



Koninklijk Nederlands
Genootschap voor Fysiotherapie

Visitatie Plusprogramma

*Versie: standaard visitatie**

* Voor praktijken zonder geldig HKZ en/of Plus effectiviteit certificaat ten tijde van de visitatie

Inhoudsopgave

1	Introductie	2
2	Stappenplan visitatie	3
3	Vóór de visitatie	4
4	Tijdens de visitatie	5
	Ad 1: Kennismaking (10 min).....	5
	Ad 2: Rondleiding door de praktijk (15-30 min)	5
	Ad 3: Dossiercheck (60-75 min).....	6
	Ad 4: Het praktijkportfolio (45-60 min).....	7
	Ad 5: Terugkoppeling en bespreking van de visitatie (15-30 min).....	8
5	Na de visitatie	9
	Het visitatierapport (45-60 min).....	9
	Het conceptrapport bestuderen en reageren (uiterlijk 2 weken na visitatie)	9
	Het definitieve visitatierapport (uiterlijk 4 weken na visitatie).....	9
	Niet behalen visitatie.....	9
6	Hervisitatie	10
	Hervisitatie (binnen 6 maanden).....	10
7	Adviesprijs standaardvisitatie	11
	Bijlage 1 Feedback formulier ‘Kwaliteit van de dossiervoering’	12
	Bijlage 2 Feedback formulier ‘Kwaliteit praktijkvoering’	14
	Bijlage 3 KNGF visitatie: PROM profiel	21
	Bijlage 4 Aanvullende informatie indicatoren	23
	Bijlage 5 Checklist praktijkdocumenten uploaden op Compass.....	34

1 Introductie

Dit informatiedocument is bedoeld voor praktijken die deelnemen aan het KNGF Plusprogramma en een standaard visitatie krijgen. De visitatie wordt uitgevoerd door twee onafhankelijke KNGF opgeleide visitateurs die de KNGF opleiding tot visiteur hebben gevolgd. Bij een standaard visitatie wordt door de visitateurs, samen met de praktijk, naar zes verschillende indicatoren gekeken.

Kenmerken visitatie:

- De standaard visitatie duurt ongeveer 3-4 uur.
- Bestaat uit een bezoek aan de praktijkruimtes, een dossiercheck en een gesprek.
- Tijdens de visitatie wordt er gekeken naar zes verschillende indicatoren:
 - Kwaliteitsbeleid
 - Klinisch redeneren en verslaglegging
 - Interne en externe communicatie
 - Inrichting en toegankelijkheid van de praktijk
 - Hygiëne, privacy en veiligheid
 - Innovatie en ondernemerschap
- Na afloop ontvangt de praktijk een visitatierapport waarin de bevindingen van de visitatie zijn vastgelegd.

Voor praktijken die deelnemen aan het Plusprogramma is visitatie één keer per twee jaar verplicht (tweejarige cyclus). Een KNGF visitatie is maximaal twee jaar geldig, wat betekent dat praktijken die deelnemen aan het Plusprogramma binnen twee jaar na de vorige (her)visitatie opnieuw een visitatie dienen te ondergaan en af te ronden.

NB: De praktijk draagt zelf zorg voor het aanmelden voor een visitatie (zie hoofdstuk 2: Stappenplan visitatie). Het is de verantwoordelijkheid van de praktijk om zich tijdig aan te melden.

