkvertegenwoordiger heeft twee weken de tijd om opmerkingen of aanpassingen bij het conceptrapport te maken. De praktijkvertegenwoordiger stuurt het rapport dan weer terug naar de visiteurs.

### Het definitieve visitatierapport (2 weken)

Naar aanleiding van het commentaar van de praktijkvertegenwoordiger passen de visiteurs het conceptrapport aan. Uiteindelijk wordt een definitief visitatierapport opgesteld. De visiteurs uploaden dit bestand op de website, zodat het zichtbaar wordt voor de praktijkvertegenwoordiger. Naar aanleiding van het visitatierapport stelt de praktijk een verbeter/ontwikkelplan op via Compass.

### Hervisitatie

Bij een afwijkende score die niet voldoende verklaard kan worden dient de praktijk een verbeterplan op te stellen op de onvoldoende gescoorde indicator(-en). Dit verbeterplan dient uitgevoerd te worden binnen 3 maanden na het vaststellen van het visitatierapport. Praktijken die deelnemen aan het KNGF Plusprogramma stellen het verbeterplan dat op basis van de originele visitatie door de praktijk wordt opgesteld ook per mail aan het programmabureau. Vervolgens wordt binnen 6 maanden na het vaststellen van het visitatierapport een

hervisitatie uitgevoerd op de te verbeteren onderdelen. Een hervisitatie kan op locatie plaatsvinden of op afstand. Dit is afhankelijk van de inhoud van het verbeterplan en te verbeteren punten.

De hervisitatie wordt als voldoende beoordeeld wanneer een score 3 of hoger (op een schaal van 0-4) op de te toetsen indicator(en) wordt behaald. Indien tijdens de hervisitatie een score van 2 of lager wordt gescoord op één of meerdere indicatoren wordt de hervisitatie onvoldoende beschouwd. Wanneer een praktijk die deelneemt aan het KNGF Plusprogramma onvoldoende scoort op een hervisitatie, dan wordt de gehele visitatie als onvoldoende beschouwd. Dit heeft als gevolg dat deelname aan het Plusprogramma wordt beëindigd (zie bijlage 5: Reglement hervisitatie KNGF Plusprogramma).

## KNGF informeren

Na afloop van de eerste visitatie mailen de visiteurs de volgende gegevens naar [visitatie@kngf.nl](mailto:visitatie@kngf.nl):

- Beoordeling visitatie: d.w.z. is een hervisitatie benodigd ja of nee.
- Indien ja: welke vervolgafspraken zijn gemaakt en op welke datum zal de hervisitatie plaatsvinden.

Indien een hervisitatie heeft plaatsgevonden mailen de visiteurs na afloop van de hervisitatie de volgende gegevens naar [visitatie@kngf.nl](mailto:visitatie@kngf.nl):

- Beoordeling hervisitatie: d.w.z. is op alle indicatoren een voldoende (score 3 of hoger) gehaald, of is één van de indicatoren wederom onvoldoende (score 2 of lager) bevonden?
- Datum waarop de hervisitatie heeft plaatsgevonden.

## 7 Adviesprijs verkorte visitatie

Een visitatie wordt uitgevoerd door 2 visiteurs (1 voor de combinatie visitatie). Het KNGF adviseert een uurtarief van maximaal € 75,00 per uur. Dit is inclusief BTW en exclusief reiskosten a € 0,19 cent p/km. De richtlijn voor de tijdsinvestering in uren, gerekend met het eerder genoemde KNGF advies uurtarief, zijn hieronder weergegeven. Bij het onderdeel “verbetertraject” zijn geen uren vermeld, omdat dit afhankelijk is van de bevindingen tijdens de visitatie.

	Voorwerk	Visitatie bij praktijk	Nawerk	Verbetertraject	Totaal aantal uren per visiteur	Totaal aantal uren 2 visiteurs	Kosten 2 visiteurs (excl. reiskosten en p.m.)
HKZ/ pluscertificaat	1	2	1	p.m.	4	8	€ 600

*N.B. HKZ/pluscertificaat: praktijken met een HKZ en/of pluscertificaat met een geldigheid doorlopend in de contracteringsperiode van de Plusovereenkomst Zilveren Kruis 2017 -2018. Certificaat is geldig tijdens de visitatie.*

*N.B. Bij de combinatie visitatie zijn de kosten van toepassing op één visiteur. De certificerende instantie bepaalt hiervoor de prijs.*

## Bijlage 1: Feedbackformulier kwaliteit praktijkvoering – HKZ/Pluscertificaat

### Instructie

Dit formulier is bestemd voor zelfevaluatie van de kwaliteit van de praktijkvoering en wordt door de visiteurs gebruikt voor de intercollegiale visitatie. De praktijkvertegenwoordiger van de praktijk die gevisiteerd wordt voert voorafgaand aan de visitatie een zelfevaluatie uit aan de hand van onderstaand elektronisch zelfevaluatieformulier dat online beschikbaar is op Compass (<https://kngf.exata.nl>). Documenten die de zelfevaluatie ondersteunen (kwaliteitsdocumenten) worden geüpload op de website in het praktijkportfolio. Visiteurs kunnen voorafgaand aan de visitatie deze zelfevaluatie en de ondersteunende documenten beoordelen. Na afloop van de visitatie wordt onderstaand elektronisch formulier ook door de visiteurs ingevuld en van feedback voorzien.

### Beoordelingscriteria

*Schuivende schaal van 1 = voldoet niet aan de eisen tot 4 = voldoet volledig aan de eisen*

De visiteur geeft een toelichting op de score. Indien de score lager dan een 3 volgt een traject van verbeterplan

Indicator 1	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
<b>Kwaliteitsbeleid</b>	De praktijk voert een actief beleid, consistent met het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, om de kwaliteit van de medewerkers, de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de zorg <sup>3</sup> voor de patiënt te bewaken, te bevorderen en inzichtelijk te maken.	Geen bewijs aanwezig.	Vastgelegd, maar geen bewijs van implementatie. of wel bewijs van activiteiten, maar niet vastgelegd in een beleid.	Vastgelegd en bewijs van onderdelen van uitvoering van het beleid.	Vastgelegd, consistent met beleid beroepsgroep, volledig uitgevoerd.	
	<b>Waarom?</b>					
	Het kwaliteitsbeleid vormt de identiteit van de praktijk en is bepalend voor het beeld wat de praktijk naar buiten toe wil uitstralen. Het beleid is afgestemd op het KNGF Beroepsprofiel en sluit aan bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Het vormt het kader waarbinnen de praktijk en haar medewerkers beslissingen nemen om richting te geven aan verbeterprocessen. Kwaliteitszorg sluit aan bij de algemeen geldende normen voor kwaliteit zoals effectiviteit (doeltreffendheid), efficiëntie (doelmatigheid), patiëntgerichtheid en de toegankelijkheid. Voorwaarde is dat medewerkers op de hoogte zijn van het beleid en in ook de lijn van het beleid handelen. Dat betekent bijvoorbeeld dat er geen onnodige zorg wordt verleend en dat de oorzaak van ongewenste variatie in behandelgemiddelden besproken wordt.					

<sup>3</sup> De zorg voor de patiënt kan preventief, curatief of palliatief zijn en kan zowel de individuele patiënt als groepen patiënten betreffen.

	<b>Hoe aantonen?</b>					
	<p>Kwaliteitsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsbeleid en beleidsverklaring van het huidige jaar, onderschreven door medewerkers</li> <li>• Managementreview voorafgaande jaar en recent beleidsplan</li> </ul> <p>Professionele ontwikkeling medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deelname van medewerkers aan intervisie en daarbij behorende producten.</li> <li>• Persoonlijk portfolio</li> </ul> <p>Kwaliteit van de zorg voor de patiënt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scores op feedback o.a. behandelgemiddelden / behandelindex/ spiegelinformatie/PREM</li> <li>• Scores op uitkomsten Landelijke Database (LDF)</li> </ul>					
<b>Indicator 2</b>	<b>Criterium</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
<b>Klinisch redeneren en dossiervoering</b>	De medewerkers hanteren KNGF richtlijn voor Dossiervoering en hanteren een heldere lijn van klinische redeneren conform de kenmerken van Evidence Based Practice	Niet volgens de richtlijn. Klinisch redeneerproces niet transparant.	Dossiervoering deels volgens de richtlijn, maar klinisch redeneerproces is niet transparant.	Dossiervoering is deels volgens de richtlijn en klinisch redeneerproces is transparant.	Dossiervoering is volgens de richtlijn dossiervoering en het klinisch redeneerproces is transparant.	
	<b>Waarom?</b>					
	Gestructureerde dossiervoering ondersteunt de fysiotherapeut bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het behandelplan. Een patiëntendossier is noodzakelijk voor intern gebruik maar ook voor externe verantwoording van de kwaliteit van de zorg aan bijvoorbeeld de patiënt, de verwijzer of de zorgverzekeraar. Een goed dossier bevat alle noodzakelijke informatie en is makkelijk leesbaar. Een collega die de patiënt moet overnemen zou snel moeten kunnen zien wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren.					
	<b>Hoe aantonen?</b>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peer feedback van EPD's en verbeterplan dossiervoering</li> <li>• Dossiertoets: visiteurs nemen een steekproef van twee tot vijf dossiers en toetsen deze aan de hand van het beoordelingsformulier dossiervoering dat ook bij de peer assessment is gebruikt.</li> </ul>					
<b>Indicator 3</b>	<b>Criterium</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
<b>Interne en externe communicatie, zorgcoördinatie en samenwerking</b>	De praktijk heeft een adequaat systeem van interne en externe communicatie, zorgcoördinatie en samenwerking.	Geen bewijs aanwezig.	Geen beleid vastgelegd, maar wel aantoonbare activiteiten.	Beleid vastgelegd en bewijs van onderdelen van uitvoering van het beleid.	Beleid vastgelegd en volledig uitgevoerd..	Op basis van HKZ en/of Pluscertificaat is dit een 4