2 Stappenplan visitatie

Standaard visitatie			
	Wat	Wie	Omschrijving
1	Aanmelding	Praktijk	<p>Mail de volgende gegevens naar visitatie@kngf.nl:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soort visitatie (= standaard visitatie) • Praktijknaam, regio/plaats, Praktijk AGB code en KNGF relatienummer • Naam, KNGF relatienummer en e-mailadres van contactpersoon/praktijkvertegenwoordiger die de voorbereidingen treft voor de praktijk • Voorkeur voor datum visitatie – binnen tweejarige visitatiecyclus <p>Het is ook mogelijk om de visitatie via een auditbureau aan te melden en in te laten inplannen.</p>
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.
3	Planning en voorbereiding	Praktijk/visiteurs	<p>De praktijk en de visiteurs stemmen onderling de datum voor de visitatie af, welke de visiteur vervolgens doorgeeft aan het KNGF (via visitatie@kngf.nl). Daarnaast ondertekenen zowel de praktijk als de visiteur de overeenkomst.</p> <p>Vervolgens rondt de praktijk tenminste 14 dagen voor de visitatie de online voorbereidingen af in Compass (zie hiervoor hoofdstuk 3).</p>
4	Visitatie	Praktijk/visiteurs	De daadwerkelijke visitatie vindt plaats. Dit duurt ongeveer 3-4 uur. Voor meer informatie hierover zie hoofdstuk 4.
5	Verslag	Visiteurs	Na afloop van de visitatie stellen de visiteurs een (concept)visitatierapport op in Compass waarin de waardering van de visitatie wordt verwerkt. Indien tijdens de visitatie lager dan een 3 wordt gescoord op één of meerdere indicatoren, dient er een hervisitatie plaats te vinden.
6	Registratie	Visiteurs	De visiteurs registreren de waardering van de visitatie in het visitatierapport in Compass.
7	Hervisitatie	Praktijk/visiteurs	In het geval dat er tijdens de visitatie op één of meerdere indicatoren een score lager dan 3 is behaald, dient er binnen 6 maanden een hervisitatie plaats te vinden. Voor de hervisitatie worden de stappen 3 t/m 7 in dit stappenplan herhaald. Voor het inplannen hiervan kunt u contact opnemen met het KNGF.

3 Vóór de visitatie

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

Online voorbereiding visitatie door praktijk:

- Kwaliteitsdocumenten van de praktijk en praktijkinformatie, zoals: een beleidsplan, een managementreview, spiegelinformatie, etc.
- PROM-profiel van de praktijk.
- Vragenlijst teamklimaat, ook wel Team Climate Inventory (TCI), die door alle medewerkers van de praktijk wordt ingevuld.
- Zelfevaluatie van de kwaliteit van de praktijkvoering aan de hand van 6 kwaliteitsindicatoren ingevuld door de praktijk.

Indien bepaalde documentatie ontbreekt kan de bezoeker de praktijk vragen deze voor de visitatie nog aan te vullen en te uploaden in Compass.

De bezoekers bekijken online in Compass ter voorbereiding op de visitatie de door de praktijk geüploade kwaliteitsdocumenten, TCI en de ingevulde zelfevaluatie op de zes kwaliteitsindicatoren.

4 Tijdens de visitatie

Tijdens de visitatie worden de visiteurs rondgeleid door de praktijk (door o.a. de praktijkvertegenwoordiger), wordt er een dossiercheck verricht (op basis van dossiers waarin in het afgelopen jaar activiteit is geweest) 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. Praktijkrondleiding (15-30 min)
3. Dossiercheck (60-75 min)
4. Praktijkportfolio (45-60min)
 - Kwaliteitsbeleid, interne communicatie, samenwerking, en innovatie.
 - Team Climate Inventory.
 - PREM informatie, PROM profiel.
 - 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 leggen de visiteurs uit hoe de visitatie eruit zal zijn en wat de doelen van visitatie zijn. De rollen van beide visiteurs worden uitgelegd: één visiteur fungeert als hoofdvisiteur, de tweede visiteur heeft een meer observerende rol, maar is altijd actief betrokken. Bijzonderheden van de praktijk, die van mogelijk belang zijn, kunnen worden besproken waarna de visitatie kan beginnen.

Ad 2: Rondleiding door de praktijk (15-30 min)

Na het kennismakingsgesprek vindt de rondleiding door de praktijk plaats (geleidt door de praktijkvertegenwoordiger). De praktijk in zijn geheel en de verschillende praktijkruimtes worden hierbij bekeken, waarbij de visiteur extra aandacht heeft voor verschillende aspecten als:

- Hygiëne
- Privacy
- Veiligheid
- Inrichting en toegankelijkheid

Deze aspecten komen terug in het visitatierapport. Zie hiervoor ook bijlage 1 van dit document.