Indicator 4	Criterium	1	2	3	4	
<b>Inrichting en toegankelijkheid</b>	De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat aan de zorgvraag van de doelpopulatie kan worden voldaan.	Voldoet niet aan eisen voor inrichting en toegankelijkheid.	Er zijn ernstige tekortkomingen in de inrichting en toegankelijkheid van de praktijk.	Er zijn enige tekortkomingen in de inrichting en toegankelijkheid van de praktijk.	Voldoet volledig aan de eisen voor inrichting en toegankelijkheid.	Op basis van HKZ en/of Pluscertificaat is dit een 4
Indicator 5	Criterium	1	2	3	4	
<b>Hygiëne, privacy en veiligheid</b>	De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat de hygiëne, privacy en de veiligheid van de cliënt wordt bewaakt. (Alle medewerkers handelen conform de beroepsethiek en gedragsregels).	Voldoet niet aan de eisen voor hygiëne, privacy en veiligheid.	Er zijn ernstige tekortkomingen in de hygiëne, privacy en veiligheid.	Er zijn enige tekortkomingen in de hygiëne, privacy en veiligheid.	Voldoet volledig aan de eisen voor hygiëne, privacy en veiligheid.	Op basis van HKZ en/of Pluscertificaat is dit een 4
Indicator 6	Criterium	1	2	3	4	
<b>Innovatie en ondernemerschap</b>	De praktijk ontwikkelt en implementeert initiatieven om aan te sluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg.	Geen bewijs aanwezig.	Geen beschreven visie en strategie, maar wel ad hoc initiatieven.	Beschreven visie en strategie en deels geïmplementeerde initiatieven.	Beschreven visie en strategie en volledig geïmplementeerde initiatieven.	
	<b>Waarom?</b>					
	Inhoudelijk is deze indicator niet uitsluitend weggelegd voor praktijken die voorop willen lopen bij ontwikkelingen in de zorg. Iedere praktijk moet zich op de hoogte houden van de ontwikkelingen met betrekking tot de diensten die ze aanbiedt. Dat geldt voor wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, maar ook voor politieke, maatschappelijke en demografische ontwikkelingen. Een moderne praktijk zorgt ervoor dat ze bijblijft, aansluit bij veranderingen in de zorgvraag en een duidelijke positie inneemt in de lokale zorgketen. Denk aan initiatieven om de zorg beter bereikbaar en betaalbaar te houden zoals 'gezondheid in de wijk' en zelfmanagementprogramma's.					
	<b>Hoe aantonen?</b>					
	Praktijken bepalen zelf hoe ze invulling geven aan deze indicator en hoe ze dat aantonen. Denk aan folders, publicaties, instructie- en scholingsmateriaal, ICT-toepassingen zoals eHealth.					

## Bijlage 2: Feedbackformulier Kwaliteit van de dossiervoering

### Inleiding

Deze set beoordelingscriteria zijn ontworpen om het proces van intervisie te ondersteunen. De criteria zijn afgeleid van de KNGF Richtlijn dossiervoering 2016. In de beoordeling worden de gegevens die automatisch gegenereerd worden door het EPD, zoals persoonsgegevens, niet meegenomen. Centraal bij de beoordeling staat de kwaliteit en de transparantie van het *klinisch redeneren* van de fysiotherapeut. De beoordelaar scoort de mate waarin het EPD aan die criteria voldoet en geeft eventueel aanvullende verbeterfeedback.

### Kwaliteitsindicatoren

n.v.t. = niet aanwezig of niet van toepassing

1 – 5: schuivende schaal van 1 = veel verbetering nodig tot 5 = geen verbetering nodig.

Indien er verbetering nodig is, worden concrete verbeter suggesties gegeven.

Feedbackformulier kwaliteit van de dossiervoering (EPD)			Score					Feedback en verbeter-suggesties
Kwaliteitsindicatoren			1	2	3	4	5	
1	Leesbaarheid	Is het dossier in begrijpelijke taal geschreven? Is de dossiervoering beknopt?	o	o	o	o	o	
2	Inhoud	Voldoet het dossier aan KNGF-richtlijn fysiotherapeutische dossiervoering 2016?	o	o	o	o	o	
3	Transparantie	Maakt het dossier het klinisch redeneren en handelen van de fysiotherapeut inzichtelijk?	o	o	o	o	o	
4	Consistentie	Hangen de stappen binnen het methodisch handelen logisch met elkaar samen (bevatten ze geen tegenstrijdigheden)?	o	o	o	o	o	

5	Klinimetrie	Is er adequaat gebruik gemaakt van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)? 0-meting / tussenmeting <sup>2</sup> / eindmeting? <sup>2</sup> Indien relevant in de optiek van de beoordelaar.	o	o	o	o	o	
6		Is er adequaat gebruik gemaakt van klinische uitkomstmaten (performance testen)? 0-meting / tussenmeting <sup>2</sup> / eindmeting? <sup>2</sup> Indien relevant in de optiek van de beoordelaar.	o	o	o	o	o	
Aanvullende feedback								

## Bijlage 3: Aanvullende informatie indicatoren

### Indicator 1- Kwaliteitsbeleid

“De praktijk voert een actief beleid, consistent met het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, om de kwaliteit van de medewerkers, de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit van de zorg<sup>4</sup> voor de patiënt te bewaken, te bevorderen en inzichtelijk te maken.”

#### **Aandachtspunten:**

##### **1. Kwaliteitsmanagement:**

- Kwaliteitsbeleid en beleidsverklaring  
*Heeft de praktijk kwaliteitsbeleid en/of een beleidsverklaring? Is dit aantoonbaar?  
Is dit beleid bekend bij de medewerkers? Waar blijkt dat uit?*
- Managementreview  
*Heeft de praktijk een managementreview op het voorgaande jaar? Is deze volledig en SMART geformuleerd?  
Staan de missie en visie van de praktijk beschreven? Is deze realistisch?  
Zijn er lange en korte termijn doelen benoemd?  
Is de waarborging van de kwaliteit beschreven (patiëntenzorg, professionalisering medewerkers, etc.)  
Zijn er samenwerkingsverbanden beschreven?  
Maakt de praktijk gebruik van uitkomsten van kwaliteitsbeleid, zoals spiegelinformatie, patiënttevredenheid, PROMs, ziekteverzuim medewerkers, etc.?*
- Recent beleidsplan  
*Voorbeeld [beleidsplan](#)  
Voorbeeld [managementreview](#)*

##### **2. Professionele ontwikkeling medewerkers:**

- Deelname aan intervisie en gebruik maken van de daarbij behorende producten
- Persoonlijk Portfolio
- Professionele ontwikkeling medewerkers  
*Beschikt de praktijk over een overzicht van deelname scholingen, cursussen, opleidingen van medewerkers?*

##### **3. Kwaliteit van zorg voor de patiënt:**

- Scores op feedback van bv. behandelgemiddelden / behandelindex/ spiegelinformatie/PREM  
*Maakt de praktijk gebruik van (interne of externe) spiegelinformatie en is dit aantoonbaar? Denk hierbij aan: behandelgemiddelden (per praktijk en per medewerker), patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs), patiëntervaringen (PREMs)*
- Scores op uitkomsten Landelijk Database voor Fysiotherapie (LDF)

### Indicator 2 - Klinisch redeneren en verslagleggen

“De medewerkers passen de KNGF richtlijn voor Dossievoering toe en hanteren een heldere lijn van klinische redeneren conform de kenmerken van Evidence Based Practice.”

#### **Aandachtspunten:**

##### **1. Deelname peer assessment en verbeterplannen:**

---

<sup>4</sup> De zorg voor de patiënt kan preventief, curatief of palliatief zijn en kan zowel de individuele patiënt als groepen patiënten betreffen.



- Peer assessment  
*Hebben alle medewerkers deelgenomen aan peer assessment?  
Zijn de uitkomsten in de praktijk besproken?*
- Verbeterplannen  
*Hebben alle medewerkers een verbeterplan opgesteld bv. m.b.t. dossiervoering?  
Is een verbeterplan aantoonbaar aanwezig?(bijv. die van de praktijkvertegenwoordiger)?  
Komen de verbeterdoelen overeen met de aandachtspunten uit het POP*