Welke indicatoren worden tijdens dit onderdeel bekeken?

- Indicator 4: Inrichting en toegankelijkheid
- Indicator 5: Hygiëne, privacy en veiligheid

Ad 3: Dossiercheck (60-75 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 betreffen dossiers van maximaal één jaar oud¹.
- Tijdens de dossiercheck wordt er gekeken naar drie tot vijf.
- De visiteur kiest deze dossiers ad random².

Voor de dossiercheck wordt het feedbackformulier 'Kwaliteit van de dossiervoering' gebruikt (zie bijlage 1). Dit feedbackformulier is ook een onderdeel van het uiteindelijke visitatierapport.

Welke indicator wordt tijdens dit onderdeel bekeken?

Indicator 3: Klinisch redeneren en verslaglegging

Voor het dossieronderzoek is het van belang dat de praktijk dossiers laat zien die een representatieve afspiegeling zijn van de patiëntenpopulatie uit de praktijk.

De praktijkvertegenwoordiger draagt er zorg voor dat er afspraken gemaakt worden t.a.v. borging van de privacy van deze patiëntgegevens. De dossiers worden anoniem ter inzage aangeboden. 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 dossierscan (bijv. de hoofdvisiteur voert de dossierscan alleen uit, de visiteurs voeren de dossiercheck samen uit, beide visiteurs voeren de dossierscan onafhankelijk van elkaar uit, etc.).

De visiteur waardeert de dossiers op basis van de KNGF richtlijn Fysiotherapeutische 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 aan de visiteur. Inhoudelijk gemaakte keuzes kunnen worden bediscussieerd. De visiteur onthoudt zich echter van een oordeel. Het gaat erom dat de denkstappen die een fysiotherapeut heeft gemaakt, duidelijk in het dossier staan en inzichtelijk zijn gemaakt.

Benodigde waarderingsformulieren zijn voor de visiteur online beschikbaar. Wanneer de visiteur over een eigen laptop beschikt, kunnen deze direct worden 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 waarderen van desbetreffend dossier terug te geven. De visiteur kan er ook voor kiezen dit na de gehele dossierscan te doen.

De visiteur schat in, op basis van de waardering, hoeveel tijd de terugkoppeling van de feedback in beslag zal nemen. Het feedbackmoment is onderdeel van de dossiercheck, waarmee in de tijdsplanning rekening gehouden dient te worden.

¹ Dat wil zeggen: dossier waarin activiteiten hebben plaats gevonden minimaal één jaar voor de geplande datum van de visitatie.

² Voor het Plusprogramma gaat het hierbij om dossiers van Zilveren Kruis verzekerden.

Ad 4: Het praktijkportfolio (45-60 min)

Tijdens de visitatie bekijken en waarderen visiteurs het praktijkportfolio. Het praktijkportfolio bestaat uit kwaliteitsdocumentatie, een zelfevaluatie aan de hand van zes kwaliteitsindicatoren, het PROM-profiel, het TCI rapport en praktijk feedback informatie en is voorafgaand aan de visitatie geüpload in Compass door de praktijkvertegenwoordiger.

Welke indicatoren worden tijdens dit onderdeel bekeken?

- Indicator 1: Kwaliteitsbeleid
- Indicator 3: Interne, externe communicatie en samenwerking
- Indicator 6: Innovatie en ondernemerschap

Team Climate Inventory (TCI)

De TCI vragenlijst wordt voorafgaand aan de visitatie door alle medewerkers online in Compass ingevuld. De gemiddelde scores op alle items vormen het TCI rapport (deze zijn niet te herleiden naar de individuele TCI scores van de medewerkers).

Kwaliteitsdocumentatie

Kwaliteitsdocumenten, zoals het beleidsplan en managementreview, die de praktijk heeft vooraf heeft aangeleverd worden besproken. Wanneer de praktijk niet over kwaliteitsdocumenten beschikt, wordt dit ook in het gesprek besproken. Het gesprek is bedoeld om samen te bespreken wat goed gaat en wat beter kan.