## 2. Dossiertoets:

- Leesbaarheid  
*Is het dossier in begrijpelijke taal beschreven?  
Is de verslaglegging beknopt?*
- Inhoud  
*Voldoet het dossier aan de richtlijn dossiervoering 2016?  
Zijn behandeldoelen SMART geformuleerd?*
- Transparantie  
*Maakt het dossier het klinisch redeneren en methodisch handelen van de therapeut inzichtelijk?  
Is de rode draad door het dossier duidelijk?  
Is de fysiotherapeutische diagnose duidelijk beschreven?*
- Consistentie  
*Hangen de stappen van het methodisch handelen logisch met elkaar samen?  
Is het behandelplan in overeenstemming met de hulpvraag?  
Zijn de onderzoeksgegevens gebruikt bij het formuleren van behandeldoelen?*
- Klinimetrie  
*Is er adequaat gebruik gemaakt van meetinstrumenten (PROMs)?  
Passen de gebruikte meetinstrumenten bij (de klachten van) de patiënt?  
Zijn deze meetinstrumenten zowel gebruikt als voor-, tussen- en eindmeting?  
Is er adequaat gebruik gemaakt van performance testen?  
Passen deze testen bij (de klachten van) de patiënt?  
Zijn deze testen zowel gebruikt als voor-, tussen- en eindmeting?*

**Zie bijlage 1 voor formulier kwaliteit van dossiervoering.**

## Indicator 3 - Interne en externe communicatie en samenwerking

*“De praktijk heeft een adequaat systeem van interne en externe communicatie, zorgcoördinatie en samenwerking.”*

### Aandachtspunten:

#### 1. Structureel praktijkoverleg:

- Planning praktijkoverleg  
*Vindt er praktijkoverleg plaats op vaste momenten? Is dit aantoonbaar?  
Met welke regelmaat vindt praktijkoverleg plaats? Is dit realistisch?  
Welke afspraken zijn er met medewerkers gemaakt over hun aanwezigheid?*
- Agenda en notulen  
*Is er voorafgaand aan een praktijkoverleg een agenda? Is deze inzichtelijk voor iedere medewerker?  
Is dit aantoonbaar?  
Kunnen medewerkers zelf agendapunten inbrengen? Hoe gebeurt dit?  
Worden er notulen gemaakt van een praktijkoverleg? Zijn deze voor iedere medewerker inzichtelijk?  
Is dit aantoonbaar?*

## 2. Structureel interprofessioneel overleg (indien van toepassing):

- Planning

*Vindt er interprofessioneel overleg (zoals IOF, multidisciplinair overleg) plaats op vaste momenten? Is dit aantoonbaar?*

*Met welke regelmaat vindt dit overleg plaats? Is dit realistisch?*

*Welke afspraken zijn er met medewerkers gemaakt over hun aanwezigheid?*

- Agenda en notulen

*Is er voorafgaand aan een overleg een agenda? Is deze inzichtelijk voor iedere medewerker? Is dit aantoonbaar?*

*Kunnen medewerkers zelf agendapunten inbrengen? Hoe gebeurt dit?*

*Worden er notulen gemaakt van een interprofessioneel of multidisciplinair overleg? Zijn deze voor iedere medewerker inzichtelijk? Is dit aantoonbaar?*

## 3. Verslagen van medewerkers:

- Kennis en vaardigheden naar aanleiding van scholing of cursus

*Worden nieuw opgedane kennis en/of vaardigheden met elkaar gedeeld? Op welke manier? Is dit aantoonbaar?*

- Extern overleg

*Wordt extern overleg (bijv. met gemeente, gezondheidscentrum, zorgverzekeraar, etc.) gedeeld met medewerkers? Op welke manier? Is dit aantoonbaar?*

## 4. Patiëntoverleg:

- Patiëntenoverleg

*Vindt er overleg tussen medewerkers plaats over patiënten? Bijvoorbeeld advisering.*

*Is er beleid vanuit de praktijk over patiëntoverleg tussen medewerkers?*

- Patiëntoverdracht

*Vindt er overdracht plaats van een patiënt tussen medewerkers? Hoe gebeurt dit?*

## 5. Procedure voor gestructureerde externe informatie-uitwisseling

- Beleidsplan

*Is hier ook sprake van in het beleidsplan voor dit jaar of meerjarenbeleidsplan?*

- Verslagen

*Zijn deze aanwezig als bewijs van overleggen?*

## Indicator 4 - Inrichting en toegankelijkheid

*“De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat aan de zorgvraag van de doelpopulatie kan worden voldaan.”*

De volgende aspecten kunnen beoordeeld worden in de rondleiding. Het is aan te bevelen om de aandachtspunten voor de visitatie door te nemen, zodat de visiteur weet waarop gelet kan worden. Informatie, zoals op de website van desbetreffende praktijk, kan de visiteur van tevoren bekijken.