Drie thema's zullen hierbij in het gesprek veelal de aandacht krijgen (indicator 1 en indicator 6):

- Kwaliteitsbeleid
- Innovatie
- Ondernemerschap

In het gesprek over het praktijkportfolio wordt ook de zelfevaluatie kwaliteit van praktijkvoering besproken. Er wordt ingegaan op de zelfwaardering van de praktijkvertegenwoordiger en de argumentatie daarachter.

De uitkomsten van het gesprek wordt door de visiteurs kort samengevat en meegenomen in de waardering van de zes kwaliteitsindicatoren in het feedbackformulier 'Kwaliteit van praktijkvoering' (zie bijlage 2). Dit feedbackformulier is ook een onderdeel van het uiteindelijke visitatierapport.

Vergelijken PROM-profiel met landelijke benchmark

Tijdens dit onderdeel worden de uitkomsten van het PROM-profiel van de praktijk (welke voorafgaande aan de visitatie is geüpload in Compass) ook vergeleken met landelijke gegevens (benchmark) over uitkomsten van fysiotherapeutische zorg (zie bijlage 3). De landelijke gegevens zijn afkomstig uit de LDF. Hierbij wordt specifiek gekeken naar de patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en behandelgemiddelden. Eventuele afwijkingen van landelijke gemiddelden zijn input voor gesprek tijdens de visitatie.

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

De visitatie is nu zo goed als afgerond. In een afsluitend gesprek worden de bevindingen van de bezoekers besproken met de praktijkvertegenwoordiger. Deze bevindingen kunnen ook al na elk visitatieonderdeel kort zijn gedeeld met de praktijkvertegenwoordiger, dit is aan de bezoeker en de praktijkvertegenwoordiger wat hierin als prettig wordt ervaren.

De bezoekers spreken af dat zij een concept visitatierapport opstellen en deze binnen twee weken aan de praktijkvertegenwoordiger zullen mailen. In onderling overleg tussen praktijk en bezoekers kan echter ook gekozen om in het gesprek het visitatierapport te bespreken en het definitieve rapport direct na de visitatie vast te stellen.

5 Na de visitatie

Het visitatierapport (45-60 min)

Na de visitatie stellen de visiteurs online het visitatierapport op. Hierbij maakt de visiteur gebruik van het feedbackformulier “Kwaliteit van praktijkvoering” waarin de zes indicatoren voor kwaliteit zijn uitgewerkt (bijlage 2). Hierbij wordt de praktijk op verschillende kwaliteitsindicatoren gescoord en wordt er aanvullende feedback gegeven. Afhankelijk van de rollen van de visiteurs, stelt één visiteur het conceptrapport op. 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 bestuderen en reageren (uiterlijk 2 weken na visitatie)

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 (uiterlijk 4 weken na visitatie)

Naar aanleiding van het commentaar van de praktijkvertegenwoordiger passen de visiteurs het conceptrapport indien nodig aan. Uiteindelijk wordt een definitief visitatierapport opgesteld. De visiteurs uploaden dit bestand in Compass, zodat het zichtbaar wordt voor de praktijkvertegenwoordiger. Afhankelijk van de uitkomsten van de visitatie stelt de praktijk een ontwikkelplan op via Compass.

Niet behalen visitatie

Indien tijdens de visitatie lager dan een 3 wordt gescoord op één of meerdere indicatoren dient er een hervisitatatie plaats te vinden (zie hoofdstuk 6). Indien dit het geval is, mailen de visiteurs ten tijde van het vaststellen van het definitieve visitatierapport de volgende gegevens naar visitatie@kngf.nl:

- Welke vervolgafspraken zijn gemaakt;
- De datum van de hervisitatatie binnen zes maanden na de visitatie.

6 Hervisitatie

Hervisitatie (binnen 6 maanden)

Bij een score lager dan 3 op één of meerdere indicatoren, die niet voldoende verklaard kan worden door de praktijk, vindt er binnen 6 maanden een hervisitatie plaats en dient de praktijk in de tussentijd een ontwikkelplan op te stellen op de onvoldoende gescoorde indicator(en) (score lager dan 3). Bij een score van gelijk of hoger dan 3 is het opstellen van een ontwikkelplan optioneel. Praktijken uploaden het ontwikkelplan in Compass.

Dit ontwikkelplan dient uitgevoerd te worden binnen 3 maanden na het vaststellen van het visitierapport. Vervolgens wordt binnen 6 maanden na het vaststellen van het visitierapport een hervisitatie uitgevoerd op de te verbeteren indicatoren. Voor deelnemers Plusprogramma is een hervisitatie bij een onvoldoende gescoorde visitatie verplicht. Een hervisitatie kan op locatie plaatsvinden of op afstand. Dit is afhankelijk van de inhoud van het ontwikkelplan en te ontwikkelen punten en wordt bepaald door de visiteurs.

De hervisitatie wordt als voldoende beoordeeld wanneer een score 3 of hoger (op een schaal van 0-4) op de te toetsen indicator(en) is 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 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.

Indien een hervisitatie heeft plaatsgevonden wordt er door de visiteurs een hervisitatie rapport opgesteld in Compass. Hierin worden de opnieuw gewaardeerde onderdelen (waarop ten tijde van visitatie lager dan een 3 op is gescoord) beschreven. De visiteurs zijn verantwoordelijk voor het juist verwerken van het visitierapport inclusief datum in Compass. KNGF hoeft hierover niet te worden geïnformeerd.

7 Adviesprijs standaardvisitatie

Een visitatie wordt uitgevoerd door twee visiteurs. Het KNGF adviseert een uurtarief van maximaal €75,- 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 genoemde KNGF advies uurtarief, zijn hieronder weergegeven. Bij het onderdeel “ontwikkeltraject” zijn geen uren vermeld, omdat dit afhankelijk is van de bevindingen tijdens de visitatie.

	Voorwerk	Visitatie bij praktijk	Nawerk	Ontwikkeltraject	Totaal aantal uren per visiteur	Totaal aantal uren 2 visiteurs	Kosten 2 visiteurs (excl. reiskosten en p.m.)
Standaard visitatie	1	4	1	p.m.	6	12	€ 900

Bijlage 1

Feedbackformulier 'Kwaliteit van de dossiervoering'

| variant 'standaard' visitatie

Inleiding

Deze set waarderingscriteria zijn ontworpen om het proces van intervisie te ondersteunen. De criteria zijn afgeleid van de KNGF Richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering. In de beoordeling worden de gegevens die automatisch gegenereerd worden door het EPD, zoals persoonsgegevens, niet meegenomen. Centraal bij de waardering 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
 - 1 = veel verbetering nodig
 - 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?	0	0	0	0	0	
2	Inhoud	Voldoet het dossier aan KNGF richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering? Is vastgelegd: de hulpvraag, anamnese/onderzoek, SMART-doelstelling, behandelplan, journaals, klinimetrie, tussen- en eindevaluaties?	0	0	0	0	0	

3	Transparantie	<p>Maakt het dossier het klinisch redeneren en handelen van de fysiotherapeut inzichtelijk?</p> <p>Zijn er relaties tussen functies, activiteiten en participaties enerzijds en de persoonlijke en contextuele factoren anderzijds? Zijn de keuzes voor de vormen van behandelen onderbouwd en logisch?</p> <p>Blijkt uit de journaals wat de fysiotherapeut in feite doet?</p>	0	0	0	0	0
4	Consistentie	<p>Hangen de stappen binnen het methodisch handelen logisch met elkaar samen (bevatten ze geen tegenstrijdigheden)?</p> <p>Is er een logische samenhang tussen hulpvraag, diagnostiek, behandelingen evaluatie en de daarvoor gebruikte klinimetrie?</p>	0	0	0	0	0
5	Klinimetrie	<p>Is er adequaat gebruik gemaakt van patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)?</p> <p>0-meting / tussenmeting² / eindmeting?</p> <p>² Indien relevant in de optiek van de beoordelaar.</p>	0	0	0	0	0
Aanvullende feedback							

Bijlage 2

Feedbackformulier 'Kwaliteit praktijkvoering' bij standaard visitatie

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 geïnspecteerd 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 in Compass 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 in Compass en van feedback voorzien.