### Aandachtspunten:

#### 1. Inrichting:

- Algemeen

*Beschikt de praktijk over een ventilatiesysteem?*

*Beschikt de praktijk over verwarming en/of airco?*

*Beschikt de praktijk over zowel warm als koud water?*

*Beschikt de praktijk over goede telefonie en internet?*

▪ Doelgroepgerichtheid

*Heeft de praktijk een specifieke doelgroep van patiënten?*

*Heeft de praktijk in het beleid aandacht voor deze doelgroep met betrekking tot de inrichting van de praktijk?*

*Zijn er specifieke voorzieningen voor specifieke patiëntengroepen (denk bijvoorbeeld aan een invalidentoilet, lage/geen drempels, brede deuren, lift, extra handgrepen, stoelen met leuningen, etc.)?*

▪ Informatiebeschikbaarheid

*Is er voor patiënten en zorgprofessionals informatie beschikbaar over de praktijk en de medewerkers (bijv. website)?*

*Beschikt de praktijk over patiëntenfolders? Zijn deze beschikbaar voor patiënten?*

▪ Praktijkruimtes

*Beschikt de praktijk over een wachtruimte, die geen deel uitmaakt van behandelruimte(s)?*

*Zijn de behandelruimtes geschikt voor het uitvoeren van (specifiek) onderzoek en de te geven (specifieke) behandeling?*

*Beschikt de praktijk over een receptie en/of medewerkersruimte? Is dit duidelijk aangegeven? Is deze ruimte geen onderdeel van een behandelruimte?*

▪ Oefenzaal

*Beschikt de praktijk over een oefenzaal? Is deze goed toegankelijk voor de doelgroep? Zijn er alternatieven?*

*Beschikt de oefenzaal over adequate materialen ter ondersteuning van de behandeling?*

## 2. Toegankelijkheid en doelgroepen

▪ Doelgroepgerichtheid

*Is de praktijk goed bereikbaar (auto, fiets, OV, parkeergelegenheid) voor de doelgroep?*

*Is de praktijk goed toegankelijk voor de doelgroep (duidelijke ingang, 'bewegwijzering', trap/lift, handgrepen, brede doorgangen, lage/geen drempels)?*

▪ Informatiebeschikbaarheid

*Is er voor patiënten en zorgprofessionals informatie beschikbaar over de toegankelijkheid van de praktijk en de medewerkers op een website (bijv. openingstijden, telefonische bereikbaarheid door de week en in het weekend, etc.)?*

*Beschikt de praktijk over patiëntenfolders? Zijn deze toegankelijk voor patiënten?*

*Komt de informatie op de website van de praktijk overeen met de werkelijkheid in de praktijk?*

*Is overig informatiemateriaal toegankelijk voor patiënten? (denk aan: in het zicht, makkelijk te pakken, leesbaar voor de doelgroep qua taalgebruik, etc.)*

▪ Praktijkruimtes

*Zijn praktijkruimtes toegankelijk voor elke doelgroep?*

*Zijn praktijkruimtes afsluitbaar (slot, druppel, etc.)?*

▪ Oefenzaal

*Is de oefenzaal toegankelijk voor elke doelgroep?*

*Zijn er specifieke aanpassingen voor minder validen (stoelen, handgrepen, brede doorgang)?*

## Indicator 5 - Hygiëne, privacy en veiligheid

*"De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat de hygiëne, privacy en de veiligheid van de cliënt wordt bewaakt. (Alle medewerkers handelen conform de beroepsethiek en gedragsregels)."*

De volgende aspecten kunnen beoordeeld worden in de rondleiding. Het is aan te bevelen om de aandachtspunten voor de visitatie door te nemen, zodat de visiteur weet waarop gelet kan worden. Een deel van de informatie kan ook opgenomen zijn in kwaliteitsinformatie.

### Aandachtspunten:

#### 1. Hygiëne:

- Sanitaire voorzieningen

*Beschikt de praktijk over één of meerdere toiletten?*

*Is er onderscheid tussen toiletten voor patiënten en medewerkers? Staat dit duidelijk aangegeven?*

*Zien de toiletten er netjes en schoon uit?*

*Beschikt de praktijk over mogelijkheden om de handen te wassen voor patiënten en medewerkers?*

*Zien wastafels en dergelijke er netjes en schoon uit?*

- Praktijkruimtes

*Zien de praktijkruimtes er netjes en schoon uit?*

*Worden de praktijkruimtes structureel schoongemaakt? Is dit aantoonbaar?*

- Materiaal

*Ziet het materiaal (inventaris praktijk, oefenmateriaal) er netjes en schoon uit?*

*Wordt materiaal structureel schoongemaakt? Is dit aantoonbaar?*

- Inrichting

*Ziet de inrichting van de praktijk (stoelen, behandelbanken, tafels, koffie/theekopjes, verlichting, etc.) er netjes en schoon uit?*

*Zien de ventilatiemogelijkheden, airco, verwarming er netjes en schoon uit?*

#### 2. Privacy:

- Patiëntgegevens

*Zijn computers en EPD systemen afgeschermd voor patiënten? Denk hierbij aan (scherm)beveiliging, inlogcodes, screensaver, etc. Zijn hier afspraken over binnen de praktijk en zijn die afspraken aantoonbaar?*