De toetsing bij een visitatie vindt plaats op basis van scorelijsten die per indicator vermeld staan. Belangrijk is het feit dat men **FORMATIEF** toetst, d.w.z. toetsen in welke mate de praktijk zich bezig houdt met de te toetsen onderdelen. Op basis van het gesprek tussen visiteurs en praktijkvertegenwoordiger(s) dient er een beeld te ontstaan bij de visiteurs over welke score van toepassing is bij de zes verschillende te toetsen criteria. Nadrukkelijk dient men zich bewust te zijn dat het toetsen geen afvinksystematiek betreft. Het is een toetsen van fysiotherapiepraktijken op het toepassingsniveau van de gevraagde zes indicatoren. Natuurlijk zijn er zaken rond wet- en regelgeving die onvoorwaardelijk aanwezig dienen te zijn (dat dient men vanzelfsprekend normatief te toetsen).

Waarderingscriteria

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 ontwikkelplan.

Indicator 1	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
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 ³ 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.	
	Waarom?	Het kwaliteitsbeleid vormt de identiteit van de praktijk 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.				
	Hoe aantonen?					
	<p>Kwaliteitsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsbeleid en beleidsverklaring van het huidige jaar, onderschreven door medewerkers • Managementreview voorafgaande jaar en recent beleidsplan <p>Professionele ontwikkeling medewerkers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deelname van medewerkers aan intervisie en daarbij behorende producten • Persoonlijk portfolio: persoonlijke ontwikkeling medewerkers (o.a. overzicht deelname cursussen, opleidingen, intervisie, persoonlijk ontwikkelplan, BIG registratie) • Kwaliteit van de zorg voor de patiënt • Scores op feedback o.a. behandelgemiddelden / behandelindex/ spiegelinformatie/PREM • Scores op uitkomsten Landelijke Database (LDF) 					

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

Indicator 2	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
Klinisch redeneren en dossiervoering	De medewerkers hanteren KNGF richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering en hanteren een heldere lijn van klinische redeneren conform de kenmerken van Evidence Based Practice	Niet volgens de richtlijn. Klinisch redeneerproces niet transparant en niet consistent.	Dossiervoering deels volgens de richtlijn, maar klinisch redeneerproces van fysiotherapeut is niet transparant en/of consistent.	Dossiervoering is deels volgens de richtlijn en klinisch redeneerproces en handelen van fysiotherapeut is transparant en consistent.	Dossiervoering is volgens de richtlijn en het klinisch redeneerproces is transparant en consistent.	
	Waarom?					
	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.					
	Hoe aantonen?					
	<ul style="list-style-type: none"> • Peer feedback van EPD's en ontwikkelplan dossiervoering • Dossiercheck: bezoekers nemen een steekproef van minimaal drie tot maximaal vijf dossiers en toetsen deze aan de hand van het waarderingssformulier dossiervoering 					

Indicator 3	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
Interne en externe communicatie, zorgcoördinatie en samenwerking	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 aantoonbaar praktijkoverleg en/of overleg ketenpartners	Beleid vastgelegd en aantoonbaar praktijkoverleg en overleg ketenpartners.	
	Waarom?					
	<p>Informeel en formeel georganiseerde uitwisseling van informatie is onmisbaar binnen een goed functionerende en transparante praktijkorganisatie. Duidelijke afspraken over de inhoud van de zorg voor de patiënt en de organisatie van de zorg rondom de patiënt, dragen bij aan kwaliteit van de zorg en aan de patiënttevredenheid. Afspraken komen tot stand in samenspraak met elkaar en zijn vastgelegd in notulen zodat later geverifieerd kan worden of ze zijn nagekomen, dan wel of ze bijgedragen hebben aan het doel waarvoor de afspraken gemaakt zijn. Dit geldt ook voor de communicatie met ketenpartners, netwerken, patiëntenverenigingen en andere betrokkenen rondom de zorg voor de patiënt zoals beschreven in de WMO. Te samen vormt de communicatie met externen de procedure voor gestructureerde externe informatie – uitwisseling. Denk hierbij aan intercollegiaal overleg, multidisciplinair overleg, informatievoorziening naar patiënten, rapportage naar verwijzers.</p>					
	Hoe aantonen?					
	<p>Structureel praktijkoverleg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda en notulen <p>Structureel interprofessioneel overleg (indien van toepassing)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agenda en notulen <p>Procedure voor gestructureerde externe informatie-uitwisseling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beleidsplan en verslagen van bijvoorbeeld externe communicatie 					