*Wordt er gebruik gemaakt van een beschermde en beveiligde internetverbinding?*

*Vindt uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgprofessionals op een beveiligde manier plaats?*

*Zijn eventuele oefenschema's van patiënten niet toegankelijk voor andere patiënten of voldoende opgeborgen?*

- Praktijkruimtes

*Bieden de praktijkruimtes voldoende privacy voor patiënten? (als richtlijn van voldoende wordt aangehouden: zou je zelf als patiënt in deze praktijk je comfortabel voelen bij de geboden privacy?)*

*Denk hierbij aan: gehorigheid, ramen, gesloten behandelruimte, omkleedmogelijkheden, etc.*

*Zijn er afspraken in de praktijk over het storen van een collega tijdens een behandeling? Denk hierbij aan kloppen op de deur, toestemming van de patiënt, etc.*

#### 3. Veiligheid:

- Inrichting:

*Waarborgt de inrichting van de praktijk de veiligheid van de patiënt? Denk hierbij aan drempels, elektriciteitsnoeren/stopcontacten (in goede staat, op een beschermde plek, zodat patiënten er niet over kunnen struikelen), beschikbaarheid van specifiek behandelmateriaal (warmte, dry needling naalden + afvalbakje, etc.), afgesloten meterkast.*

*Zijn de nooduitgangen duidelijk aangegeven?*

*Zijn de nooduitgangen vrij en toegankelijk voor elke patiëntendoelgroep?*

*Zijn de vluchtroutes bekend, bij medewerkers en patiënten?*

*Heeft de praktijk een brandalarm en wordt deze structureel getest?*

*Zijn er brandblussers aanwezig en bevinden deze zich op een logische plek?*

- Praktijkruimtes

*Bieden de praktijkruimtes de patiënt voldoende veiligheid?*

*Biedt de oefenzaal en oefenmateriaal de patiënt voldoende veiligheid? Denk hierbij aan veilige op- en afstapmogelijkheden, alarmknop, valgevaarlijkheid, etc.*

*Is er altijd toezicht van een therapeut in de oefenzaal? Wat zijn de afspraken hierover binnen de praktijk?*

- Apparatuur

*Wordt de apparatuur (behandelbanken, korte golf/ultra geluid, etc.) in de praktijk structureel gecontroleerd op veiligheid? Wat zijn de afspraken hierover binnen de praktijk? Richtlijn hiervoor is dat de apparatuur minstens eenmaal per twee jaar gecontroleerd moet worden.*

- Calamiteiten

*Beschikt de praktijk over een calamiteitenplan? Is dit aantoonbaar?*

*Beschikt de praktijk over medewerkers met die een BHV-cursus hebben gevolgd? Is dit aantoonbaar?*

*Hebben alle medewerkers een reanimatiediploma? Is dit aantoonbaar?*

*Beschikt de praktijk over een AED? Is deze goed toegankelijk en snel te bereiken?*

## Indicator 6 - Innovatie en ondernemerschap

*“De praktijk ontwikkelt en implementeert initiatieven om aan te sluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg.”*

### Aandachtspunten:

#### 1. Innovatie

- Is de praktijk innovatief?

*Sluit de praktijk aan bij ontwikkelingen in de nationale zorg, gemeente of wijk? Waar blijkt dit uit?*

*Sluit het beleid van de praktijk goed aan bij de doelgroep van patiënten?*

*Zijn er samenwerkingsverbanden met andere zorgprofessionals, gezondheidscentrum, gemeente, etc.?*

*Maakt de praktijk gebruik van eHealth?*

- Nieuwste ontwikkelingen en wetenschap

*Is de praktijk op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen in het beroepsveld?*

*Is de praktijk op de hoogte van de nieuwste inzichten en wetenschap? Waar blijkt dit uit?*

*Is er actief beleid vanuit de praktijk naar aanleiding van ontwikkelingen en/of inzichten?*

- Overig

*Vraag de praktijk waaruit blijkt dat zij innovatief zijn. Er zijn vele mogelijkheden.*

#### 2. Ondernemerschap

- Beleid

*Is het beleid van de praktijk gericht op ondernemerschap?*

*Waaruit blijkt het ondernemerschap in de praktijk?*

- Medewerkers

*Wordt medewerkers mogelijkheden geboden voor nascholing, verdieping, cursussen, etc. en op welke manier?*

*Wat is het beleid van de praktijk met betrekking tot de professionele ontwikkeling van de medewerkers? Waar blijkt dit uit?*

- Overig

*Vraag de praktijk naar hun visie op ondernemerschap. Er zijn vele mogelijkheden.*

## Bijlage 4: Checklist praktijkdocumenten uploaden op Compass

Indicator 1	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Kwaliteitsbeleid en beleidsverklaring onderschreven door medewerkers	x	
	Managementreview voorafgaande jaar en recent beleidsplan	x	
	Deelname van medewerkers aan intervisie en daarbij behorende producten		x
	Persoonlijk portfolio		x
	Scores op feedback o.a. behandelgemiddelden / behandelindex/ spiegelinformatie/PREM	x	
	Scores op uitkomsten Landelijke Database (LDF)	x	
Indicator 2	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Peer feedback van EPD's en verbeterplan dossiervoering (indien aanwezig)	x	
	Dossiertoets: visiteurs nemen een steekproef van twee tot vijf dossiers en toetsen deze aan de hand van het beoordelingsformulier dossiervoering dat ook bij de peer assessment is gebruikt.		x
Indicator 3	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Structureel praktijkoverleg: Agenda en notulen		x
	Structureel interprofessioneel overleg (indien van toepassing): Agenda en notulen		x
	Procedure voor gestructureerde externe informatie-uitwisseling		x
	Beleidsplan en verslagen		x
Indicator 4	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Deels vastgelegd in kwaliteitsbeleid (zie indicator 1)	x	
	Toegankelijkheid en voorzieningen voor speciale doelgroepen (b.v. minder validen).		x
	Bereikbaarheid (loket / telefoon / website / email)		x
	Informatie beschikbaarheid medewerkers en wachttijden (folders / website).		x
	Checklist inrichtingseisen		x
Indicator 5	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Deels vastgelegd in kwaliteitsbeleid (zie indicator 1)	x	
	Checklist inrichtingseisen	x	
	Checklist veiligheid	x	
	Maatregelen beveiliging dossierinformatie	x	
Indicator 6	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Aan de praktijk zelf om te beoordelen wat relevant is om te laten zien	x	x

## Bijlage 5: Reglement Hervisitatie voor deelnemers KNGF Plusprogramma 2017-2018

*Geldig voor KNGF standaard, verkorte en combinatie hervisitatie*

- Hervisitatie vindt plaats wanneer er tijdens de oorspronkelijke visitatie op basis van het oordeel van de visiteurs een score 2 of lager is behaald op één (1) of meerdere indicatoren.
- De hervisitatie wordt uitgevoerd door de visiteurs die ook de oorspronkelijke visitatie hebben uitgevoerd tenzij de praktijk hiertegen binnen 1 maand na de oorspronkelijke visitatie schriftelijk bezwaar maakt bij [visitatie@kngf.nl](mailto:visitatie@kngf.nl).
- De hervisitatie dient plaats te vinden binnen 6 maanden na de oorspronkelijke visitatie.
- De toetsing tijdens de hervisitatie gaat uitsluitend over die indicator(en) waarop tijdens de oorspronkelijke visitatie een 2 of lager gescoord is en de relevante documenten die hierbij horen.
- Een hervisitatie, afhankelijk van welke indicator(en) opnieuw getoetst dienen te worden en de gevraagde onderdelen daarbinnen, kan fysiek of op afstand plaatsvinden. Dit is ter beoordeling van de visiteur, in overleg met de betreffende praktijk .
- De praktijk dient nieuwe relevante documenten 2 weken voor de hervisitatie aan de visiteurs ter beschikking te stellen via Compass .
- De organisatie stelt binnen 3 maanden na de oorspronkelijke visitatie een geschreven verbeterplan op (in de daarvoor bestemde vragenlijst in Compass) waarin de te nemen stappen om tot verbetering te komen op de betreffende indicator SMART beschreven staan.
- De visiteurs stellen via Compass een visitatierapport op van de hervisitatie.
- Een hervisitatie is voldoende wanneer op alle indicatoren van de hervisitatie een 3 of hoger wordt gescoord. Indien op één (1) of meerdere indicator(en) weer een score van 2 of lager wordt behaald dan wordt de gehele visitatie als onvoldoende beschouwd.
- De uitkomst van de beoordeling van de indicator(en) bij de hervisitatie door de visiteurs is bindend. De visiteur dient het KNGF Plusprogramma schriftelijk op de hoogte te stellen van de uitkomst van de hervisitatie via [visitatie@kngf.nl](mailto:visitatie@kngf.nl).
- De praktijk dient de kosten van de hervisitatie te voldoen aan de visiteurs conform afgesproken uurtarieven.
- De visiteurs en de praktijk sluiten een nieuwe overeenkomst voor de hervisitatie. Alleen de reiskosten a 0,19 cent/km en de benodigde tijd in uren voor de betreffende indicatoren van de hervisitatie, de voorbereiding vooraf en het schrijven van een visitatierapport worden berekend.
- Het visitatiereglement van het KNGF is ook van toepassing op de hervisitatie.