Indicator 4	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
Inrichting en toegankelijkheid	De praktijk is zodanig ingericht en georganiseerd dat aan de zorgvraag van de doelpopulatie kan worden voldaan.	De inrichting en toegankelijkheid van de praktijk is zeer beperkt	De inrichting en toegankelijkheid van de praktijk is onvoldoende.	De inrichting en toegankelijkheid van de praktijk voldoet grotendeels.	De inrichting en toegankelijkheid van de praktijk voldoet volledig.	
	Waarom?	De inrichting en bereikbaarheid van de praktijk is afgestemd op de doelpopulatie. In het beleidsplan van de praktijk zijn keuzes gemaakt en maatregelen opgenomen om de gedefinieerde cliëntenpopulatie optimaal te kunnen bedienen. Dit geldt voor fysieke bereikbaarheid maar ook wat betreft informatievoorziening. Een juiste afstemming van diensten en informatie op de patiëntenpopulatie is een voorwaarde voor een succesvolle praktijk.				
	Hoe aantonen?	<ul style="list-style-type: none"> • Deels vastgelegd in kwaliteitsbeleid • Toegankelijkheid en voorzieningen voor speciale doelgroepen (b.v. minder validen / groepsbehandeling). • Bereikbaarheid (loket / telefoon / website / email) • Informatie beschikbaarheid medewerkers en wachttijden (folders / website). • Checklist inrichtingseisen 				

Indicator 5	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
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).	Voldoet niet aan de eisen voor hygiëne, privacy en veiligheid.	Hygiëne, privacy en veiligheid van de praktijk zijn zeer beperkt.	Hygiëne, privacy en veiligheid van de praktijk voldoen grotendeels.	Hygiëne, privacy en veiligheid van de praktijk voldoen volledig aan de eisen.	
	Waarom?					
	Het bewaken van privacy wordt in toenemende mate belangrijk door de intrede van informatietechnologie. Patiëntendossiers en communicatie met - en over patiënten is niet onbedoeld voor derden toegankelijk. Het is belangrijk dat de praktijk de risico's van de patiëntenpopulatie inventariseert en maatregelen neemt om mogelijke risico's te elimineren, dan wel te verminderen. Een schone praktijk en een goede handhygiëne horen daarbij. Het zijn basisvoorwaarden voor een verantwoorde praktijkvoering.					
	Hoe aantonen?					
	<ul style="list-style-type: none"> • Deels vastgelegd in kwaliteitsbeleid • Checklist inrichtingseisen (aanwezig en opgesteld door praktijk) • Checklist veiligheid (aanwezig en opgesteld door praktijk) • Maatregelen beveiliging dossierinformatie 					

Indicator 6	Criterium	1	2	3	4	Toelichting op score
Innovatie en ondernemerschap	De praktijk ontwikkelt en implementeert initiatieven om aan te sluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg.	Geen bewijs aanwezig.	Geen beschreven visie en strategie over innovatie, maar wel ad hoc initiatieven.	Beschreven innovaties en deels geïmplementeerde initiatieven.	Beschreven visie en strategie over innovatie en volledig geïmplementeerde initiatieven.	
	Waarom?	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 blijft, 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.				
	Hoe aantonen?	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 3

KNGF Visitatie: PROM profiel

Uw PRO -profiel vult u in met behulp van gegevens uit de Landelijke Database Fysiotherapie (LDF). U kunt inloggen op het LDF dashboard via [deze link](#). Vervolgens uploadt u het PROM profiel in Compass ter voorbereiding op de visitatie.

TABEL 1: LDF SAMENVATTINGSPAGINA

Algemene gegevens	
Datum laatste aanlevering:	
Geselecteerde periode:	
Totaal aantal episodes:	
Totaal aantal gesloten episodes:	

TABEL 2: LDF PAGINA UITKOMSTMETINGEN LDF – EERSTE GRAFIEK

Klinimetrie toegepast	Praktijk	Landelijk
Ja, eenmalig	%	%
Ja, herhaald	%	%
Nee, geen meting	%	%

TABEL 3: LDF PAGINA UITKOMSTMETINGEN – PROMS GRAFIEKEN

Kies **ten minste drie relevante PROMs** en vul hiervoor onderstaande tabellen in:

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Naam PROM:	Praktijk	Landelijk
Percentage eenmalig toegepast	%	%
Percentage herhaald toegepast	%	%
Gemiddelde beginscore?		
Gemiddelde eindscore?		
Gemiddelde verschilscore?		
Gemiddeld aantal zittingen tussen begin en eindmeting		

Bijlage 4

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 zorg⁴ 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
Een beleidsplan bevat de volgende gegevens:
 - *Omschrijving visie*
 - *Omschrijving missie*
 - *Benoemen kernwaarden*
 - *Omschrijving strategie*
 - *Omschrijving doelen*
 - *Omschrijving middelen*

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?

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

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 Fysiotherapeutische Dossiervoering toe en hanteren een heldere lijn van klinische redeneren conform de kenmerken van Evidence Based Practice.”

Aandachtspunten:

1. Deelname intervisie en ontwikkelplannen:

- Intervisie

Hebben alle medewerkers deelgenomen aan intervisie?

Zijn de uitkomsten in de praktijk besproken?

- Ontwikkelplannen

Hebben alle medewerkers een ontwikkelplan opgesteld met betrekking tot dossiervoering?

Is een ontwikkelplan aantoonbaar aanwezig?(bijv. die van de praktijkvertegenwoordiger)?

Komen de verbeterdoelen overeen met de aandachtspunten uit het persoonlijk ontwikkelplan (afkomstig uit de intervisiebijeenkomsten)?

2. Dossiercheck:

- Leesbaarheid

Is het dossier in begrijpelijke taal beschreven?

Is de verslaglegging beknopt?

- Inhoud

Voldoet het dossier aan de richtlijn Fysiotherapeutische Dossiervoering ?

Zijn behandeldoelen SMART geformuleerd?

Is vastgelegd: de hulpvraag, anamnese/onderzoek, SMART-doelstelling, behandelplan, journaals, klinimetrie, tussen- en eindevaluaties?

- 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? Blijkt uit de journaals wat de fysiotherapeut in feite doet?

Zijn er relaties tussen functies, activiteiten en participaties enerzijds en de persoonlijke en contextuele factoren anderzijds?

Zijn de keuzes voor de vormen van behandelen onderbouwd en logisch?

- Consistentie

Hangen de stappen van het methodisch handelen logisch met elkaar samen?

Is er een logische samenhang tussen hulpvraag, diagnostiek, behandelingen evaluatie en de daarvoor gebruikte klinimetrie?

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 feedbackformulier '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?

Zijn er nog andere overlegstructuren binnen de praktijk?

▪ 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 of multidisciplinair 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 het lopende 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 kwaliteitsdocumentatie.

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 behandel materiaal (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 5

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 ontwikkelplan dossiervoering (indien aanwezig)	x	
	Dossiercheck: visiteurs nemen een steekproef van drie tot vijf dossiers en toetsen deze aan de hand van het waarderingsformulier dossiervoering dat ook bij de intervisie 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: Beleidsplan en verslagen externe communicatie		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 (aanwezig en opgesteld door praktijk)		x
Indicator 5	Aantonen	Uploaden naar Compass	Ter inzage op locatie
	Deels vastgelegd in kwaliteitsbeleid (zie indicator 1)	x	
	Checklist inrichtingseisen (aanwezig en opgesteld door praktijk)	x	
	Checklist veiligheid (aanwezig en opgesteld door praktijk)	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

